病院のなかの臨床心理

（暫定版）

HIV医療における心理臨床ポケットガイド

厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業
HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究班
2012年3月

巻 頭 言

本書を推薦するいくつかの理由があります。まず、HIV/AIDSは治療の進歩で医学的予後が大きく改善され、慢性の病気になりました。HIV感染が拡がり続ける現実を考え合わせるとHIVと共に生きている人の数は増え続け、やがて臨床心理士はだれでも出会う病気になるでしょうから。次に、HIV/AIDSと取り組むことで、ヒトに対する理解がいっそう深まる事を多くの臨床心理士から伺います。HIV/AIDSは疾患ですが、心理面接でHIVを通して人々の人生を見つめ、向き合える貴重な経験の場となるでしょうから。３つ目に、本書がHIV/AIDSに取り組んでいる人々の珠玉の作品だからです。まだ完成していませんので読者のご意見をお待ちしています。

本書は、HIV/AIDS医療における臨床心理学的援助が各方面で文章化され、それを寄せ集めたものです。作成の目的は、暫定版とあるように、実務者（HIV/AIDS医療でカウンセリングを行っている臨床心理士）に本書を配布し、実際に役立つ情報や必要としている情報、意見を求め、実際に役立つハンドブックを作成することにあります。HIV/AIDS医療の領域に限らず、臨床心理学的援助は単純な統計や実験によってエビデンスが得られるものではありません。それは、バックグラウンドが違う人と人との職業的交流と実践の積み重ねで、淘汰されていくものもあれば、HIV陽性者や医療スタッフから必要とされるものもあり、いずれかと言えば実践的、人間学的領域に属すると言えます。本書はまだまだ完全ではありません。皆さんの経験によって高めて頂くものと考えています。

最後に、転記を快諾いただいた著者、編集者、出版社、および執筆者に感謝致します。皆さま、どうぞご意見をお寄せ下さい。

HIV/AIDS先端医療開発センター長　白阪　琢磨

目 次

HIV医療とカウンセリング …… 1
心理アセスメント …… 19
HIV感染症患者のメンタルヘルスと精神医学的介入 …… 42
カウンセラーに依頼があってから初回面接までの間について～カウンセラーが想像することと面接に臨む際に活かすこと …… 54
カウンセリングを利用することに対して消極的、拒否的、無関心な陽性者への関わり …… 68
HIV医療への心理職のかかわり～精神科心理職とHIVカウンセラーの立場を経験して …… 74
チーム医療においてカウンセリングをどう伝えるか …… 81
派遣として新たなチームに参加する時に心がけていること …… 85
わかってほしいこと・望むこと …… 93
HIV医療と臨床心理学的な視点 …… 100
HIV感染症と心理アセスメント …… 111
グループ・アプローチ …… 125
HIV陽性者の神経心理学的スクリーニング検査の実施のガイド（例） …… 134
カウンセリング導入の効果 …… 153
チームで支援するHIV外来診療 …… 162

HIV医療とカウンセリング

はじめに

HIV感染症の流行当初から、HIVに感染し、影響を受けた多くの人々のために包括的なケアの基本としてさまざまな形で心理社会的なサポートが提供されてきた。心理療法と心理社会的介入がHIVと共に生きる意味を模索する陽性者には貴重な機会であり、陽性者がHIV感染症の受け入れや、あるいは陽性者自らがヘルスケアチームと協力しようとする能力が妨げられている状態に対処する重要な介入方法であり得る。

また、新しい抗HIV療法の到来によって、心理療法では新たなテーマが扱われるようになった。そこには、治療へのアドヒアランスという課題と同様、社会的役割や生き方の変更が含まれる。(「Practice Guidline for the Treatment of Patients With HIV/AIDS」p 71、APAより)

HIV＝間の苦悩である。

総合的な医療を提供するために、陽性者の身体状況の把握とそれへの対処に加え、心理・社会的状況の把握とそれへの対処は重要である。HIVは身体に侵襲的に入り込むだけでなく、人と人との「間」や、社会との「間」、個人の心の隙間に入り込み、人を追い込むからである。HIV感染症とは「間」に入り込み、危機を生じさせる疾患といえる。そのため、HIVに感染したと告知を受け、他者からどのように見られるかという過敏な状況におかれている陽性者に対し、医療従事者として、更に一般社会との窓口として、公正で誠実な対応が望まれる。

陽性者に会う前に

1）陽性者のおかれた状況を想像する。
2）その想像を一度脇におく。
3）面前の陽性者のことばや行動に注目する。
4）自分のコミュニケーション・スキルをチェックする。
5）自分の価値観に気付く。

1、陽性者に会う前に

1）どこまで想像できるか、そしてどこまでその想像を脇に置き陽性者に会えるか

虹の色の数は何色かという問いへの答えは、文化により違う。色の概念がなければその色は把握されない。同じように、陽性者のおかれた心理的状況を察知するには、概念や陽性者のおかれた状況を想像できることが必須のこととなる。

逆に虹を七色だと思っているとそれ以外の区分がわからないことと同じように、陽性者と面しているときには想像力が思い込みに変わることもある。同じ状況におかれたとしても感じ方や考え方・対処の仕方は多種多様である。想像力を駆使しつつ、面前の陽性者の言葉や行動に重点を置く接し方が求められる。

さらに、陽性者が自身の心理状況を直接言葉で表現することもあれば、本人自身が気付かず行動や気分で表現する場合もある。そのため言葉による問診に加え、行動観察も重要になる。

→行動観察の視点は「チーム医療マニュアル」 p 38参照

2）コミュニケーションスキルのチェック

各専門に基づく支援や介入の成否は、当事者である陽性者がその介入を受け入れ、実践に移していくかどうかにかかっている。

そして医療者と陽性者がどのような人間関係を築いているかによってもその効果は変化するものである。

また、陽性者は周囲に理解者を得るまでには時間がかかることがあるため、医療者は心理的サポーターとして存在することも大切である。さまざまな困難を抱える陽性者に対する医療機関の公正で誠実な対応が、その後の陽性者の主体的な社会参加への支援につながる。よって、期待する結果を実現するためには、医療者は専門知識や技術の基盤に、援助的な人間関係を築く能力が必須となる。

かかわり行動・態度と関わり技法を事前にチェックしておくとよい。

→チェック項目は「チーム医療マニュアル」p73〜74参照

3）自分の価値観・感に気づく

HIV/AIDSは、陽性者のみならずあらゆる人の感情を刺激する。殊に性感染症という側面もあるため、陽性者や、その援助に携わる援助者側の価値観・感を自覚しておくことが肝要である。援助者側がもっている印象を排除するのではなく、自覚していくことを目指すのが実際的である。無自覚であるより自覚している場合のほうが、援助行動はある程度統制していける。

陽性者が体験している（かもしれない）世界

1）LIFE（生命・生活・人生）に影響
2）関係に生じる苦悩である。
3）不確かさ

2、陽性者が体験している（かもしれない）世界

1）前提

以下に陽性者が体験している（かもしれない）世界を記述しているが、一人ひとり体験の仕方には違いがある（個別性）ということを前提としている。

2）HIV感染症は「life（生命・生活・人生）」のあらゆる側面に影響を与える

HIV感染の告知は、今までの自分（identity）に「HIVに感染している」という情報を加えることになる。そして、そのことにより、一般的な進行性の疾患と同様、予測される、または実際の喪失体験や、QOLの低下、身体機能の衰弱や死への恐怖、不確かさへの対処など心理的課題が陽性者にのしかかる。つまり、lifeの 3 つの側面（生命・生活・人生）に影響があるということである。

3）HIV感染症は「関係」に生じる苦悩である

さらに、HIV感染症はいまだスティグマが付きまとい、社会的関係やサポートシステムへのアクセスがしにくい。多くの陽性者が性的な活動期にあるため、親密な人間関係を築く際、HIV感染症は人間関係の間に影を落とす。社会との関係や人間関係、性的関係、自分自身の気持ちとの関係にHIV感染症は影響を与え、陽性者に苦悩をもたらす。HIV感染症は、苦悩をあらゆる「間」に生じせしめる。

4）不確定さ

多くの慢性疾患患者がそうであるように、HIV陽性者もさまざまな不確定さにさらされている。今後の身体状況の変化に伴って、

生活や人生も自ずと変化を被る。また、対人関係や家族関係なども状況によって変化する。

想定しうる難問発生状況

1）伝える／伝えない
2）保健行動や服薬アドヒアランス
3）人間関係や性的関係
4）精神・心理状況

3、想定しうる難問発生状況

1）伝える／伝えない

告知を受けたあと、たいていの陽性者は病気のことを「誰に伝えるかどうか」について悩む。医療従事者は正しい情報を陽性者に伝え、陽性者の逡巡に付き添いながら支えていく姿勢が重要である。たとえ医療従事者が正しい対応を示し諭したとしても、それは陽性者にとっては頭ではわかるが…といった戸惑いを感じてしまうものである。

特に説明するまでもなく、また正しい方法は理解されているはずなのに実践されない場合は、陽性者の実践しないという行為の背後に感情的なわだかまりが存在することが多い。そのような場合､臨床心理士やカウンセラーと相談するよう勧めてみてもよい。臨床心理士やカウンセラーとの面接が困難な場合、医師とは立場の違う看護師やソーシャルワーカーとの面接も候補として挙げられる。

→臨床心理士やカウンセラーへのアクセスについては「チーム医療マニュアル」ｐ37もしくはｐ77参照

2）保健行動や服薬アドヒアランス

(1) 服薬アドヒアランス

HIV感染症の治療で重要になる、正確な服薬行動に向けての支援は、薬に対する教育のみならず、心理的な支援も重要になってくる。

たとえば、服薬アドヒアランス良好の予測因子は、

① 情緒面および実生活上の支援が得られている
② 日常生活に服薬の習慣を上手に組み込むことができている
③ アドヒアランス不良により、薬剤耐性が発現することを理解している
④ 処方された薬剤をすべて服用することの重要性を認識している
⑤ 他人の前でも気楽に服用できる
⑥ 診療の予約をとることができる

と言われている（「成人および青少年HIV-1感染者における抗レトロウィルス薬の使用に関するガイドライン」より）。

また、不良予測因子は、

① 医師と陽性者の間に信頼関係がない
② 薬物乱用または飲酒の頻度が高い
③ 精神障害（うつ病など）がある
④ 陽性者教育が足りず、薬剤に関する陽性者の自覚がない
⑤ プライマリケアや処方薬を確実に受けることができない（不安定要素）
⑥ 家庭内暴力や差別などがある
⑦ 副作用の体験や恐れがある

と言われている（同上）。

→服薬アドヒアランスと心理との関係は「チーム医療マニュアル」p 59参照

よって、不良予測因子が観察される場合には早期に対応すること、良好予測因子としてあげられている項目を達成できるように支援していくことの 2 つの視点が必要である。

⑵ 保健行動

更に、下記の状況が観察される場合、保健行動が低下する場合がある。そのよう場合は、臨床心理士やカウンセラー、精神科医などと共に対処していくことが必要となる。

① 長期の療養生活のなかで社会的、環境的変化や、人間関係の変化、体調的な変化を体験
② 問題行動や感情統制の困難、精神症状の出現
③ その他、遅延的に生じる感情的な反応や身体症状化された反応

→「チーム医療マニュアル」p 32〜35参照

⑶ 物質関連障害（違法・脱法薬物の使用）

違法・脱法薬物の使用は、直接的な身体・精神機能への侵襲に加え、保健行動や社会生活の低下を招く。一般的にheavy drugと言われているものや多量のアルコールの摂取は、服薬アドヒアランスを下げるといわれている（Psychological Aspects of Living with HIV Disease）。また、セックスドラックとして使用される場合には、セーファーセックスが遂行されにくい状況といえる。物質使用が観察された場合、物質使用の専門家との協働が望まれる。

葛藤回避などのために、物質乱用が観察される場合は、葛藤に対処していけるように支援していくために、臨床心理士に紹介し、連携していくことが望ましい。

3）人間関係や性行為

HIV感染症の告知直後には、多くの陽性者が対人接触を避けたり、性的欲求が低下したりするものである。しかし、時間が経つにつれ回復する。そして、上記にあるように重要な他者に病気のことを打ち明けるかどうか悩み始める。一部において、伝えるかどうか悩むことを回避するため、再び対人接触や性的接触を避けることがある。逆に不安を感じる間もないほどに過剰な対人接触や性的接触といった行動に出る場合もある。どちらも心理的葛藤がこころの内部で葛藤状況として保持されず、行動化（葛藤を行動に移すことで不快な状況を回避すること）されているといえる。指導や教育によって行為の修正を行うことに加え、その背景にあるであろう葛藤状況に焦点を合わせた介入や心理療法を紹介すべきである。

4）精神・心理状態

HIV感染症は、陽性者にさまざまなストレスを与える。その心理的、精神的影響をアセスメントすべきである。HIV感染症の告知や治療を契機に、精神障害やストレス反応が生じていることもある。

各種心理検査や行動観察と同時に心理的介入も行われるよう、連携が必要である。臨床心理士やカウンセラーは、精神症状のみならず、pathologyの語源である苦悩（pathos）への対応を心がけるべきである。

→本冊子 p 36〜37参照
→派遣カウンセリングの依頼先「チーム医療マニュアル」p 77参照
→心理検査については「チーム医療マニュアル」 p 34や、
「HIVと心理臨床」 p 38〜46参照
本冊子 p 111〜124参照

① 感染告知や病気を抱えながらの生活によるストレス
② 社会的状況（偏見や差別など）によるストレス
③ もともと陽性者が持っている脆弱性やパーソナリティの傾向
④ 身体的、脳器質的な影響により、行動異常や精神的、身体的不調が出現（顕在化・再燃）する。

以下のときは、精神科医によるリエゾン・コンサルテーションが必要になる場合がある。

① 睡眠の変化（入眠困難、途中覚醒、早朝覚醒、熟眠感のなさ）
② 食行動の変化（過食、食欲減退など）
③ 対人関係の変化（引きこもり、依存・過剰な期待、話し方の不自然さなど）
④ 外観の変化（着衣の乱れ、体痕、姿勢の不自然さなど）
⑤ 性行動の変化（性欲動の亢進・減退、勃起障害や性的興奮の障害など）
⑥ 保健行動の変化（不定期な受診・服薬など）
⑦ 気分・感情の変化（抑うつ気分・緊張・不安・恐怖の表明、パニック発作、健忘など）
⑧ その他の変化（不定愁訴、衝動的行為、自傷他害行動、

チック、過度の飲酒など）

背景には、

① 脳・器質の障害や物質関連障害、抗HIV薬の副反応
② 精神障害
③ パーソナリティの偏りや傾向、脆弱性
④ 環境因による反応

などが考えられる。

→「チーム医療マニュアル」p 37〜38参照
→HIV感染症と精神科との関連に関しては
「チーム医療マニュアル」p 35〜37参照

その他、精神科との連携

① アメリカでは、HIV陽性者は、感染以前から物質関連障害、気分障害、外傷後ストレス障害、パーソナリティ障害の既往を持つハイリスク集団であるといわれている
② HIV感染症は、神経精神医学的症状を伴う皮質下の神経障害を引き起こすことがある
③ 物質関連障害が服薬アドヒアランスを低下させる
④ 社会的サポートシステムから疎外される状況にあり、精神症状を複雑にさせる

以上を考慮し、早くに精神科医を紹介するほうがよいであろう。

→「The MGH Guide to Psychiatry in Primary Care」（翻訳）
p 394〜411参照

また、自殺のアセスメントも必要になってくる場合、精神科医に依頼することが望ましい。

→「MGH Handbook of General Hospital Psychiatry」（翻訳） p 489～512参照

自殺・自傷他外のアセスメント

HIV/AIDS患者は、自殺企図・自殺リスクが増大している状態といえる。病気が判明する以前からの精神障害や強度の心理・社会的ストレス、物質関連障害、神経心理学的障害などが背景にある場合は注意が必要である。

暴力は、社会経済的・身体的・精神医学的・心理学的な要因がさまざまに関与している問題である。背景に器質性精神障害や物質関連障害（中毒や離脱）なども考慮に入れる。→本冊子 p 38～39参照

自殺のリスクの評価

自殺念慮と意図の評価
自殺計画の詳細な検討
・リスク救助比
・計画性レベル
絶望の程度の評価
誘因の確認
可能な社会的支援の考慮
精神状態像の評価
家族や友人たちと履歴の確認

The MGH Guide to Pcydiatry in Primary Careより

4、連携

1）臨床心理士やカウンセラーに相談を持ちかけるときに

(1) 動機

臨床心理士やカウンセラーに陽性者を紹介しようとしたときに、何が陽性者の問題だと考えているのか、そして、何が自分（依頼者）の課題だと感じているのかを考えてみると、それだけで陽性者への対処法が開ける場合がある。また、そのように依頼動機を整理することで、話を持ちかけられた臨床心理士やカウンセラーは、何を求められているのか了解しやすくなる。そして、求められたことに対し、依頼者に直接対応したり、陽性者と面接をしたりプランを検討するであろう。

(2) 臨床心理士が面接を行う環境の整備

① 物理的環境　面接空間などの物理的空間的環境の整備。

② 社会的環境　臨床心理士と組織的に連携することが整備されることで、臨床心理士による支援が継続的で安定したものになりやすい。

③ 心理的環境　医療スタッフが臨床心理士に抱くイメージは、陽性者に伝わることが多い。医療スタッフの持つイメージを意識化することは、陽性者に無意図的なメッセージの伝達を最小限に抑えられるであろう。

2）相談を持ちかけたあとで

臨床心理士やカウンセラーと連携した後、心理的問題は自分（依頼者）の担当する診療と関係ないと切り離さないことが大切である。心理的な介入は任せているとしても、陽性者への対応は続く。急な態度の変化（安心や無関心）は陽性者を余計な不安に

陥れるので、充分注意すべきである。

また、臨床心理士やカウンセラーからのコメントを聞き、理解できないときはその旨を伝え、わかる言葉で話してもらうよう要求すべきである。そして、自分（依頼者）の関わる余地や関わり方を想像できるよう、心理的な仮説を診療場面や受診行動に置き換えて説明してもらうことも大切である。

5、初回面接

1）普段の初回面接となんら変わらないが…

① 受診への敬意・ねぎらいを示す。
② 抑制されがちな気持ちへの配慮を行う。
③ 初対面の遠慮や気遣いの有無などの観察を行う。
④ クライエントが持っているであろうカウンセリングのイメージがあることを想定しておく。
⑤ 明らかにクライエントが誤解し、「精神的におかしい」からカウンセリングを受けるといった思いを表出した場合は、その点を面接のなかで取り上げる。
⑥ クライエントが、カウンセリングはHIV感染症に関することしか相談できないと思っている場合は、（臨床心理士の立場によるが）自由に話せる場であることをガイダンスする。そして、そのように思っていることを必要時には取り上げる。

→ガイダンスの工夫

2）他職種からの紹介で始まる場合

⑴ 対クライエント

① 想定される問題とそれを一時脇に置く。
② クライエントは、どの職種からカウンセリングのことをどのように説明を受けたか。
③ クライエントは紹介をどのように感じたか。
④ カウンセリングにどのようなことを期待する（していない）か。
⑤ 紹介先にどのような点を報告するのかについては、説明と同意を得る。
⑥ 心理的危機状態かどうか、最低限アセスメントを行う。

⑵ 対スタッフ

① 他のスタッフがカウンセリングを必要と感じた・考えた理由を聴く（単なる質問ではなく、カウンセリングの一環として）。
② 上記の動機で、クライエント側の要因として考えられるものと紹介者側の要因として考えられるものを想像する。

3）面接

⑴ 聴く

クライエントの話の内容、話し方、存在の仕方、関係に心を配る。

・語られている内容
・話し方：声量、明瞭さ、音調（調子）、強調や抑揚、速さ

トーン・・・
・話の形式、形態：文法、主語・・・
・文脈や流れのなかで：思考面、発達、無意識（意図していない面）
・臨床心理士のなかの声：思いや感覚、心のなかのスーパーヴァイザー
・その他：視覚・嗅覚・触覚・味覚・体感など・・・

⑵　理解とアセスメント：行動観察、心理検査、面接

・心理状態（身体－行為－精神）
・発達状態
・パーソナリティ（感情、自我、対人関係、思考過程）
・認知機能（知的状態）
・精神活動に影響を与える物質の使用や行為
・自殺や自傷とのリスク
・暴力や他害のリスク

⑶　クライエントがおかれた状況を理解する

・心理的
・社会的：経済、社会関係、役割など
・身体的
・物理・環境的

⑷　危機介入が必要な場合

①　難問発生状況と危機状態、コーピング

大きな変化を強いられている、求めているときは要注意：

「やめる」

- 辞める：会社、学校・・・
- 病める：身体状況、精神状況、社会的環境
- 已むを得ない（どうすることもできない）：極度の諦め、悲観的な行動・思考
- 止める：治療・通院、人間関係、自傷、人生

② 対応

- 具体的目標の設定と対処の検討
- 結果の報告とフィードバック、フォロー
- テーマが面接構造
- 危機状態の予防
- 予想される問題と対処法のリスト
- 正常な反応かどうか
- サポート体制の確認
- その後
  どのように過ごしたか、精神活動の変化
  さまざまな課題にどのように対処したか
  危機介入や心理検査を行った場合､経過とフィードバック
  カウンセリングや心理療法の適否の判断

終わりに

はじめに述べたように、HIVは身体に侵襲的に入り込むだけでなく、人と人や社会との「間」、個人の心の隙間に入り込み、人を追い込む。HIV感染症とは「間」に入り込み、危機を生じさせる。陽

性者にとっていわば外傷的な体験である。Herman（1992）は、“外傷的な出来事は個人と社会とをつなぐ絆を破壊する”といい、その“回復は人間関係の網の目を背景にしてはじめて起こり、孤立状態においては起こらない”といっている。

心理的外傷体験によって損なわれる心理的能力は、

① 基本的信頼を創る能力
② 自己決定を行う能力
③ 積極的にことを始める能力
④ 新しい事態に対処する能力
⑤ 自己が何であるかを見定める能力
⑥ 他者と親密関係を創る能力

であるとし、その心理的な能力の回復は、「そもそも他者との関係において形成されたものであり、まさにそのように再形成も他者との関係において形成されなければならない」と述べている。総合的なケアの提供は、その能力の回復に向けて支援されるものでありたい。

仲倉　高広

文献

Practice Guideline for the Treatment of Patients With HIV/AIDS（American Psychiatric Association）
HIV診療における外来チーム医療マニュアル
医療現場に生かす臨床心理学（2004）、菅佐和子編　朱鷺書房
Psychological Aspects of Living with HIV Disease（2001）
Robert H. Remien and Judith G Rabkin, West J Med 175⑸: 332 – 335
Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006

（CDC）
AHP　エイズ・カウンセリング・ガイド（矢永訳　1994、HBJ出版局）
成人および青少年HIV-１感染者における抗レトロウィルス薬の使用に関するガイドライン
The MGH Guide to Psychiatry in primary Care（兼子・福西監訳2002、「MGH『心の問題』診断ガイド」ﾒﾃﾞｨｶﾙ・ｻｲｴﾝｽ・ｲﾝﾀｰﾅｼｮﾅﾙ）
MGH Handbook of General Hospital Psychiatry（黒沢・保坂監訳1999、「MGH総合病院精神医学マニュアル」ﾒﾃﾞｨｶﾙ・ｻｲｴﾝｽ・ｲﾝﾀｰﾅｼｮﾅﾙ）
HIVと心理臨床（2002）、野島一彦・矢永由里子編　ナカニシヤ出版
心的外傷と回復（1999）（Judith L Herman、中井監訳、みすず書房）

心理アセスメント

Ⅰ　はじめに

クライエントと出会う前に

［前提となるもの］：初回心理面接を始める前に（初回面接までの章を参照）

1、Psycho-patho-logy（こころの苦悩の学）

> 精神病理を理解するのか、クライエントの物語を理解するのか。
> 理想的には、その両者の視点が必要。

さまざまな専門職でかかわる場合は、臨床心理士のオリジナルな視点は、こころの病理（性格傾向と自我の水準）を判別することに気を配りながらも、目の前のクライエントの物語（その方の時間的な経過とおかれた物理的・身体的・心理的・社会的環境の総合的な視点に基づく）、今ここでのその方の状況におもんばかり、クライエントの内的準拠枠を最大限に配慮しつつ、こころの苦悩を理解し、クライエントにフィードバックし、クライエントの真の自己決定を尊重することが大切だと考える。

なんのために観る、聴く、測る、のか

2、徴候（sign）と症状（symptom）

こころの状態を理解する（アセスメントする）ことは、血液検査など、だれが見てもわかる客観的データをもとに行われることは少ない。

クライエントの行動・行為、身体反応、内省による語りや表現から行われる。

訴えを聴くことなしに理解は難しい
（相手との、自己自身との）関わりのなかで理解は進む

そのためには、表出してもらえる、自由で安全な環境（物理的、心理的、社会的な環境）づくりが必須の条件であり、まずは、その施設や臨床心理士の力量に応じた工夫を日ごろから考えておく必要がある。

徴候は、だれが見ても観察できることなので、クライエントとの関係はあまり重要視されない。しかし、心理的な語りや物語、ファンタジーは、クライエントと臨床心理士との関係により影響を受ける。

個別性を重視した臨床心理士の基本姿勢が重要になってくる。

3、境界があいまい

心理状況は、身体的な状況（病気や障害、物理的な制限など）や社会的環境（社会的役割や状況）に影響を与えると同時に、身体的・社会的状況からも影響を受けると考えられる。

クライエントの心理に重心を置きながらも、臨床心理士のもう一つの視野に身体的・社会的関係との相互作用を視野に入れておくゆとりを持つことも大事である。

ときに、身体や社会は、意識にとって他者性を帯び、強力に避けられないものとして迫ってくる、あたかも無意識のように感じられるときがある。

心理は身体や環境と切り離せない

4、情報

情報という日本語は「敵情についての報告」という意味で使われ始めた。

情報を得る、知るという臨床心理士の行為がすぐにクライエントにとって脅威となりかねないことも十分承知しておく必要がある。cf. 各種の心理検査が、障がい者の隔離や戦争と無縁じゃなかった歴史があることを思い出そう。

5、臨床心理士のまなざしの行方

① 患者の表出面から得られる心理状態

（外観・態度、行動・言語、記憶と知能）

② 患者の体験から得られる心理状態

（対象意識、身体意識、自我意識、時間・空間体験、思考、意欲、感情）

③ 事例性（caseness）：時間と環境の交差するなかでクライエント物語を読み取る心理状態

- もともと持っているものなのか、最近のことなのか（病的変化など）を区別することが大切である。気のついたことについてクライエントあるいは同伴者に確認をとることが必要な場合がある。
- 縦の軸：必要に応じて、生まれる前（家族や社会の状況、母体の状況）から生育歴、クライエントやクライエントにとって重要な他者が今後をどのように想像しているのか、といった時間の軸。
- 横の軸：自己の内面の状況（自分をどのようにとらえているのかなど）から、近親者や家族との関係、社会的関係や社会への空想といった空間の軸。

④　患者の全体から得られる心理状態：総合的な心理アセスメント
→111ページ参照（「HIV感染症と心理アセスメント」参照）

『もしわれわれが、ある人を真に理解したいと思うなら、その人の性格検査の得点を知ったり、その人の過去を知ったり、面接してその人が言うことを知ったりしても充分とは言えない。その人を理解するためには、その人を、その住む世界における独自な存在として全体的にとらえることが必要とされる。』
（オルポート「人格心理学（上）」　p343　誠信書房）

「一人の人間が治療によって変化するためには、その人を現在とりまいている世界が変化しなくてはならない。そして、その「世界」とは、外界だけとは限らず内界を含むものであるし、この両者は思いのほかに関連している。」
『心理療法における場所、時間、料金について』　河合隼雄
（心理療法論考　100p）

6、ある程度の主体性（河合隼雄参照）

Jaspers, K.の自己意識	
能動性の意識	させられ体験、言い間違い
単一性の意識	ドッペルゲルガー、葛藤状況
同一性の意識	多重人格、過去のわたしと今のわたし
・他者との区別	思考伝播、恍惚沈潜、他人の痛み

＋

ある程度のまとまり

7、「わたし」という体験のなかの苦悩 → 1に戻る

8、性格傾向と自我状態（Nancy McWilliams「パーソナリティ障害の診断と治療」太洋社　2005年参照）

類型の次元 / 発達の次元	精神病質	自己愛	シゾイド	パラノイド	抑うつ	マゾヒスティック	強迫	ヒステリー	解離	その他
神経症水準～健常水準 同一性の統合と対象恒常性 フロイトのエディプス期 エリクソンの自主性　対　罪悪感										
ボーダーライン水準 分離固体化 フロイトの肛門器 エリクソンの自立性　対　恥や疑惑										
精神病水準 共生期 フロイトの口唇期 エリクソンの基本的信頼　対　不信										

Ⅱ　日常生活：観察のポイント

① 外観：清潔、着衣の乱れ、表情の乏しさや不自然さ、頭髪（抜毛、自己髪切断）、体痕（注射痕・傷跡）、姿勢（硬直・弛緩）

② 睡眠：熟眠感、寝つき、途中覚醒、早朝覚醒

③ 食行動：食欲亢進・減退、拒食・過食・嘔吐・嘔気、偏食・異食、人前では食べられない

④ 性行動：性欲の亢進・減退、性的興奮の障害・勃起障害、苦

痛・嫌悪感、性目標への葛藤

⑤　対人関係：消極的・拒否的、引きこもり、依存・過剰な期待、被害・加害的認識、話し方の不自然さ、無断欠勤・欠席

⑥　受診行動・保健行動：不定期な受診、不規則な服薬行動、保健行動への無関心

⑦　気分・感情・記憶：抑うつ気分、緊張・不安、涙もろさ、絶望感、パニック・恐怖感、過度の心配、物忘れ・健忘、実感のなさ

⑧　その他：身体的愁訴、衝動的行為（浪費・窃盗・賭博）、自傷他害行動、儀式的行為（強迫）、過度の飲酒、物質（薬物）依存・乱用、チック

Ⅲ　問題状況とさまざまな要因のあたりをつける観察ポイント

1、全般的観察

外観（appearance）	
体型	発育不全…
着衣	清潔、風変わり…
身だしなみ	清潔、爪、歯、入浴…
頭髪	抜毛、自己髪切断…
体痕	注射痕、傷跡、入れ墨、リストカット…
姿勢	硬直、弛緩…

2、態度

1　態度、ふるまい

①　わざとらしさ（衒奇（げんき）：第三者には理解不可能な奇異な動作や格好をする。）や、ひねくれ（動作や格好が不自然に虚飾され、その意図が全く不明にみえる。）：わざとらしさ、ひ

ねくれは姿勢、表情、歩行、談話、書画などにも現れるので十分注意して観察する必要がある。

② 常同姿勢：不自然で、かつ無理な姿勢をいつまでも続ける。

③ うなだれしおれている、尊大、冷淡、無関心、拒否的、拒絶的、親しげ、無遠慮、不作法、なれなれしすぎる。

④ 誇張的、演出的、こびる、依存的、児戯的。

⑤ 落ち着きがない、そわそわしている、じっとしていない。

⑥ 緩慢な、ゆっくりとした動き、のろのろ。

⑦ いんぎんな、不自然な丁寧さ。

2 表情や顔貌の逸脱

① しかめ面、尖り口。

② 冷たい、乏しい、硬い、空虚さ。

③ 愉快そう、爽快な。

④ 悲しそう。

⑤ 怒ったような、不機嫌な、刺激的な。

⑥ 無関心な、困惑した、苦悶的、不安な、上機嫌な、仮面様。

⑦ 表情錯誤：感情の動きと表情とが一致しない。

3 行動・言語

① 多動（運動過多）：欲動の昂揚として、身体全体の動作が増進する。落ち着きのなさ、不眠、刺激的となる。徘徊癖、買い癖、浪費など。

② 興奮：多動に、歌ったり、踊ったり、乱暴したりが加わる。

③ 心迫：興奮し一時も休まず動き回る。抑制できない。行為心迫（目的あり）、運動心迫（目的了解難）、作業心迫。

④ 減動（寡動）：欲動の減退によって、身体全体の動作が減少する。行動の減少。

⑤ 行動制止：減動の極端な場合。行動しようという気持ちはあ

る。おっくう、ものうい、活動渋滞、座ったまま。寝たまま。

⑥　無為：行動しようという気持ちがない。自発性消失。

⑦　無動：自発性消失が極端になった場合。

⑧　昏迷：外からの刺激に反応せず、精神活動が停止しているかのようにみえる状態。意識は保たれている。

⑨　衝動行為：欲動が抑制力を失って行動されたもの。暴行、障害、器物破損、突然の失踪、自殺、放火癖、盗癖、殺人癖、爆発的。

⑩　拒食：食べない状態。妄想によるものや昏迷によるものなどもある。拒絶。

⑪　自傷

⑫　拒絶：接触が持てない。交流を全く受けつけず、身体でも抵抗を示す。

⑬　無言症：言葉での意思の伝達をしない。拒絶。

⑭　非疎通性inaccessibility（接触がない、ラポールrapportがない）：冷淡で、空々しく、木で鼻をくくったような態度を示し、親しみがない。心的交流が持ち得ない。

⑮　カタレプシー（強硬症）：周囲からの働きかけを自動的、機械的に受け入れ、被動的に与えられた姿勢をいつまでも持ち続ける。

⑯　命令自動：他人の命令のままにロボットのように動く。

⑰　反響動作：相手のするとおりにオウム返しにまねる。

Ⅳ　面接のなかでの心理状態の把握

1　談話、話し方

①　多弁な、声高な、よどみのない

②　無口な、低い声、渋滞がち

③　まわりくどい
④　途絶
⑤　滅裂、散乱、反響語、保続、粘着
⑥　語呂あわせ、的はずれ応答、同語反復

→「HIV医療とカウンセリング～初回面接まで」を参照

2　感覚と知覚、把握

①　感覚（視覚、聴覚、触覚、味覚、嗅覚、体感等）と知覚
②　知覚の障害（妄覚）：錯覚と幻覚、知覚過敏（小視症／大視症／変視症）、錯覚、幻覚（幻聴・幻視・幻触・体感幻覚・幻嗅・幻味）、思考化声、幻影肢、幻覚剤、自己像幻覚

3　注意

①　集中、散逸、制止、固着、無関心、注意転導性亢進

4　見当識

①　時、場所、人物、状況、自分の存在（生年月日、役割…）
②　失見当、二重見当識

5　意識

①　量的障害：清明、混濁（傾眠、昏眠、昏睡）
②　質的障害：夢幻状態、酩酊状態、せん妄、もうろう状態、アメンチア

6　思考

①　思路、思考体験、思考内容の 3 側面
②　思路の障害：観念奔逸、思考制止、途絶、滅裂、迂遠、保続
③　思考体験の障害：強迫観念（cf. 強迫行為、恐怖症）、自生思考、作為思考、
④　思考内容の障害：妄想（妄想気分（→世界没落体験）、妄想知覚、妄想着想）、内容による分類
（被害、関係、注察、追跡、被毒、好訴、憑依、嫉妬、貧困、

罪業、心気、誇大、血統、恋愛…)、妄想様観念

7 記憶

① 記銘、保持(把持)、想起(再生)

② 記銘力障害(cf.コルサコフ症状群(見当識障害・記銘力障害・作話))

③ 健忘(前向・逆向)

8 知能

① 認知症と精神発達遅滞

② IQ

③ 偽痴呆・ガンザー症候群

9 感情

① 気分:抑うつ気分、気分爽快、刺激性、感情鈍麻、気分変調、気分易変性、アンビバレンツ、離人感、感情喪失感、失感情症

10 欲動

① 食欲:多食、食欲減退、拒食、偏食、異食

② 性欲:亢進、減退、インポテンツ、冷感症、性対象(自体愛、小児愛、フェティシズム、近親姦、屍体愛…)、性目標(露出症、窃視症、サディズム、マゾヒズム)

③ 睡眠:不眠(入眠困難、途中覚醒、早朝覚醒、熟眠感のなさ)、夜驚症、ナルコレプシー(睡眠覚醒リズム障害)

④ その他:運動欲望、衝動的行動(窃盗癖、徘徊癖、放火癖、収集癖、濫買癖、賭博癖…)、顕示欲、名誉欲、権力欲

11 意志

① 精神運動性の興奮:衝動行為、短絡行為、作業心迫、運動心迫、多動、不穏、興奮、アカシジア

② 精神運動性の制止:自発性減弱、無為、抑制、昏迷、寡動、減動

③ 緊張症候群

12 自我意識

① ヤスパース（能動性、単一性、同一性（連続性）、他者との区別）

② 多重人格

③ 被影響体験（作為体験、思考奪取、思考吹入、思考察知、思考伝播）

④ 二重身

⑤ 強迫現象（強迫観念≠固定観念）

⑥ 自体意識（セネストパチー、幻影肢）

13 病識

① 自己の病に対しする態度：無関心、隠蔽、失認、否認、疾病利得

14 その他

1）自傷（self-injury）

自傷の行為とその背景にどのような心理状態があるのか。
本人の認識と家族や周囲の認識のずれ。
発達障害や行動障害のこともある。
広義には、自らの体を傷つけることのみならず、薬物乱用や食行動異常なども含む場合がある。
自殺（自殺企図や希死念慮）との相違。

2）物質関連障害（substance-related disorder）

物質関連障害（Substance-Related Disorders）は、医学的問題である。物質関連障害は、物質（ドラッグ）を使用することそのものを持題にする場合と、物質を使用することによって併発される問題とに分けられる。DSM-Ⅳ-TRをもとに整理すると、以下のよ

うになる。

物質関連障害
- 物質使用障害：物質依存、物質乱用
- 物質誘発性障害：物質中毒、物質離脱、物質誘発性せん妄、物質誘発性持続性痴呆、物質誘発性持続性健忘性障害、物質誘発性精神病障害、物質誘発性気分障害、物質誘発性不安障害、物質誘発性機能不全、物質誘発性睡眠障害

身体	診断基準がある医学的問題である
心理	自己のコントロールが不全、愛着の問題や死への親和性の高さなどの側面
社会	社会生活上の問題も併発
人生	スピリチュアルの傷つき、人生をどのように受け止め、どのように生きていくのか

① ことば（定義）

中毒	物質の使用中や使用直後に見られる可逆的な精神や行動の変化。
離脱	大量、長期にわたって連用していた物質の使用を中止または減らすことによって、その物質に特有な症状が可逆的に現れること。

耐性	続けて使っているうちに同じ量では効き目が出なくなり，快感を得るためには最初の頃よりも量を増やさなければならないこと。
依存	物質の使用の仕方が本人の思うままにならなくなり（コントロール喪失），その結果日常生活に障害が生じること

② 診断基準（医学的問題である）

・物質依存に関する基準（DSM-Ⅳ-TR：概略のみ）

以下の項目について 3 つ以上が12ヵ月の期間内のどこかで起こることによって示される。

耐性
離脱症状
当初の意図より多量、長期間、高頻度での使用
その物質の使用中止や制限への欲求や努力の不成功
その物質を手に入れるための活動、物質使用、作用からの回復に長時間費やす
社会的、職業的、娯楽的活動の放棄、または減少
物質を使用することによって心理的・身体的問題が持続的、または反復的に生じているにもかかわらず、物質使用を続ける

・物質乱用に関する基準（DSM-Ⅳ-TR）

以下の項目について 1 つが12ヵ月以内に起こることによって示される。物質依存の基準を満たさない。

物質の反復的使用により、仕事、学校、家庭などの重要な役割義務が果たせない
身体的危険がある状況で反復使用する

物質関連の法律上の問題を繰り返す
物質の影響により、持続的、反復的な社会的、対人関係的問題が生じたり、悪化しているにもかかわらず、継続使用する

③　さまざまな依存

依存といっても、上記のような物質（ドラッグなど）とは限らない。何に依存しているのかにより、下記のように分類することもできる。物質や依存対象から引き離すことのみではなく、依存の状況や問題を認識し直面すること自体が、依存のケアの目標であって、介入方法ではない。

物質依存：特定の物質の摂取に関する依存：酒、たばこ、向精神薬、脱法薬物など
過程依存：特定の行動過程に執着する依存：ギャンブル、買い物、セックスなど
関係依存：特定の人間関係に執着する依存：共依存（自分がいなければあの人はダメ）など
クロス・アディクション：複数の対象を持つ依存：酒とギャンブル、薬物と性行為など

④　HIV感染症との関連

注射の回し打ち：HIV感染症や他の疾患の感染

判断力の低さと危険な行為の傾向。特に感染リスクを高める性行動：薬物の効果により判断力が低下

→危険な性行動
→保健行動の低下（受診、服薬アドヒアランスなどの低下）
→食思不振、過覚醒、皮膚
→情緒不安定

使用した物質そのものの身体への影響：肝機能や腎機能、皮膚など

使用した物質そのものの心理への影響：神経心理学的機能の低下（脳へのダメージ）、人格変化、抑うつ気分、自己評価（自尊心）の低下など

セックスドラック：痛みの緩和、気分の高揚によりリスクのある性行為に

ソーシャルネットワーク：物質を手に入れたり、使用したりすることによってのみ、社会的関係を有している場合や、使用によりさらなる孤立など

⑤　心理的ケア～経験のなかで～

1）現状

2007年の山本・織田の調査　n=200人

感染経路	人数	薬物使用経験あり (HIV感染前+感染後)	薬物を誘われた経験あり	薬物を使用する友人知人が居る
異性間性交渉	24	5 (4+1)	3	2
同性間性交渉	159	115** (75+40)	91**	69**
薬物注射	1	1 (1+0)	0	1
血液製剤	6	2 (1+1)	1	1
不明	10	3 (2+1)	1	2
合計	200	126 (83+43)	96	75 (人)

（ HIV感染者200人を 対象にしたアンケート ）　　χ2-test　**:p<0.01

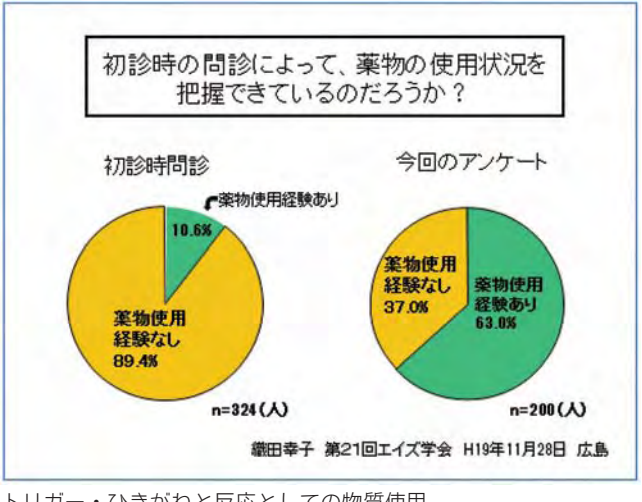
山本ら、「HIV感染者における薬物使用の実態調査」
第20回日本エイズ学会学術集会総会 2007年11月 広島

初診時に問診を行い、物質使用（ドラッグ）の使用状況の把握を行っているところもあるだろう。山本ら（2007年）によると、問診

時などでは患者の１割に使用が認められたが、無記名の調査では、63％のHIV陽性患者に使用経験がみられた。使用経験者のうち、「すでにやめた」や「やめようと思う」が75％あり、「やめようと思わない」や「どちらとも」と回答しているものが15％であった。医療者に相談したことがある人は、13％であり、医療スタッフに物質使用の状況を伝え相談できている人は少ない。

よって、問診時等に物質使用を問うのみでは不十分であろう。日ごろから物質使用など相談しやすい環境（情報発信）や態度を示す必要がある。

2）対応



トリガー・ひきがねと反応としての物質使用

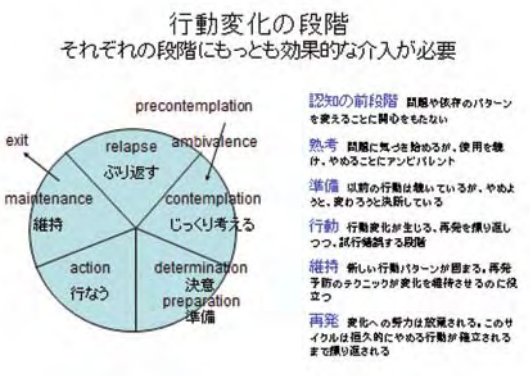
→学習理論？： 刺激時の認知と感情と対処行動の再学習

イネイブラーenabler：〔助けてあげるつもりでやったことがか

えって相手のためにならないようなことをする人。身近な人が悪癖や犯罪などに染まっていくのを黙認ないしは放置している人。〕
使用目的、意図・無意図的目的
故意に自らの健康を害する症候群
（死と融合体験・大洋感情？）

→心理療法： 具体的行動の背景の象徴的体験を心理的に理解・体験
代わりのものとしての物質（安心感？）

→対人関係技能



社会関係・役割、その他
社会関係の持ち方の１つ？（居場所？）→対人関係技能や社会資源
APARI；アジア太平洋地域アディクション研究所
DARK；薬物アディクションリハビリセンター

FC刑務所；Private Finance Initiativeなど

離脱症状　→精神科との連携

倫理的葛藤状況（ジレンマ、Ethical dilemma）

依存性薬物の一覧

付表 依存性薬物の分類・通称・作用・規制法規

薬物の分類	主な薬物		主な通称・商品名（含有製品）	中枢作用	規制する法律
覚せい剤類	アンフェタミン		スピード、ゴー・ファスト	興奮作用	覚せい剤取締法
	メタンフェタミン		シャブ、エス、スピード、アイス、クリスタル、クランク		
	メチルフェニデート		リタリン、リタ、ビタミンR		麻薬及び向精神薬取締法
コカイン類	コカイン		コーク、スノウ、クラック、ロック、フリーベース、ロックス		
モルヒネ類	あへん		阿片？	抑制作用	あへん法
	モルヒネ		コウビーズ、キューブ、ドウブ、エムセ		麻薬及び向精神薬取締法
	ヘロイン		エノチ(H)、ビッグ・エイチ(Big-H)、ブラウン・シュガー、ハードスタック、スノウ、チェイシング、ドラゴン		
	ペンタゾシン		ペンタジン、ソセゴン		
	コデイン		（各種市販鎮咳薬・鎮咳薬）		
睡眠薬およびアルコール	バルビタール		（ベゲタミン）		
	フルニトラゼパム		サイレース、ロヒプノール		
	トリアゾラム		ハルシオン、アップジョン		
	アルコール		（各種酒類）		（成人については規制法律なし）
有機溶剤型	トルエン、シンナー、ラッカー				毒物及び劇物取締法（現在は規制法律なし）
	ブタンガス、亜硝酸エステル		ガスパン、ガス、ラッシュ		
大麻型	マリファナ		ガンジャ、ハッパ、ポット、ハーブ		大麻取締法
	大麻樹脂		チョコ		
	ハッシッシュオイル		ハッシッシュ		
幻覚剤	LSD		エル、アシッド、ペーパー、バッカク、グリーン、ドラゴン	幻覚作用	麻薬及び向精神薬取締法
	PCP		エンジェルダスト、ラブボート、ラブリー		
	メスカリン		メスク		
	MDMA	デザイナーズ・アンフェタミン	エクスタシー、XTC、バツ、エックス、エレファント、アダム		
	MDA		イブ		
	2C-B		トゥーシービー		
	DOB		ディーオービー		
	サイロシビン		マジックマッシュルーム		
	5-MeO-DIPT		フォクシー、ゴメオ、ワイルドゲーム		
	5-MeO-MIPT		ミプティ		（現在は規制法律なし）東京都のみ条例で規制

加本俊彦著「薬物依存の理解と援助「依存症に自分の健康を害する」症候群」金剛出版より引用

3）神経心理学的障害（Neuropsychological impairment）

① 神経心理学的な側面：記憶、遂行機能、コミュニケーション、情緒、行動異常、言語、注意、空間認知、目的のある行為、地理的認知、ものの認識など

② 精神運動速度の低下 →「神経心理学的検査のガイド」参照

4）発達上の問題

① 精神発達遅滞（知的障害）
② 広汎性発達障害（PDD）
③ 学習障害（LD）
④ 運動能力障害
⑤ 注意欠陥（ADHD）及び破壊的行動障害（DBD）
⑥ コミュニケーション障害

5）身体疾患による精神障害

外因性（身体因性）精神障害：身体の病気が元となって起きる精神障害。	
器質性精神障害	脳そのものの病気によって生じるもの。
症状性精神障害	脳以外の身体病によって生じるもの。ex. 身体疾患による緊張病性障害など。
中毒性精神障害	体内に薬物・毒物が入り込むことで生じるもの。

6）自傷や暴力のリスク

① 現状

- （米）自殺既遂の約50%がうつ病、25%が物質乱用（アルコールや薬物）、10%が精神病、 5 %が人格障害と言われている（Shuster JL, Stern TA: Suicide. In Intensive care medicine,Boston,1996.）。
- 約15～25%の物質依存症者が自殺で死亡（Howton KやMiller NS,Giannini AJ, Gold MSら）。
- 離脱期に自殺念慮や自殺企図が強くなる場合がある。

② 自傷・暴力のリスクサイン

- 大声、早口、威嚇的、礼を失した話し方
- 椅子の端に座り、前に傾く、面接者の個人的空間に侵入する
- 手や足をそわそわといじったり、歯を食いしばるなどにより示される筋緊張の亢進
- 足踏み、静座不能、独り言
- ドアをバタンと閉める、家具を壊す

③ 対応

- 現実との接触を保てるように：名前を名乗る、名前を呼ぶ、クライエントの心配していることを予測し伝えるなど。
- 環境：静か、落ち着く一定の広さ、ドアの位置には両者がアクセスできる場所で。照明や食事、水、煙草は可能な範囲で。
- 言語：非評価的・非指示的反応を示す；繰り返し、わかりやすい質問、感情への共感的理解を示す、問い詰めない、守れない約束はしない。

  身体言語：目を合わせすぎない、距離を保つ（安全と保障）、安易に触れない、ポケットに手を入れたり、腕を組んだり、

握り拳を作らない。

- 変化しようとするクライエントを支援する：疎通性ができたら、過去の暴力（いつ誰にどのような、自傷他害の程度、疾患など）について情報を得る。
- 凶器になるようなものを取り除く・確認する。
- 精神科医などとの連携；薬物療法、医療保護入院や措置入院、拘束の判断など。

7）ステロイド使用に伴う心理的問題

ステロイド治療による精神状態はさまざまである
鑑別
気分の変化、易刺激性の亢進、不安など
不眠、食欲の変化
せん妄、知覚や注意の変容
容姿の変化に伴う自己評価や対人関係の変化

8）神経心理学的アセスメント

失語：言語の障害
失行：運動機能が損なわれていないが動作が遂行できない
失認：感覚機能が損なわれていないが見なれている対象を認識できない
実行機能障害：計画立案、順序立て、状況把握、複合行動の制止、抽象化能力の障害
社会的、職業的機能の著しい障害
病前からの著しい低下（精神発達遅滞との区別）

スクリーニング検査についてはp134～152参照

9）性機能不全、インポテンツの問題

HIV感染症であるという思いからの性的な場面の嫌悪など心理的なものとは限らない（内科的、外科的疾患、薬剤性よることもある）

話しやすい環境や言葉かけに注意する

10）保健行動　p34参照

無関心期：（認知の前段階）関心を示さない。否認がみられる場合は鑑別のためのアセスメント。まず改める気がない考えや気持ちをきく。

関心期（親考）：考えるが自信があまりない。保健行動を変えることに対する懸念をきく。

準 備 期：行動変化のために準備をする。保健行動ごとに具体的に支援する。目標をはっきりさせる。

行 動 期：保健行動を変えたばかり、もどってしまうこともありえる。具体的行動に焦点をあてる。

維 持 期：保健行動を変えてから一定時間がすぎている。戻ってしまったときを素材に次に戻らないための工夫を話し合う。

V　心理相談や心理療法、カウンセリングを断った場合

① 今後カウンセリングを利用しにくくならないような配慮（断ることも自由、開始も自由）。
② 利用したくなった時のアクセスの方法の説明。
③ 他のスタッフとの連携：間接的援助。
④ 変化の報告：社会的、環境的変化や人間関係の変化、体調の変化やさまざまな喪失（身体、心理、社会）、問題・逸脱行動や感情統制の困難、精神症状や身体化。

仲倉　高広

HIV感染症患者のメンタルヘルスと精神医学的介入

1　はじめに

HIV感染症に罹患していることを知る以前から、あるいは知ってから後の経過の中で、何らかの精神症状や不適応状態が認められる患者は存在する。越智ら（2006）の調査によれば、HIV感染症患者の17.5%に抑うつ傾向、24.3%に特性不安の高さ、13.0%に認知機能の低下が認められている。また同じ調査において、過去1ヶ月以上前に抗HIV薬の飲み忘れがあった群に精神科受診歴がある患者が多いことも指摘されている。海外の文献においても、このような精神障害と抗HIV療法の服薬アドヒアランスの関連性を指摘するものも少なくない（Whetten,et al, 2008; Pence,et al,2007; Sternhell,et al,2002; Paterson,et al, 2000）。HIV感染症患者のメンタルヘルスの状態を把握し、それに対して臨床心理学的介入や精神医学的介入を行うことの重要性は明白である。

2　HIV感染症患者のメンタルヘルス－大阪医療センターの場合－

2－1　メンタルヘルススクリーニング検査の試み

その試みの一つとして、大阪医療センターでは2008年から初診で感染症内科を受診するHIV感染症患者を対象に、メンタルヘルスのスクリーニング検査を行っている。ここで用いているスクリーニング検査は、GHQ30（General Health Questionnaire、一般健康質問票）およびSAMISS（Substance Abuse and Mental Illness Symptoms Screener）を日本語に訳したものである。GHQ30は、一般的疾患傾向、身体的症状、睡眠障害、社会的活動障害、不安と気分変調、希死念慮とうつ傾向の6因子、

各 5 項目からなる簡便な検査であり、最近 2 ～ 3 週間の状態を記入するようになっている。7 項目以上当てはまる場合、何らかの不調あり（以下、陽性）と判定される。SAMISSは、主に米国でHIV感染症患者に対して用いられている質問紙を大阪医療センターが日本語に訳したものであり、飲酒状況、物質使用状況、飲酒・物質使用への依存・統制、精神症状（興奮、抗うつ薬の使用、抑うつ気分、意欲低下、不安、不安発作、心拍・呼吸、外傷体験の有無、フラッシュバックの有無、日常生活に影響が出るほどの出来事）に関する項目から構成される。

SAMISS

- 飲酒状態
- 物質使用状況
- 依存・統制
- 精神症状

飲酒は期間を問わず習慣的な頻度を、物質使用や精神症状については過去 1 年間の状態を記入するようになっている。飲酒状況、物質使用、飲酒・物質使用への依存・統制（摂取頻度や量を統制できているか）の 3 因子については、それぞれ陽性判定となる基準点が決められており、 3 因子のうち 1 つでも陽性であれば飲酒・物質使用に関して陽性と判定される。また 9 つの精神症状についてはそれぞれある・なしを回答することになっており、それに応じて陽性・陰性を判定し、 9 つのうち 1 つでも陽性であれば精神症状が陽性と判定される。

2－2　スクリーニング検査結果の全体的傾向

ここでは2008年 6 月から2011年 1 月末現在までのスクリーニング検査の結果を抜粋して紹介する。新規のHIV感染症患者405名を対象に実施したところ、平均年齢は36. 6歳（SD=11. 0）で、うち男性が399名（98. 5%）と大半を占めた。GHQ30あるいはSA-MISSのいずれかで陽性と判定されたのは361名（89. 1%）であり、全体のほぼ 9 割に何らかのメンタルヘルスの不調が認められる結果であった（図 1 ）。

初診患者の 9 割にメンタヘルスの不調がある。

図 1

2－3　GHQ30（General Health Questionnaire、一般健康質問票）

各検査についてより詳細に分析したところ、GHQ30の平均点は11. 7点（SD=7. 55）で、陽性と判定されたのが282名（69. 6%）、陰性と判定されたのが123名（30. 4%）であった（図 2 ）。図 3 に 6 つの因子の平均点についての健常者群および神経症者群との比較を示すが、どの因子も健常者群よりも初診のHIV感染症患者

群のほうが高いことが明らかである。

図 2

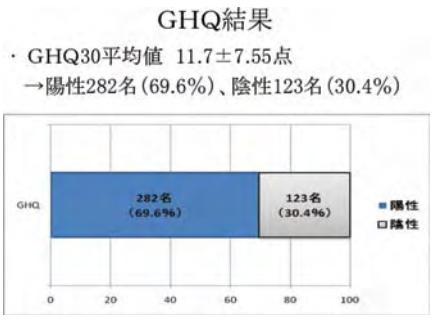


図 3

初診患者の 5 割に飲酒、物質使用の問題がある

2－4 SAMISS（Substance Abuse and Mental Illness Symptoms Screener）

SAMISSの飲酒・物質使用全体については、陽性が217名（53.8%）、陰性は186名（46.2%）であった。また飲酒状況については陽性214名（52.8%）、陰性191名（47.2%）、物質使用は陽性19名

（4.7%）、陰性385名（95.3%）、飲酒・物質使用への依存・統制については陽性141名（35.1%）、陰性261名（64.9%）という結果であった（図 4 ）。飲酒については半数以上が、アルコール以外の物質については約 5 %がその摂取量や摂取頻度に関して過度となっている可能性、また35%はそれらの摂取の統制に関して困難が生じている可能性が示唆される。またSAMISSの精神症状については、 9 つの症状のうちいずれかで陽性となった患者が216名（53.7%）、陰性は186名（46.3%）であった（図 5 ）。 9 つの精神症状については図 6 に示すが、特に意欲低下、不安、日常生活に影響が出るほどの出来事の 3 つについて、陽性と判定されることが多い結果であった。

図 4

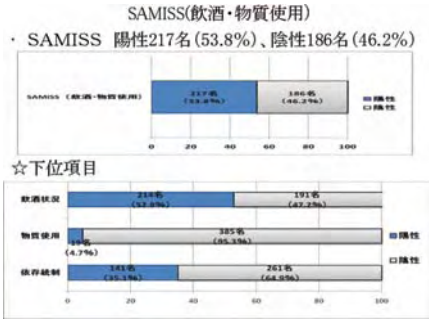


図 5

SAMISS（精神症状）

・SAMISS（精神症状） 陽性216名（53.7%） 陰性186名（46.3%）

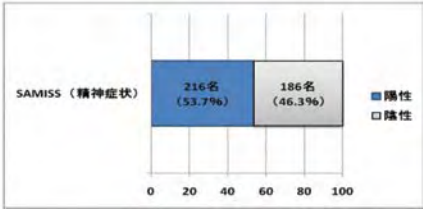
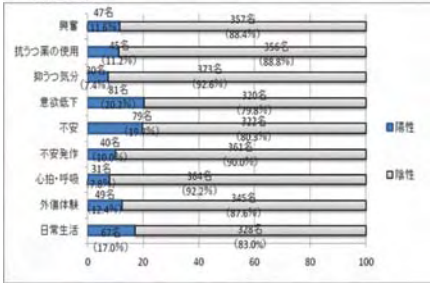


図 6

SAMISS（精神症状）

・ 下位項目



初診時スクリーニング検査のフィードバック

- いつから
- 何を契機に
- HIV感染を知ったことと関連がある
- 告知時から現在までどんな体験を
- いつもカウンセリングを利用できる

2－5　検査結果のフィードバック

大阪医療センターでは、これらの初診時のメンタルヘルススクリーニング検査の結果をカウンセラーから患者にフィードバックする機会を持つようにしている。初診時のメンタルヘルスの状態について結果から読み取れることをカウンセラーから患者に伝えることを通して、患者に身体の状態だけでなく心の状態にも目を向けてもらう時間としている。何らかの不調がある場合には、それがいつから何を契機に始まったのか、それはHIV感染を知ったことと関連があるのか、初診時からフィードバック時までにどのような気持ちを体験しているかといった点から、患者の心理状態についてカウンセラーおよび患者自身が理解を深める試みを行っている。不調がない場合でも、感染を知って以降どのように気持ちの整理をつけてきたか、その際に適切なコーピングを用いることができているかなどについて話し合う。いずれの場合も、今後希望時にはいつでもカウンセリングを活用できることを、カウンセラーから直接患者に伝えている。なお、フィードバックを行った患者275名のうち、61名（16.2%）がこのフィードバック面接をきっかけにカウンセリングを開始している。

3　HIV感染症患者の精神症状と精神医学的介入の現状

初診時から3年以内に約1割が精神科受診

3－1　国立国際医療研究センターおよびブロック拠点病院における精神科受診状況

HIV感染症患者に対する精神医学的介入の現状については、廣常ら（2009）が国立国際医療研究センターおよびHIV診療のブロック拠点病院を対象に調査を行っている。それによると、2005

年4月から2006年3月の1年間に各診療施設に新規で通院し始めたHIV感染症患者462名のうち、44名（9.5%）が3年以内に精神科を受診していることが明らかとなった。精神科受診のきっかけとなった症状としては、感情の障害、睡眠の問題、ストレスによる心身の障害、認知機能の変化などが多く認められた（図7）。また、それに対して付けられた診断名をICD-10に則して分類したところ、抑うつ状態など気分（感情）障害に属するものが最も多く、次いで適応障害など神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害に属するもの、不眠症など生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群などが多く認められた（図8）。HIV感染症の診療機関において働くカウンセラーとしては、適切に精神医学的介入が行われるために、患者の状態のアセスメントおよびそれに基づく患者やチームに対する働きかけを行う必要があると言えよう。

図7

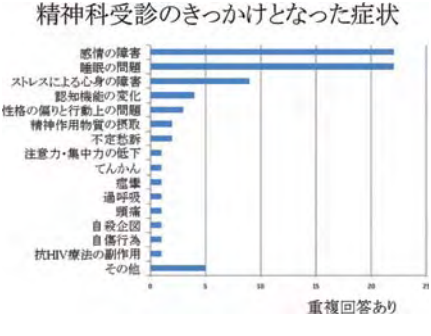
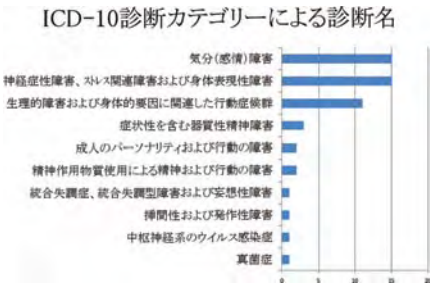


図 8



1割はHIV感染とは別の施設の精神科に受診

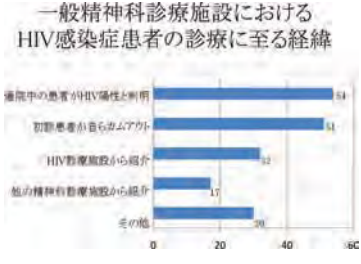
これらの患者の10.6%は、HIV感染症のためにかかっている施設とは違う施設の精神科に外来通院している。また、精神科での入院加療が必要となったのは9.1%であり、このうちHIV感染症のためにかかっている施設以外に入院したのが25.0%であった。ブロック拠点病院などHIV感染症の診療施設内だけでは、入院加療などに関して精神科診療機能に不足が生じる場合や、通院に関する簡便さなどの点から患者のニーズに対応しきれない場合があることが推測される。

3-2　クリニックなど一般精神科診療施設における精神科受診状況

さらに廣常ら（2011）は、クリニックや単科精神科病院を含む精神科診療施設を対象に、HIV感染症患者の診療経験について調査を行っている。それによると、全体の11.9%がこれまでにHIV感染症患者の診療経験を有していることが明らかとなった。診療に至った経緯としては、HIV診療施設からの紹介よりも、も

ともと通院していた患者が経過の中でHIV陽性と判明する場合が最も多く、次いで初診患者がHIV陽性であることを自らカムアウトした場合が多く認められる（図 9 ）。ちなみに一般精神科診療施設が診療したHIV感染症患者の精神症状は、ブロック拠点病院らを対象として行われた上記調査と同様に感情の障害、睡眠の問題、ストレスによる心身の障害が多く、また診断名についてもほぼ同様の傾向が認められている。対象施設全体の 1 割強に診療経験があることや、自然発生的に診療に至る場合が多いことから、一般の精神科診療施設がHIV感染症患者の診療を行う可能性は十分考えられると言える。

図 9



4　おわりに

HIV感染症が慢性疾患として位置づけられるようになって久しいが、今回のまとめからも明らかなように、感染告知を受けて間がない時期に初めての医療機関を受診する際のHIV感染症患者の多くは、今後への様々な不安、また感染告知を受けたショックや傷つきなども契機となり、メンタルヘルスの不調を体験している。また、HIV感染症を知る以前から精神障害を持っている患者も、経過の中でメンタルヘルスの不調が顕在化・悪化する患者も存在

する。カウンセラーはもちろん、各職種が患者のメンタルヘルスの状態に気を配り、ケアを提供する準備をしておくことが必要である。

また、HIV感染症の長い療養生活の中で、仕事など社会生活をこなしながら地域での生活を円滑に行っていくために、便のよい地元の精神科クリニックへの通院を希望する患者は当然存在する。また、精神障害のための入院加療が必要となるケースに対して、HIV感染症の診療施設によっては自施設内のみでは精神科診療機能が十分ではない場合も考えられる。今後ますます地域ごとにHIV診療施設と精神科診療施設間の連携が求められると考えられるが、その場合には当然のことながら、HIV診療施設で働くカウンセラーのみならず、一般精神科診療施設で働くカウンセラーによるカウンセリングや心理アセスメントを通したHIV感染症患者への関わりが求められるであろうし、各施設におけるカウンセラー同士の連携の必要性も生まれてくるであろう。

安尾　利彦

越智直哉、小川朝生、西野悟、織田幸子、仲倉高広、安尾利彦、尾谷ゆか．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．厚生労働科学研究費補助金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班　平成17年度研究報告書、2006.

Whetten K, Reif S, Whetten R, and Murphy – McMillan LK. Trauma, mental health, distrust, and stigma among HIV – positive persons: implications for effective care. Psychosomatic Medicine 2008; 70: 531 – 538.

Pence BW, Miller WC, Gaynes BN, Eron JJ. Psychiatric ill-

ness and virologic response in patients initiating highly active antiretroviral therapy. Journal of Acquired Immune Deficit Syndrome 2007; 44:159 – 166.
Sternhell PS and Corr MJ. Psychiatric morbidity and adherence to antiretroviral medication in patients with HIV/AIDS. Aust N Z J Psychiatry 2002; 26: 528 – 533.
Paterson DP, Swindells S, Mohr J, Prester M, Vergis EN, Squler C, Wagener MM, Singh N. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection, Annals of Internal Medicine 2000; 133:21 – 30.
廣常秀人、安尾利彦、早林綾子、大谷ありさ、仲倉高広、森田眞子、藤本恵里、関山隆史、吉田哲彦．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．厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業　服薬アドヒアランスの向上・維持に関する研究　平成20年度研究報告書、2009.
廣常秀人、梅本愛子、吉田哲彦、疇地道代、安尾利彦、大谷ありさ、倉谷昂志、仲倉高広、森田眞子、藤本恵里、宮本哲雄．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．厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業　HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究　平成22年度研究報告書、2011.

カウンセラーに依頼があってから初回面接までの間について～カウンセラーが想像することと面接に臨む際に活かすこと※

少し事例に入りながら、できればせっかく保健師の方もおられるので、連携を一緒に考えていければなと思うので、まず１枚目ですが、アセスメントの展開を考えていきましょう。この「HIVと心理臨床」という本に載っている事例を用い、検討していこうと思います。（参考文献：野島 一彦・矢永 由里子編　HIVと心理臨床　最前線からの報告－心理臨床の実践と課題、そしてあらたな展開に向けて…　ナカニシヤ出版　2002年）

では、このＡさんの事例を読んでいきますね。

＜事例＞

Ａさんは40歳で、男性で、ある病院に来る６年前にHIV感染症という告知をどこか他の病院で受けていました。しかしその以降、医療にはかからず。こういうのは保健所でも多いですよね。ここは保健師さんにがんばっていただきたいところですけど。この場合は６年経って病院にかかった。その間、職を転々としていました。しかし病院に来たわけですが、肺炎にかかっており、内科に受診、そのまま入院となり抗HIV薬をすぐ開始。主治医よりカウンセリングの依頼があった。その時にはCD4が50で、ウィルス量は10万だった。そこでカウンセリングを依頼される。といった背景には、家族と音信不通だったことがあります。ずっと10代、中学卒業後ぐらいから、家を出て音信不通で職を転々としていたのが、今回の入院を機に家族に初めて連絡を取って、しかも病気の告知もなされたという背景でした。あと入院してすぐのころ突然泣き出したりとか、病院を飛

び出そうとしたりとか、点滴の中に何か入れられたんじゃないかという不安を看護婦さんに訴えたというようなこともありました。そこでカウンセラーさん、よろしくお願いしますという依頼がきた。もう１つ主治医の方からは、そういった問題行動というか不可解な行動に加えて、エファビレンツを使いたいと思っていたんだけども、あれは副作用で精神神経活動に影響があるので、この人に使うのはどうだろうという迷いもあるんだと、臨床心理士としては心理的な状態とか脆弱性とかどう思いますか、ということで依頼されました。

１、臨床心理士としてどのようなことが気になるか？

ここでじゃあ、皆さん、もうこれぐらいの情報で、その時に僕らは臨床心理士としてはどう関わるか。保健師さんもおられるので、保健師さんならどう関わるかというあたりを少し考えていけたらなと思います。まずこのぐらいの情報でリファーされた時に、何が気になるなとか、このへんはなんでだろうというあたりを、少し考えてください。それをまず皆さんでシェアします。決してこれは答えがあるのでも何でもないので、僕だったらここが気になるなとか、それぞれ皆さんいろんな見方があると思うので、目に付くところをまず挙げられたらなと思います。

２、参加者が気になった点

なぜ音信不通だったのか、過去の家族との関係、現在のキーパーソン

なぜ精神科ではなく、臨床心理士に依頼がきたのか

突然泣き出す、病院を飛び出すといった行動に対して、精神科への受診は検討されたのか

なぜ６年間、受診されなかったのか、医療への不信があるのか

家族へ告知した際の家族の反応
その告知は本人の希望であったのかどうか
病状の説明の内容とその受け止め方はどうだったのか
職を転々とされた経緯、精神疾患の既往、知的レベルなど
カウンセリングを本人も希望されていたのかどうか
感染経路
CD4が50であること

- 施設との関係
- 医療者との関係
- その他（職場・学校・家庭のなかの人間関係）
- なぜCPに
- 本人の意思や思い
- 背景　精神
  対処行動
  不安耐性

  なぜCPと合うと決めたのか
- 感染経緯
- 免疫能状態

3、疑問をもった理由や予測できる背景について～家族との関係

色んな疑問が出てきました。私たちは、今出てきた疑問の背景に色んなことを予測していたり、想像していたり、仮定をしていたりしています。それを一つひとつ確認していきましょう。

まず音信不通だったっていうのは、なんで音信不通だったんだろうっていう、これは分からないでもない疑問ですよね。それが突然、病気が分かった6年前には何も言わなかったのが、今回、入院になったと、肺炎にかかって入院する。肺炎にかかって病院

に来て、今になってなぜ家族に告知したのだろう。どういった経緯で家族に告知したのだろう。それは本当に本人が希望して家族に伝えたのか、どうなのかということですよね。それに併せて、もし本人が伝えたのなら、どんな思いで伝えたのだろうか。家族はそれに対してどう反応して、その反応を本人がどう受け止めたんだろうとか、その後の家族の関わりはどうだったんだろう、家族との関係はどうだったのか、キーパーソンはどうなんだということですね。

4、疑問をもった理由や予測できる背景について～医療者との関係

あと病院の治療ということにあわせると、医師からどんな説明を受けたのか、これをもうちょっというと、何か予測はありますか？非常に混乱している状況で、説明が十分でなかった可能性があるんじゃないかという予測なさったのですね。この疑問を持った理由は、その後の混乱が説明と関連があるんじゃないかということですね。混乱と関係があるのじゃないかという予測は、患者さんの精神状態よりも、お医者さんとの関係が悪かったのではないかという感じですね。どのように説明されたのか医師に確認しておきたいなとか、どんな経緯で説明したのかなという疑問は、まず医療スタッフに確認したいですね。

次になぜ6年も放って置いたんだろうっていうことですよね。例えば6年前にHIV告知された時に、例えば生活への見通しですとか、そういうことが全然説明されていなかったんじゃないか。ちょっとここも説明不足とか関係があるんじゃないかという予測ですかね。

5、疑問をもった理由や予測できる背景について〜不安定な人間関係？

職も転々としているというところを見ると、ちゃんと安心して信頼できる関係がなかったのかもしれない。安定した人間関係がなかったのかという予測ですね。じゃあ人間不信が起こっているのか、精神分析だったら、生い立ちとかも関係してくるわけですね。母子関係もあるんじゃないかという予測につながりますね。まあまあ、どんどん空想は広げていくとイメージが広がっていって面白いなと。

ここまでの疑問は、人との関係を維持できない何かがあるのではないかという疑問ですね。そして、その疑問の背景に、家族関係や、現実での人間関係の相手の問題、母子関係だとかが仮定されていますね。

6、疑問をもった理由や予測できる背景について〜なぜ精神科ではなく臨床心理士に？

次に、突然飛び出したり泣いたりする状態なのに精神科ではなく、なぜ臨床心理士に来たのか。まず臨床心理士を通して、精神科は次のステップみたいな感じの、中継みたいな感じで来やすかったのではないかという予測を持たれられたのですね。少しきつい言い方すると、精神科とうまく連携できていないのではないかということですね。チーム医療が大事な点ですよね。連携がうまくいっていないところに臨床心理士が入ろうとするときは、気を配らないといけないかもしれないという予測ですよね。大事な点だと僕は思いますけど、チームとして。

7、疑問をもった理由や予測できる背景について～本人の意思

カウンセリングに対する本人の意思は？っていうのは、これはもう本人の意思じゃなく勝手に進んでいるんじゃないかという危惧があるという予測ですね。これは本人の意思が確認されていないんじゃないかなという危惧ですね。本人の意思はどうなのか、例えばどんな説明を受けたかによって、反応が変わるかもしれないし、もともと安定した人間関係が保てないのかもしれない人が、どういうふうな説明をされるかによって、反応が変わってきますもんね。面白いですね。

8、疑問をもった理由や予測できる背景について～人間関係能力の背景に精神障害があるのか？

職を転々とするという情報は精神疾患が関わっているのではないかという予測や、なぜ職を転々としているのかという疑問を持ったかということを、もう少し言葉にして考えてみると、背景に精神疾患があるんじゃないかとか、知的レベルが低いんじゃないかという予測があるということですね。精神疾患については急に飛び出したりするのは、意識的なのか、もともと持っていた性格なのかというのが気になったということでしょう。知的レベルに関していうと、病状等を説明されていたのかもしれないけど理解できなかったのかもしれない。そうなると今後の治療や説明も理解することが難しいので困難になることが考えられますね。

9、疑問をもった理由や予測できる背景について～対処行動、不安耐性は？

適応がどうかという疑問に加え、なぜ6年もの間受診されなかったのかということとクライエントの現実検討識とか現実感とが関係があるかもしれないということですよね。可能性としては、

直面から逃げる行動パターンや防衛機制が考えられる。このパターンの背景としては、不安耐性が低いんじゃないかとか、人間関係が安定していないとかっていう予測ですね。

10、なぜ臨床心理士に会おうと決めたのか？

本人がカウンセラーに会うことをＯＫしたことについて、なんでまたカウンセラーにっていう疑問ですね。でも飛び出すっていうのはただ怖かっただけなんじゃないだろうか、誰かに相談したかったんじゃないだろうか、というところが推し量られるんじゃないかなという、医療不信の背景に怖さとか、頼りたいっていう気持ちもあるんじゃないかっていう見通しの下に出てきた疑問でしょうか。

ここまでに出てきた疑問の背景には、クライエントの精神状態や人格傾向、知的レベルが問題の背後にあるかもしれないという仮説ですね。

11、疑問をもった理由や予測できる背景について～感染経路

感染経路については、例えば同性間のセックスだったりとかであれば、それで家族と疎遠になったのかもしれないですし、例えばIDUで家族とうまくいかなかったのかもしれないという予測ですね。

12、疑問をもった理由や予測できる背景について～免疫能が低い

CD4が50というのは、いろんな日和見感染症が生じる可能性が高い状態なので、日和見感染症による影響、例えば脳症だったりとか、ウィルス脳炎だったりとか、リンパ腫などの問題が考えられるということですね。つまり、器質性精神障害の仮定もあり

得るということですね。

皆さん、どうでしょう。このなかで大体このあたりはきっちりと押さえないといけないという項目が、だんだん見えてきたんじゃないでしょうか。

初回面接に臨むにあたって

- 労い
- 本人なりの経過のとらえ方
- 生育歴
- アセスメント

13、初回の面接のなかでどんなことを考えるのか

私達が患者さんと最初にお会いしましょうということになった時に、患者さんに対して皆さんならなにを大事にされるかな。何かご意見があれば。皆さん、例えば臨床心理士としてでも、保健師としてでもいいですし、自分がこの人と会う時にアセスメントやトリートメントなど面接に臨むとき、もちろんあるがままにみて行くっていうベースですけど、設定というか、気を配るところや注意するところはどこになりますか？

14、面接に臨む際に大切にしたいことについて～労い

（参加者の発言が講師によってまとめられた）

まず、具合はどうですか、大変だったんですねとか、よく話を今回してくれるっていうふうに言ってくれましたね、よく決断してくれたなということを伝えたいですよね。

15、面接に臨む際に大切にしたいことについて～本人なりの経過のとらえ方

6年間、告知されてからどのような生活をしてきたんだろう、Aさんがこの経緯を自分なりにどう思ってらっしゃるかですよね。病院に行きたくなかったのかどうかとかを含めて。肺炎になって病院にかかって、目の前に来るまでの6年間なりを、どういうふうに本人が思っておられるのか。それを聞くことの狙いは、本人が自分なりに今の状況をどう受けとめているのか、そして、その受けとめを支えたいという感じですね。

16、面接に臨む際に大切にしたいことについて～生育歴

生育歴というか、今のそういった現状を、生育歴を聞くことでも、現状の分析のためにも、もともとそういった傾向が昔からあるのか、病的な反応なのかということも含めて聞きたいですね。逆にこれがまたドクターへのアドバイスにもつながっていきますね。

17、臨床心理学的アセスメント

やっぱり心理構造が気になるので、説明して、心理検査することの同意を得たい。アセスメントの際にはストレスにならないものを選びたいですね。

その患者さんにとってどういう環境が一番治療しやすいのかとか。安心できる場っていうのは、どういった場なんだろうなとか、性格を聞くことで、あ、こういった傾向があるのだなと、パーソナリティを把握して、それをなるべく医療のなかで活かしていければといいですね。どんな状況だとこの人は安心に思っているか、逆にいうとどんな状況だと不安になってしまうのか。このあたり

に仮説をもつことができれば、たとえば医師などが薬の説明の仕方を変えてもらうなど工夫ができますね。

18、カウンセリングへの思い

カウンセリングに何か期待があるに違いないのだろうなっていうのも疑問として出てきていましたが、この期待というのはアセスメントにもなるわけですね。これがすごい精神病レベルのものなのか、境界レベルの期待なのか、カウンセラーはすべて分かってくれるという期待なのか、現実的に誰も話聞いてくれないから受けてみようかというぐらいの期待なのかで、この人の心理状態というかパーソナリティもある程度分かることができます。

カウンセリングについてどういう説明を受けたのかという、本人の受けとめと、実際に医療者がどう説明したかとのずれの有無は理解力とかと関係してきますね。

19、心理検査

まず臨床心理学的アセスメントが必要になりますね。精神疾患とかがあるのだったら、やっぱり精神科的治療を受けてもらいたいですし、AIDS脳症とかの認知機能が問題であるんなら、治療を受けてもらったら、性格の問題にされなくて済むということもあります。なんでカウンセラーがあなたの心理検査をするのかっていうのをちゃんと説明をし、実施したいですね。

免疫能が低い場合には、器質的な障害も考慮し、神経心理学的検査を考えますね。例えば、時計の文字盤とか、透視立方体とか模倣するように言っても描けなくなったりします。エイズ脳症のスクリーニング検査は「HIVと心理臨床」を参照してください。仮に標準点を下回る場合、脳の問題になります。問題がなかった

場合、精神病理や人格の影響や知的能力を考え、次のアセスメントにつながっていきます。そして、結果は、本人にも医療チームにもフィードバックしていきます。

ここでちょっと一段落つけて質問なりを受けて、休憩を取りたいと思うんですけど、何か役に立ってなかったでしょうか。

20、臨床心理学的アセスメントの結果のフィードバック

【質問】

心理検査で分かった本人の人格傾向を本人にフィードバックというか、あなたはこういうところがあるから、こういうふうにしていったらやりやすいよとか、どのような伝え方をしたのかということをちょっと。

【応答】

まず臨床心理検査の結果を僕は基本は伝えています。僕は、対人関係はこういうパターンじゃないかとか、感情的な負荷があった時にこうなりやすいとか、ストレスが加わったときにはこんなことになりやすいみたいなことを言っていきます。今後あなたが何かそういうストレスが加わったときに、なんとかしたいと思わはったら、一緒に考えてみましょう、みたいな感じで、心理療法（カウンセリング）を勧めます。

そういう結果の説明は、看護師さんと主治医にも行います。もちろん心理検査前に患者さんからの同意を取っています。

【質問】

多職種が書くことができるケースシートに臨床心理士が書くことはどんなことが考えられますか。

【応答】

やっぱり臨床心理士しか書けないことを書くことかなと思いま

す。それをどのレベルの言葉で書くかはそのチームによると思います。そのクライエントの知覚と、知的な側面と情緒のコントロール、そして行動のコントロールですよね。あとは自己イメージとか、問題やHIVに対するイメージとか、性感染症に対する自己イメージですね。そういった側面を臨床心理学的に書いていく。しかし、それをそのまま書いちゃうと分かんないんですよね。現実検討能力が低いって言われても、だからどうしたらいいんだっていう共通理解にならないので、それをそのまま書かず、保健行動レベルに翻訳して書くっていうのも 1 つかなという気がします。

21、チームからの紹介

【質問】

患者全員に会っているんですか。

【応答】

いいえ。医療スタッフからの紹介がほとんどです。紹介してもらうために、こういう時にはカウンセラーにと書き出したリストを作りました。導入当初はやっぱり臨床心理学的な言葉を使っても、たとえば人格水準が低いとか言っても全然誰もそんな宇宙語のようなもので分からず、行動レベルで言っていました。リストには、不眠、睡眠障害がある。食事の異常、食欲の亢進とか減退とか、偏食とか異食。あと性欲減退とか亢進とかの変化。人間関係が変わるとか、失うとか、別れるとか、社会的喪失。そういうなじみのある言葉にし、そういったとき患者さんは心理的危機状態になるかもしれないので、カウンセラーに紹介してください、と書いています。たとえば、看護師さんがちょっとなんか患者さんの表情が硬いから、患者さんにカウンセラーに会ってみてはと紹介する具合に。カウンセラーにつなげようとしても、いいです

って断られた場合は、コメディカルカンファレンスと言って、看護師とソーシャルワーカーと臨床心理士が集まって情報を共有したり話し合ったりしています。紹介時のチェックリストみたいなのは、外来チーム医療マニュアルに書いてあるので、これを参考にしてください。

22、まとめ〜HIV医療におけるカウンセリングも他のカウンセリングと同じ

いろんな想像を働かせてかかわるっていうのは、もう皆さん本当に面白かったですね。カウンセリングっていうのは話を聞くっていうことにすごく重点を置いていて大切なことです。しかし、同時に僕らは聞きながら何かを連想していたりとか、見込んでいたりとかしています。うんうん頷いているときでも、同じように見えて、その時々に重点が違ったり、見込みがあったり、アセスメントがあったりしながら、聞くっていうことと両立しています。これは、何もHIV医療におけるカウンセリングに特化したことではないですよね。HIV医療でのカウンセリングも他とそんなに変わらないっていうのを知っていただきたいなと思ったんです。

23、まとめ〜免疫能が低いとき

2番目に、されどHIV医療ならではのところも少しあるっていうのは、ちょっと僕がお伝えしたかった部分です。さっきのCD4が低い場合、同じ問題行動でも、統合失調症じゃなくて、もしかして脳炎とか脳症っていうことがあるかもしれないとか、最近だとパーソナリティディスオーダーがあるかもしれないというような、アセスメントも重要になってきます。もちろん普段で

もそうですけど、HIV医療では、HIVによる脳への感染だとか、免疫が下がって他の感染症による脳機能の低下とか、器質的精神障害っていうことがあり得るということを頭に置いていただきたいと思います。HIVによる脳の萎縮によるdementiaもあるので、そのへんはちょっと他の疾患とは違ったアセスメントで注意をしていくことかなと思います。簡単なスクリーニング検査があるので、このへんは先ほどの本を見ておかれるといいかなと思います。

24、まとめ

今回この事例でアセスメントを考えていただこうと思ったら、もうそれ以上に、ああなるほどと思える疑問や仮説をうかがえ面白かったです。プロファイルみたいでしたね。本当に皆さん気になるところや疑問の入口は、生育歴だったり経過だったりとか、連想はさまざまですけど、結局はその方がどう思って、この病院に今存在しているのかということと、これから私達がどうサービスを提供するのか、何を提供するかということを考えており、結果は一緒だなと改めて感じました。僕も勉強になりましたし、勇気づけられたという感じがしました。ありがとうございました。

仲倉高広、尾谷ゆか

カウンセリングを利用することに対して消極的、拒否的、無関心な陽性者への関わり

1　**はじめに**－求められないことと、カウンセラーの無力感・孤独感－

HIV感染症医療において、HIV陽性者が自ら積極的にカウンセリングを求めて来談されることは、決して多くはない。主治医や看護師らの医療従事者からカウンセリングについての説明と勧めを受けて、カウンセラー（以下Co）と出会ってみることを考え始める陽性者が大部分であろう。また、医療従事者はカウンセリングが必要だと判断しても、本人は今直面している現実の困難に心理的な背景があるという認識を持っていない、あるいは何となくは自身の心理的課題を感じてはいてもその解決に対して消極的な場合は少なくないようである。

筆者が大阪医療センターに勤務し始めた当初に出会った、忘れられないケースがある。その方はそもそもHIV感染症の治療に対して消極的であり、抗HIV薬の服薬を拒絶していた。何とか打開策を探す主治医の紹介によって、筆者は何度かその方とお会いしたが、継続的なカウンセリングは拒絶された。積極的な治療もカウンセリングも受けないまま、その方は亡くなられた。

冒頭で述べたような陽性者のカウンセリングへの動機づけの乏しさもあるが、Coとしての技量の問題もあって、入職してから今まで筆者は多くの陽性者との出会いと別れを体験してきた。出会う機会すら得られなかった人もたくさんいる。ご本人の意向でカウンセリングを希望されないこともあれば、先ほどの事例のように、一度は出会えたものの継続的に関わることを拒絶されることもある。カウンセリングに対して拒否的、消極的、無関心な陽

性者にどう関わるか・・・これは、おそらく筆者だけでなくこの領域に関わる多くの、特に経験の少ないCoにとっては、無力感や孤独感、罪悪感など、さまざまな感情を刺激するテーマなのではないだろうか。

またこれは、Co単独で解決する課題としては困難なものであるように感じている。おそらく他職種との密な連携、もっと平たく言えば、他職種からの支えや協力を得られるかどうかが非常に重要となるテーマではないかと考えている。

2　大阪医療センターの現状と、チームとしての工夫

大阪医療センターは他のブロック拠点病院などと同様、医師、看護師、薬剤師、MSW、Coを中心に、その他の内外の各専門職を含めたチームによるHIV感染症の医療を実践しようとしている。初診陽性者とCoの顔合わせは、一時期はルーチンで全員に対して行われていたが、現在は主に外来専従看護師や医師がカウンセリングの必要性をアセスメントし、その上でカウンセリングが導入されている。その意味で現在では、看護師や医師による陽性者の心理状態のアセスメントと、カウンセリングを受けることへの陽性者の動機づけを高めるための関わりが、Coが介入するかどうかが決まる上で非常に重要となっているように思う。

我々Coから見た、カウンセリングへの橋渡しのために各職種が行っている工夫としては、以下のようなものが挙げられる。⑴陽性者がカウンセリングへの否定的なイメージを持っている場合には、それを修正する、⑵1度だけでカウンセリングを継続するかどうかを判断するのではなく、数回は会ってみることを提案する、⑶漠然とカウンセリングを紹介するのではなく、なぜカウンセリングが必要だと医療従事者が判断しているのかを陽性者に直

接伝える、⑷継続を希望しなかった際は、折を見て再開を勧める、⑸一旦カウンセリングが導入されたあとは、陽性者にCoとの直接的なコミュニケーションを勧める（たとえば陽性者からキャンセルや中断の希望や申し出があった場合）、などである。またカンファレンスの場などにおいて、陽性者がカウンセリングにどのようなイメージを持っているかについて事前にCoが他職種から聞いておくと、Coとして陽性者と出会ったときに役立つことがあるように感じている。

また、これは最近の試みであるが、初診時に簡単なメンタルヘルスのスクリーニング検査を導入し、その結果を医療従事者がカウンセリングの必要性を判断する材料のひとつとしたり、必要に応じてCoが検査結果を陽性者にフィードバックして、心理状態について話し合う機会を設定したりしている。実際このフィードバック面接によって、それまではカウンセリングに消極的であった陽性者がカウンセリングを利用し始めることもある。

3　カウンセリングに対して無関心・消極性を示した事例への関わり

事例：Aさん、20歳代の男性。初診時に主治医の紹介でカウンセリングが導入となるが、Aさんは特に心配ごとは語らず、顔合わせを含む2回だけで継続的な面接にはならなかった。しばらく経ったころ、Aさんは受診中断した。再び来院したAさんに対して、中断の背景に心理的な要因を考えた医師と看護師が再びカウンセリングを導入しようとするが、Aさんは「仕事が忙しくて来られなかっただけ」と、心理的要因については否定的に語るのみであった。看護師とCoは話し合い、Aさんの主張を尊重しながら、今後も様子を見ながらカウンセリングを導入できる時期を待

つ方針を共有した。何度かの受診に渡って、看護師や医師がＡさんの心理状態に関心を持っていること、カウンセリングの中で十分に気持ちを話し合うことがＡさんの役に立つと思っていることをＡさんに伝えたところ、Ａさんは消極的ではあるがCoと再び会ってみることを了承した。カウンセリングに来たＡさんは、受診には特別抵抗感はないが、一方で「仕事の工面をしながら苦労して通ってまで、長生きしたいわけじゃない」と、生きることへの消極性を語った。Coより、初回のカウンセリングの印象について聞いたところ、「自分からカウンセリングを求めたわけではないのに勧められて、戸惑った」「あのときは、病院にちゃんと来てるんだから問題ないでしょ、という気持ちだったかもしれない」と率直に語った。CoはＡさんが定期通院できるようにすることが目的なのではなく、Ａさん自身が話したいことを聞きたいと思っていることを伝えると、Ａさんはしばらく考えてから「病院に来るのを止めたのは、人間関係でつまずいた時だった気もする」と、内省する作業に入ろうとする様子が窺えた。Coより気分の動きをともに理解していくことを提案すると、カウンセリングの継続を希望した。

考察：初回面接では、筆者はＡさんに取り付く島がないような印象を受けた。その背景には、病院には体の治療のために来たのであって、心にまで侵入されたくないという思いがあるようであった。医療従事者が粘り強く、押しつけにならない程度にＡさんの心理面への関心を伝え続けた結果、CoはＡさんと再び出会う機会をいただくことができた。定期通院してもらうためではなく、Ａさんのためにカウンセリングを導入しようと考えていることがＡさんに伝わったことが、消極的とはいえＡさんがカウンセリングを受けてみるという気持ちになる上で重要であったと思われ

る。

Aさんと再び出会ったCoは、カウンセリングに対する否定的な感情をできるだけ率直に語ってもらうように心掛けた。CoがAさんの意志や考え、ペースを尊重せずに侵入してくるような恐れを持っていた（いる）ことをAさんが率直にCoに教えてくれたことが、カウンセリングの再導入の上で非常に大きな転機となったと考える。そのこともあって、Aさんが定期通院するかどうかという行動だけに関心を向けるのではなく、まずはそれらの行動の背景にあるAさんの思いに関心を向けるというCoのスタンスがCoとAさんの両者にとって明確なものとなり、Aさんの内省が展開し始めたと思われる。

4　とにかく関わることが大切…なのだろうか？

筆者が勤務し始めた当初に体験した別のエピソードであるが、多職種によるカンファレンスの場で、医師が心理面での対応に苦慮している症例について話題になった。何か関わりたいと思った筆者は「カウンセリングを紹介してほしい」と伝え、その場はそれで終わったのだが、あとからそのカンファレンスに参加していた別の医師から、「カウンセリングに振るのはいいけど、カウンセリングに行くことで何がどう変わるって説明して、その患者さんに紹介したらいいの？」と聞かれ、答に窮してしまった。今思えば、ともに働く医療従事者が対応に困っているのを見て、筆者はそこに関われない自分に歯がゆさや無力感、孤独感を感じる余り、その人の問題を心理的に見立ててそれを他職種に説明することなしに、闇雲にカウンセリングを紹介してもらいたいと主張しただけであった。たとえCoが関わっていなくても、「もし自分が関わるなら・・・」と心理的介入のプランを立てて他職種に伝え

ることは、他職種へのコンサルテーションとして役立つ場合もあるであろうし、今はカウンセリングに対して拒否的ではあっても、機を見てカウンセリングを紹介してみようかという気持ちを医療従事者に持ってもらうことにつながりうると考えられる。

また、これも筆者自身の経験から感じることであるが、とにかくカウンセリングにつながることばかりを主眼に置いてしまうと、Coがカウンセリングを「お気軽に」利用してもらえるようにサービスをしたり、必要な介入を避けたりすることが起こりうる。カウンセリングの場に来てもらうことが最優先になってしまい、カウンセリングの関係が無目的でなし崩し的になってしまうこともありうるだろう。いわゆるカウンセリングらしいカウンセリングにはなっていない、細い糸でつながっているようなケースであっても、何がその人にとっての心理的なテーマなのかを、Coが意識し続けておく必要があるだろうと思っている。

最後になるが、たとえすぐにカウンセリングが導入とならなくても、医療従事者からカウンセリングを紹介されたということが、その人に何らかの心理的な影響を与えることは十分に考えられる。カウンセリングを受けるかどうか迷うことはそれ自体が、自分自身の心とどう出会い、どう対処しようかと迷うことでもあるのではないだろうか。この迷いの時間を大事に待つということが、その人の心を大事にするということなのかもしれない、とも感じている。

安尾　利彦

HIV医療への心理職のかかわり～精神科心理職とHIVカウンセラーの立場を経験して

1　精神科心理職の活動内容

心理臨床にたずさわるようになってまもなく、筆者は都市部にある総合病院の精神科に入職した。精神科に入院病棟はなく、外来診療と身体科（外来/入院）からのコンサルテーションが大きな柱であった。心理士の業務も外来診療における心理検査、心理療法とコンサルテーションにおける心理検査(主に認知機能検査)であった。

コンサルテーションはあらゆる診療科からあり、患者さんが抱える傷病も多様であった。エイズ治療拠点病院であったため、HIV感染症の患者さんを紹介されることもあった。そのような環境の中では、HIV感染症はさまざまな身体疾患のうちのひとつであったが、他の疾患について学ぶ必要があるのと同様、HIV感染症に関しても、感染判明後の心理状態やHIV脳症について等、学ばなければならないことは多くあった。多くの教科書があるわけではなく、精神科医師とHIV感染症の診療科に所属しているHIVカウンセラーから様々なことを教えていただけることは大きな力となった。例えば、CD4の低値（200未満）が続いている状況では認知機能の低下に留意する必要があるとか、認知機能の低下といっても認知症が示す機能低下とは異なる（病巣が皮質下に存在する）ことなど、実践の中で基本がたたきこまれていく環境であったとふり返って思う。

その頃、多く実施していたHIV脳症のスクリーニング検査は、JHDS（HIV Dementia Scale日本語版、現在はIHDS（International HIV Dementia Scale）が主流)、FAB（Frontal As-

sessment Battery：前頭葉機能検査)、MMSE（Mini－Mental State Examination）であった。HIV感染症の患者さんに限らず、認知機能の低下を示す患者さんの多くは、何か自分が自分でなくなったような感覚を持っておられた。病床に心理士が来て、検査をするという。前日に精神科の医師が訪れたことにも不安を抱えておられる患者さんもおられ、負担を感じながらも検査に協力してくださった。まして、「答えられない」「できない」ことが患者さん自身に明確に感じられる検査である。当然のことであるが、心理士が自分の役割と実施する検査について十分に説明し、実施の意思を確認する、負担のかかる検査を患者さんが納得して受けられる環境を作ることが重要であることも学ばせていただいた。実施後に感想などをお伺いし、検査中の心理士主導の状況から患者さん主導にシフトして患者さんのペースで話ができる時間を少し設定することも大切だと感じていた。

2　HIV**カウンセラーとの連携～精神科心理職の立場から**

精神科においてHIV感染症の患者さんとかかわるのは、前述のような認知機能検査の実施が主であったが、HIVカウンセリングを受けているＡさんに心理検査（人格検査）を行ったケースについて述べたい。

Ａさんは、HIVカウンセリングの中で、実生活における状況の大変さを語ることに多くの時間を費やしておられたが、HIVカウンセラーより心理検査を提案され、「自分についてもっと知りたい」と受検を希望された。Ａさんは、精神科を併診されており、ご本人の希望から精神科主治医の指示のもと、筆者が心理検査を担当することとなった。筆者は、バウムテスト、ロールシャッハテスト等の投影法と自己記入式質問紙を実施し、後日のフィード

バックを約束した。

フィードバックでは、「自分についてもっと知りたい」と思っておられることを支持しながら、感情をうまく扱えず困っているのではないかと結果をお伝えし、Aさん自身の困っていることをHIVカウンセラーと共有し、感情の扱い方についてHIVカウンセリングの中で考えていくことを提案した。Aさんは、事前にHIVカウンセラーと精神科医師、筆者が検査結果について情報を共有することを了承しておられたが、Aさん自身から今日の結果をHIVカウンセラーに伝えてはどうか、とも加えてお伝えした。その後のHIVカウンセリングにおいて、Aさんは自分の内的な世界と向き合う作業を始められたと聞いている。

「自分についてもっと知りたい」との動機によって、Aさんはこころの作業を始めることになったと考えられる。また、HIVカウンセラーから心理検査を提案されたタイミングは、Aさんの動機が高まりつつあるちょうどそのときであったのではないかと推察する。HIVカウンセラーが傍らに寄り添い続けていたからこそ、タイミングの見極めやその関係性の中で心理検査を提案することが可能となったのではないだろうか。

一方、検査者としての筆者は、心理検査場面という一回性の出会いにおいて、この心理検査がAさん自身の今後に役立てられるよう、AさんとHIVカウンセラーの関係を外側から支援する役割であると考え、検査結果をふまえHIVカウンセリングの中でこころの作業を行っていくことを提案した。Aさんが自分の特性を意識化するきっかけを外側から与えた形になるが、HIVカウンセラーがAさんの傍らにいればこそ、Aさんはその後の作業を続けることができ、筆者は作業を始めるきっかけを後押しできたと考えられる。

3　HIVカウンセラーの活動内容

現在、筆者は地方ブロック拠点病院にHIVカウンセラーとして勤務している。外来診察室とは離れた場所に、スタッフルームと面談室（個室）からなる相談室があり、主な業務は患者さんとの個別面談である。

療養生活において困っていることや迷っていること、その時々の気持ちについて話をしていく中で、HIVに感染しているということがもたらす気持ちの揺れをお伺いしたりする。患者さんから１回だけと希望されても、それが毎年１回の面談となれば継続性を感じ、寄り添い続ける者としてのイメージが色濃くなる。

HIVカウンセラーとして心理検査を行うこともある。しかし、精神科を併診している場合には、精神科医師の指示のもと、精神科所属の心理士が検査を担当する体制となっている。

療養の過程やHIVカウンセリングの過程において心理検査が必要となったとき、カウンセリング担当者と検査者が同じであった方がよいのか、別であった方がよいのかは、そのケースによってまちまちであろうと思う。ただ、院内に他の心理士がいて、別の者が心理検査を行った方が患者さんにとってのメリットがあるにもかかわらず、HIVカウンセラーがすべてを引き受けてしまうことは、できることなら避けたい。また、HIVカウンセラーがいない病院で、院内の心理士が活用されていないことを残念に思う。HIV感染症にかかわったことがなくても、身体疾患を抱えて生きづらさを感じている患者さんには通底するものもあり、それらへの支援は心理士の臨床の知として蓄えられていると思うからである。実際に患者さんとかかわることが、診療科間やシステム上難しくても、医療スタッフが心理士にアクセスできるような風通しのよさがあるとよいと思う。

4　精神科心理職との連携～HIVカウンセラーの立場から

Ｂさんは、最良の治療やケアを受けるためには自分の状況や気持ちを医療者に率直に伝えることも必要だと考え、そのように実践されている方であった。HIV感染症と共に生活を送る中で様々なことを経験し、自分についてもっと知りたいと思われ、精神科受診の際に主治医に心理検査を希望された。

筆者とは定期的な面談は予定しておらず、気持ちについて話をしたいときに利用することを希望されていた。その日の面談では、精神科で心理検査を実施することになった報告と、検査結果を精神科心理士と筆者との間で共有しておいて欲しいとの希望があった。

精神科心理士による心理検査の実施、結果のフィードバック後、Ｂさんは検査結果の一部分に対し、「自分ではそうは思えない」と受け入れられない様子であった。その後も、Ｂさんとは定期的な面談は予定せず、必要なときに面談を行っているが、面談の話題の中で「あのときの結果は自分のこういうところのことをいっていたのだろうか？」と話されており、心理検査がＢさんの自己理解に役立てられていると感じられる。また、心理検査によるアセスメントによって内科チームの見立てを確認することができ、Ｂさんへの支援のあり方を再点検することができた。

反面、フィードバックが患者さんに与える影響の大きさを教えられた。筆者には、フィードバックにおいて失敗をした経験がある。フィードバックの際に用いたことばが、筆者と患者さんとの間ですり合わされず、患者さんの中に違和感として残ってしまった。数ヶ月後、患者さんとそのことについて話し合うことはできたのだが、ことばをすり合わせきれなかったこと、ことばへの意識が足りなかったことを反省すると同時に、誤解は本当に解消さ

れたのだろうかという不安は今もある。

Bさんとの面談の中でフィードバックの内容を何度も繰り返し考えていくことができることは、心理検査の結果とフィードバックによる影響を少しずつBさんの内に納めていく作業であるように感じられ、安全感がある。先のAさんのケースにおいても、筆者との間で実施された一連のことがHIVカウンセリングの中でAさんの内に納められていったのではないかと思う。

5　二つの立場を経験して思うこと

患者さんの前に心理士が現れたとき、すべての人にではないにしても、少なからず心理検査やカウンセリングに対する抵抗感、侵入される不安や恐れを喚起するのを目の当たりにしてきた。心理士自身が、自分が何者であるか、これから何を目的に何をしようとするのか、ということをわかりやすく説明することによってそれらの感覚は和らぐ可能性がある。しかし、明確なことばにして患者さんに説明することはとても難しい。すべての患者さんに共通することばはないのかもしれないとも思う。目の前におられる患者さんおひとりおひとりに対し、その方の状況に応じた適切なことばが見つかったとき、はじめて患者さんとつながれる感覚が持てるように感じている。

また、精神科に所属していた頃には医師をはじめとする他の職種とも共通言語が多く、ことばが足りないところは意を汲んでいただいていたのだということが、離れてみてよくわかった。内科においては心理士の見立てを伝えるにも筆者の力不足からなかなかうまく伝えられないときがあるし、心理の専門性とは何か？ということをよく求められる。それを端的に説明することはできなくても、おひとりおひとりの患者さんに対する心理の立場からの

見立てを他職種に伝えていくことの積み重ねが専門性の理解につながるのではないかと思い、ひとつひとつのケースを大切に考える日々を続けている。

チームの中に心理職がひとりでいる場合も多いと思われるが、多職種チームとして患者さんを支援することの重要性と同時に、他の心理職の協力を得て患者さんを支援することの重要性も感じている。主観に陥りがちなカウンセリングの過程を同じ心理の立場からみてもらえることは当の心理職だけでなく、患者さんにもチームにも有益なことと思われる。

院内であったり、同地域であったり、全国的なネットワークを活用したり、他の心理職とかかわりを持つことも自己研鑽のひとつであると思う。HIVに特有なこともあれば、心理臨床に通底することも多く、HIVカウンセリングを特別なものととらえられることなく、心理臨床のひとつのケースとして共有していただければと思う。HIV領域から提供できるもので他の領域と共有できるものもあると思われるし、他の領域の心理士との連携によって、HIV領域で応用できることも得られるのではないだろうか。

尾谷　ゆか

チーム医療においてカウンセリングをどう伝えるか

HIV感染症は慢性疾患の位置づけとなったが、未だ完治することはなく治療の継続を余儀なくされる。そのため、通院する医療機関の対応は、HIV感染症者の治療の継続、さらには生活の質にまで影響を与えるといっても過言ではない。HIV感染者の医療だけではなく生活の質も含めたよりよいサポートを提供する一つの手段として、チーム医療を行っている医療機関は多い。

チーム医療は、参加する職種それぞれの専門性を駆使することによってある一人の患者に対して多面的な見方を行うことが可能となる。そして、疾患に罹患したことによる生活への影響をより軽減し、病とともにその人なりの生活を維持できるよう働きかける。しかしながら、専門性を駆使してのある一人の患者に対する多面的な見方、つまり筆者であればある一人の患者に対してのカウンセラーとしての見方、「見立て」をどのように他職種に「伝えるか」、ということは見立てを行うことと同じように難しいと感じながら日々仕事をしている。他職種への報告の仕方について、現職場に就任してから数年経過し赴任当初に比べてあまり意識しなくはなったものの、やはり自分なりの伝え方のポイントはある。以下、具体的な事例も交えながら述べていきたい。

1．見立てを他職種に伝える意味

自分の見立てを他職種に伝える時、その患者の心理状態の予測とともに、これからカウンセラーとして自分がどのように関わるつもりでいるのか伝えるように心がけている。できれば、他職種に今後協力してほしい部分を伝えられればなおいい。カウンセリングの内容を全て開示する必要性はないが、共に働く周囲の人間

に自分の動きを理解してもらう努力も仕事の一部と考える。仕事も服薬も突然中断してしまったあるケースは、依頼があった当初抑うつ感も強く自殺念慮もあった。まず「今心のエネルギーが乏しい状態である」ことを伝え、またそれはHIV感染症に罹患する以前からの心理的な要因も影響しており長期の関わりが必要になる可能性を伝えた。また、カウンセリングを通して病気に対する受け止め方や今後の生き方を探すための手伝いをしていく意向を話した。そして、今回のように治療がたとえ中断するような否定的な出来事があっても変わらず対応してくれるスタッフの存在自体、治療効果がある旨を伝えた。HIV感染症に関わらず、医療の中では治療の成功、失敗という結果によって判断や評価がされる場面が多い。また医療職は責任感も強いため、うまく治療が継続しない場合、自責の念や失意を強く感じることが多い。先ほどのケースであれば、服薬や治療が中断したその患者なりの理由についてカウンセラーの視点を伝え、チームがどのように対応していくかを検討していくことは大切である。

2．チーム医療の捉え方

チーム全体が患者を支える器として機能しているという考えは、筆者がチーム医療について考える時重要な視点である。これは、心理的な問題が顕在化しているケースだけではなく、患者自身も「変わりない、大丈夫です」と話している場合も同様である。ある患者の「大丈夫」な状態を、チームが器として支えている場合も多いと考えている。一方で、「大丈夫です」の言葉に流されず、カウンセラーとしてその言葉の背後にある状況を見立てていくことも忘れてはならないと日々感じている。外来の診察場面と同様に、カウンセラーのところに立ち寄った時もまず、「大丈夫、

治療も生活も変わりありませんよ。」と話す患者は多い。しかし会話の途中で、例えば「家でボーっとしていると落ち着かない」〈一人でいることに漠然とでも何か不安を覚えるのだろうか・・〉「病院に来ると安心する」〈独居生活が心もとないのだろうか〉「結婚はまだいい・・・でもパートナーと別れて一人になるのは嫌だ」〈自分自身の在り方に葛藤があるのだろうか〉等々、カウンセラーとして気になる言葉を落としていくことも多々ある。なるべくセンサーを働かせ、「大丈夫です」の背後にある患者の心理状態を汲み取り、そしてなぜカウンセラーのところに時々でも立ち寄るよう患者に伝えたいのか、その理由をチームに伝えていく努力を続けていくことは大切と考える。

3．カウンセリング報告の方法とポイント

カウンセリングについて報告する際の具体的方法として、専門用語を極力避け口語を使う、完結に要点をまとめる、そして相手に伝わるように、と心がけている。また、他職種の意見に対して否定から入らないようにしている。そして、患者の心理には様々な要因が影響していることを念頭におき、まずカウンセリングありきという姿勢にならないよう注意している。実際、患者の精神面に身体的要因が複合的に影響していることが多数ある。したがってHIV感染症や治療自体に対する基礎知識も必要である。ある患者は入院中離院を繰り返した時期、母親も入院しており環境が不安定な状況にあった。しかしその当時、副作用として精神面にも影響を及ぼす可能性のある抗HIV薬を服薬していた。このように環境因や身体因が患者の精神面的安定のためには重要であった例もある。

4．チーム医療において大切なこと

今まで、他職種の意向を尊重することの重要性を述べてきた。しかしそれは決して迎合することではない。時に相反する見解の場合もある。「どの意見が正しいのか」という視点に立った意見の相違は、チーム内の対立を招く可能性がある。しかし「色々な考えや関わりの可能性の中でどの関わりをチームとして選択するか」という視点に立った情報の共有と検討は、より適切な対応につながる。これには、チーム内の信頼関係と、各職種及びチームの成熟が要求される。

冒頭で、赴任当初に比べ他職種への報告についてあまり意識しなくなったと述べたが、それにはチームメンバーとの信頼関係の構築が大きいかもしれない。簡単に言ってしまうと、「この患者さんにとって、何らかのよい影響を与える関わりをしてくれているのだろう」というお互いの職種への思いである。この関係性が互いの職種の中に存在しなければ、いくらカウンセラーが適切な見立てをしたとしても、それがチームに適切に伝わらない、あるいは患者に還元されない可能性があることを念頭におく必要がある。

5．おわりに

チーム内の信頼関係を実際に構築することは、口にするほど簡単な事ではない。今まで述べてきたような努力を怠らず、日々の臨床に取り組んでいきたいと考えている。

牧野　麻由子

派遣として新たなチームに参加する時に心がけていること

一番大切なこと、それは、他人様の土俵で相撲をとらせていただいているという感覚である。「人の褌で相撲をとる」とは違い、あくまでも自分の褌を使ってはいるものの、相撲をとる場所は、他人様の場所。派遣カウンセラー（以下派遣Co）として新たなチームに参加する時は、場所を提供してもらうだけでなく、比較的短時間に、チームの中で機能しなければいけない。チームの一員として受け入れてもらうためにも、気をつけなければいけない点について事例を挙げながら、述べる。

1．「病院を知るにはまずは、依頼の電話から」

⑴　誰が依頼の電話をしてきたか？

⑵　依頼を受けた際の行政担当者の印象はどうであったか？

⑶　患者側のニーズを丁寧に話していたか、それとも医療者側のニーズ（例：「外来時に患者様の話が長くなってしまい、診療に差し支えてしまう」）のほうが大きいのか？

⑷　こちらからの質問にも丁寧に答えてくれたか？例えば、医師からの依頼連絡の様子が、あわただしい様子＋行政担当者の質問にも必要最低限のコメントのみ、の場合はスタッフ（特に医師）との連携の際に注意が必要である。大抵の場合は、事前に担当となった旨派遣Coから電話で連絡をするが、このような場合は行政担当者からの電話で依頼したスタッフに担当派遣Co名を伝えてもらうに留め、こちらからは連絡をせず、当日病院に行った際に、できるだけ短時間で患者の背景を聞くなどの配慮が必要である。

このような場合を除き、事前連絡の際には、クライエント（以下CI）の情報以外に以下を聞いておくと実際に訪問した際に役立つ。①スタッフとして今、気になっていること、②主として関わっているスタッフの有無と名前（プライマリーナース？MSW？ 薬剤師？）&当日関係スタッフに話をしたいこと、③面接当日の訪問場所、④病院スタッフからCIへの紹介のお願い、である。

病院を知るためには病院のHIV／AIDS診療経験も参考となる。行政担当者などからの情報によりその病院のHIV／AIDS診療経験がどの程度あるのか、まずは、拠点病院か、一般病院か、年に新規が数例なのか、それとも、今回が初めてなのかなど事前にわかれば調べておく必要がある。

2．「早合点は禁物、備えあれば憂いなし」

（事例１）拠点病院（中規模）。依頼連絡は医師から。面接予約時間に病棟に行き、ナースステーションで声をかけるが、看護師からの応答なし。何度目かの声かけにやっと反応あり。看護師長や担当看護師は、医師から相談員来訪の話しを聞いておらず、身分証を見せた上で、経緯や制度を説明するなど、面接開始までに通常以上の時間を要した。

電話口の医師が熱心＝スタッフも派遣カウンセリングサービスに理解がある、とは限らない。事例１のようにスタッフに何も知らされていない場合も少なからずある。このような場合に備えて、身分証明となるもの（東京都の場合は、顔写真のついた職員証）や名刺、制度を紹介できるもの等の用意は必要である。事例１の

経験から、初回面接にうかがう際、CIが入院中の場合は、特に、事前にプライマリーナースの有無を確認し、プライマリーナースがいなければその日の担当看護師に話をしたい旨を事前に医師に伝えておくようにしたところ、スタッフの誰にも、訪問の事実が知らされていない問題はほとんどなくなった。その他、このような場合、「蚊帳の外」のような気持ちを他のスタッフが持たないような配慮が必要である。そのためにも後述の「最初が肝心」をご参照いただきたい。

3.「仁義を通し、礼をつくす」

（事例 2）拠点病院（小規模）。医師から看護師に事前説明あり、面接開始自体はスムースであったが、部屋確保までは徹底されず。担当看護師が確保していても、他の医師が変更することあり。看護師長に挨拶し、今後のことをお願いした後は、面接室の確保は確実となった。

関係スタッフに仁義を通すとは何か。主治医がキーパースンの場合は、関係スタッフへの挨拶の機会が設けられることは自然な経緯としてある。しかし、問題となるのは、直接関わらない（初回面接の段階では関わっていない）スタッフへどうするかである。以前、相談員になりたての頃、プライマリーナースだけにコンタクトしていた時期があったが、事例 2 のようなことがあり、「仁義を通す」ことの大切さを再確認した。

まずは、看護師長である。入院中のCIの場合、初日に病棟看護師長に挨拶をし、面接室を使うことなどに対してお礼と今後のお願いをしておく。

次に、MSW（病院にMSWがいる場合）である。外来の場合

特に顕著であるが、看護師が、専任ではなく諸々の日常業務に追われるなどで、連携が難しい場合がある。病院が面接室確保までを行うことが原則であるが、専任看護師がいないような病院は、医師に面接室確保の負担までかかってしまう場合が多く、そのせいで以降の派遣依頼を躊躇されてしまう可能性もある。そのような場合、派遣Coが自ら動くことが有効なことがある。初日にMSWに挨拶し、訪問の理由を説明し今後の連携をお願いしておくと、面接室に関しても相談し協力してもらうことができる。ある病院では、初回だけは医師が面接室の確保までを行っていたが、MSWと派遣Coの話し合いの中で、MSWが日常使っている個室を毎回面接時間だけ確保してくれるようになった。MSW以外でもそのような面接室確保に尽力してくれそうなスタッフを医師に聞いておくことも必要である。面接室確保などのための人的資源を探すことは、今後の活動のための協力スタッフを増やすことにもつながり、ひいては、CIのための支援ネットワークを築くことにつながると感じている。

「礼をつくす」は、あえてここで取り上げる必要もないように思うが、念のためここでは情報提供について触れておきたい。それぞれの病院に役にたつと思われる情報（パンフレット）を準備し、持参すること等が有効である。経験の少ない拠点病院や一般病院などでは、医療者、MSW、CIそれぞれに資料を渡す。医療者向けには、診療の手引きや服薬に関したもの、セーファーセックス関係などである。この場合、『お持ちかもしれないが、参考までに』ということを強調し、あくまでもさりげなく渡す。MSWには手引きや派遣制度紹介パンフレットを、CIには、個別のニーズに併せたものを提供する（例：たんぽぽ）。情報提供に関しても受け手に最大限配慮することが重要である。CIに渡す

資料に関しては、キーとなるスタッフに同様のものを渡して、情報の共有や、「勝手に動いている」印象をもたせないような配慮が必要である。

4.「十人十色」

それぞれの病院独自のカルチャーや、スタッフ個人のカウンセラーの受け入れ経験などは、チームの一員として受け入れてもらう上で、影響があることを忘れてはいけない。スタッフの経験や認識は十人十色であり、必ずしもカウンセラーやカウンセリングに対して好意的な人ばかりではない。さすがに初対面では表面化されない場合が多いものの、面接を継続していく内に「院内のカウンセラーは、以前お願いしたときに、心理テストばかりを行って患者さんにとても不評だった」、「あまり情報の共有をしてくれず、勝手に動いている感じがした」などの不満が語られることもあった。連携の上で障害を感じる場合、こちらのアプローチに課題がある場合もあるものの、中には、スタッフ側の過去の経験による不信が関連している場合もある。派遣Co自身が燃え尽きないためにも、時間をかけて解決していかなければいけない課題も背景に存在しうることも頭においておく必要がある。

5.「自分の限界をわきまえる」

経験の少ない病院、一般病院などで経験したことであるが、専門のカウンセラーに対しての期待が大きい場合、「全ての問題を解決してくれる」存在のように扱われることもある。そういった場合、万能でありたいとこちらも無理をしたり、できないことでさえできるように振舞ったりすることへの誘惑が大きくなる。その場合であっても、派遣Coとしてできること、できないことを

明確にすることが必要である。例えば、MSWがいないような病院では、MSWのように社会資源の紹介や仲介等を行う場合があるが、その場合であっても、詳しくは専門窓口（役所、NPOなど）に相談するようにCIに伝えるなど、専門機関へのつなぎの役割をとる。MSWのいる病院にあっては、専門のスタッフにお任せし､役割分担ができるように連携していくことが必要である。

6．「最初が肝心」

派遣カウンセラーのような外部の人間は、時に、侵入者のように思われ警戒されることがある。このような警戒心を軽減させるためにも、できるだけ早いうちに、「チームとして連携している」ことを明確にしておく。

まずは、各職種からのCIについての話を聞くことから始まる。面接前には、スタッフのCIに対する見解や気づいた点等を聞き、面接後には、面接の概略や派遣Coの見解等をスタッフにフィードバックする。外来時や、フィードバックに時間がとれない場合は、医師に提出している報告書（CIの名前はイニシャルで表記するなどのプライバシーへの配慮を行った上、面接概略と派遣Coの関わりや見解を含む）を関係スタッフ宛に送るなどの配慮を行う。また、フィードバックの際、特に意識して伝えているのは、医療者についてのCIのポジティブなコメントである。CI本人からは直接伝えられないことが多いため、あえてこのコメントはCIの言葉をそのまま伝えるようにしている。CIからの"言葉のプレゼント"のメッセンジャーになることでスタッフと患者の関係をよりよくし、カウンセラー自身も関係スタッフとの連携がとりやすくなると感じている。

このフィードバックを可能にするためには、初回面接時にCI

に以下のことについて、必ず了承を得ることが必要である。①チームの一員として関わっている関係上、面接の概略を関係スタッフ（最低限）に伝えることが前提であること、②どうしても言ってほしくないことがあれば事前に伝えてほしいこと等である。

7．「派遣Coは営業マン」

最初の派遣Coの印象で、その後の継続した依頼につながる場合が多い。まずは、同じ病院内で派遣制度を知らないスタッフを一人でも減らすこと、それには、前述したように、情報提供やフィードバックを通じて関係スタッフのみならず様々なスタッフにアピールできるよう、専門知識や技術の他に「自分を売り込み納得させるプレゼンテーション能力」（金沢、1998）も重要である。派遣制度についての紹介は、自治体が作成している制度紹介パンフなどを利用したり、実際のCIへの関わりを（プライバシーに最大の配慮した上で）例を挙げながら紹介することも大切である。また、自治体の派遣事業の他のサービスについて紹介することも心がけている。例えば、東京都の場合、派遣Coとしてタイ人や英語の話せるスタッフがいるため、通訳兼カウンセリングが無料で利用できる利点を伝えるようにしている。待っているだけでは派遣依頼は増えていかない。派遣Coは営業マンであることも大切である。

以上のように、病院外部からチームに参加する派遣Coにとっては、環境を整備することに相当の時間と配慮を必要とする。病院スタッフの協力の下、時間をかけて連携関係が作りあげられていくこともあれば、初回で全て終わりという場合もあり、派遣Coには臨機応変な対応が求められる。少ない時間でより有効に

カウンセリング機能を発揮するためにも、面接前の準備、病院でのフォロー、営業マン的スキルが大切である。派遣とは、「一期一会」のごとき形態であり、その出会いをより有効にするためにもこのコラムが一助となれば幸いである。

神谷　昌枝

参考文献：
金沢吉展（1998）カウンセラー：専門家としての条件　誠信書房

わかってほしいこと・望むこと

1　はじめに

薬害HIV問題は、裁判で和解したことにより終わったと思っている人が多いが、苦しみは今も続いている。私の夫は、血友病（重症）で出血を繰り返したために関節障害を起こし、身体が不自由になっていた。時計職人として働き、1987年にHIV感染告知を受けてから、死の不安にさいなまれながらも生きる希望を失わずに頑張ったが、1991年、46歳で亡くなった。私は小学校教員として勤めながら夫を看病し、看取ったのち大阪HIV薬害訴訟原告団に参加した。退職後、1996年より原告団理事および遺族相談員として活動しており、手伝い始めた時期を含めて14年になる。こうした経験を通して、薬害HIV被害者遺族の現状と必要な支援について以下に述べたい。

2　遺族の苦しみは今も続いている

⑴　「本当のことを話せない」苦しみ

かつて医療機関においてすらエイズパニックが起きていた社会情勢の中では、HIV感染や血友病であったことを知られるのは、まさに差別の対象になることであった。そのため、ひたすら周囲に病名を隠さねばならなかった。診療拒否をされた、入院中に使い捨て食器を使われた、死亡診断書の病名を変えてもらった、等のことを経験した人も多い。

また、遺族は、悔しさ、怒り、自責、後悔の念を強く持ち、差別への不安から日常生活において行動を自主規制していた。病名を隠して黙っているためにサポートネットワークが狭められ、看病のとき周囲から支えてもらえなかった。愚痴さえ言え

なかった。

遺族の 7 割が今も本当のことを言えない気苦労やつらさを持ち続けており、 1 割には相談相手が全くいない、との調査結果がある。

《本当のことが言えない―私の場合》

それまで血友病のことは、誰にでも話していたが、1985～ 6 年頃から血友病＝エイズと思われ話せなくなった。

① 夫は、入院中に無断でHIV検査をされたが、結果は知らされず、 2 ヵ月後に夫が聞きに行って告知された（1987年）。夫はすぐ私に話してくれて、「特効薬ができるまで頑張ろう、どんな状況になっても本当のことを話し 2 人で乗り越えていこう」と話し合った。私も検査したがマイナスであった。告知はすぐにしてほしかった。

② 当時は発症したら死ぬと言われていた時代で心配をかけたくなかったので、地方に住む家族には話さず、親しい人にも隠していた。そのために、何かにつけてごまかしの言い訳を言わねばならず、隠していることが後ろめたくつらかった。

⑵ 心身への影響

遺族はスティグマを抱えたまま長い年月を経ているため、心身ともに影響を受けている。つらい経験がPTSD状態やうつ症状を引き起こしている人が半数、このことに気づかず苦しんでいる人も多い。

《私自身の体調悪化と回復の過程》

① 夫は、1991年大量に吐血。HIV治療を受けているＡ大学病院に入院を断られ、 2 時間搬送先が決まらなかった。なぜか

A大學病院救急救命センターに入院し 2 日後に死亡。

② 亡くなる前後の病院と医師の対応に納得ができなかったのに、自分で理由を確かめに行けなかった。このことを後悔して弱い自分を責めていた。うつ症状の原因のひとつ。

③ 心身の異常に気づいていたがHIVのことを話せないので病院に行けなかった。手の痺れ、腰痛、全身の蕁麻疹など心身症の症状が続いた。

④ 相談員研修会で聞いた心療内科医師の講演が、遺族の気持ちに寄り添ったもので胸にストンと落ちたので思い切って受診した。

⑤ 心の支えになった言葉

- 臨床心理士である専門家相談員のカウンセリングを受けたとき「あなたのようなつらい経験をした人がうつの症状になるのは、ごく自然なことですよ。情けないことでも異常なことでもなく、体の自然な反応です」と聞いて納得し楽になれた。
- 心療内科でも「異常な経験に対する正常な反応」だという説明を聞き理解できた。質問にもきちんと答えてもらえたので自分の症状を理解できるようになった。心身症による蕁麻疹の治療をしてもらった皮ふ科の医師にも同じ対応をしてもらった。
- 長い年月を経ているにもかかわらず、今も引きずっていることが情けない、なぜだろうと思っていたことについて医師は「遺族にとっては、抱えたまま時間が止まっているのです。経過した年数とは関係ないのですよ」と。そう考えたらよいのだと気づいた。
- 「よくなっていくのも直線ではなく螺旋階段のように」と、

少しずつ気持ちの整理ができ、自分で折り合いをつける術もわかってきた。

⑥　裁判と原告団活動の中で、夫の死は薬害であり、被害者の遺族であると同時に遺族自身も被害者なのだと認識した。夫の死後 3 年経って親・兄弟や親しい人に本当のことを話した。夫の母が訴訟に加わった。社会の理解と支援の輪の広がりと友人の支えがあった。遺族同士の交流とカウンセラーや心療内科医師たちの助言があった。

⑦　研究の場などでは話せるようになった。

⑧　本当のことを話すことができて精神的に楽になり、気持ちが和らいだ。

⑶　高齢化にともなう問題

和解（1996年）から13年、厳しい状況にあった80年半ばからは25年になり、遺族（患者の家族を含む）は、高齢化による経済的な問題、健康や介護の問題、遺言や身辺整理など新たな問題に直面している。

3　遺族同士の支えあい

⑴　相談活動と交流会

和解の翌年から13年間、電話相談や訪問相談、および遺族の交流会を続けている。交流会は東京・大阪遺族合同で取り組んでいる。小グループでの話し合いを大切にしているが、参加者は初め泣いていることが多かった。回を重ねるうちに、他では話すことができないことも遺族同士であるがゆえに安心して話ができるようになった。語ることで気持ちがほぐれ、孤立しがちな遺族の横のつながりもできてきている。専門家相談員であるカウンセラーには、交流会に参加し助言してもらっている。

また大阪独自で、テーマ（健康問題等）を決めた交流会や地域別少人数の交流会も続けている。

⑵　遺族実態調査

2001年から2003年にかけて、原告団・研究者当事者参加型リサーチ（参考文献参照）が行われた。最初はどれほどの回答がもらえるかと心配されたが最終的には57%の回答を得た。これは、遺族交流会など相談事業を通して遺族同士の信頼関係ができていたからこそ可能になったことである。遺族は思い出すことさえつらい被害の実態と思いを語り、初めて社会に訴えることができた。

⑶　相談員としての悩み

①　活動や遺族実態調査の取り組みの中で多くのことを学んだ。反面、つらく重い現実と向き合うことになり、落ちこんだり気持ちの負担になることがある。

②　高齢化の問題は切実になっており、支援のための研修を始めている。例えば高齢で一人暮らしの遺族が病に倒れ、介護や遺言の問題を抱えている。また、患者の母親が認知症などいくつも病を抱えている上に「本当のことが言えない」苦しさにさいなまれている姿に直面して、何ができるのか悩んでいる。

③　相談員として、できることとできないことの整理が必要であり、できないことはどこにつなげばよいかを学びたい。

④　交流会に参加できない人や連絡の取れない人、新たに遺族になった人などを、どうやって必要な支援に結び付ければよいのかが大きな課題。

4　カウンセラーに望むこと

⑴　心に寄り添ってほしい

①　HIVや遺族のことを理解して共感してもらえることは大きな支えになる。

②　差別のない環境になれば安心して話せるようになり「生きづらさ」が軽減される。病院側との橋渡しの役を。

⑵　カウンセリングを受けやすくするために

①　ほとんどの遺族は、カウンセリングを受けたことのない世代。ましてHIVを隠しており自分から「受けたい」と思うことは少ない。家族が亡くなった病院には行きたくない、遠くより近くの病院がよいが逆に周りの人に病名を知られる恐れがある、など垣根は高い。どうすれば受けやすくなるか、共に考え知恵と力を貸してほしい。

②　カウンセリングを継続して受けられると、つらい話を一から繰り返さなくて済むし、何かあったときに安心して相談できる。

③　カウンセリングの時「傾聴」は大切だが、相談者が話すだけだと不安になることもあるので、適当な言葉をはさんでほしい。相談者本人よりもっと困難を抱えている人と比べて、励ましの言葉にしないでほしい。

⑶　遺族のみならず、闘病中の患者の家族への精神的ケアを

家族に相談できる人がいて精神的に安定して看病できることは、患者にとっても良いことである。そして万一の場合にも孤立せずに支えてもらえる。橋渡しがあれば、私たち自助グループとつながりやすくなる。

⑷　HIV医療に携わる職種の専門教育の研修カリキュラムで、薬害エイズの歴史や、被害の実態を教えてほしい

当事者の話にも耳を傾け、専門知識の習得だけでなくHIV感染によって余儀なくされたスティグマなどの社会生活上の苦痛と困難について理解でき、患者家族に思いを馳せることができるような心を育ててほしい。

5　終わりに

亡くなった638名（2009年10月現在）を数字として理解するのではなく、ひとりひとりにかけがえのない人生があったことを理解してほしい。

江口　洋子

参考文献

1）薬害HIV感染被害者遺族への面接調査報告：薬害HIV感染被害者（遺族）生活実態調査委員会編　2002

2）薬害HIV感染被害者遺族調査の総合報告書－3年にわたる当事者参加型リサーチ：薬害HIV感染被害者（遺族）生活実態調査委員会編　2003

3）山崎喜比古/井上洋士編：薬害HIV感染被害者遺族の人生　―当事者参加型リサーチから―東京大学出版会　2008

HIV医療と臨床心理学的な視点

第1節　はじめに

HIV/AIDS患者は、HIV感染の診断を受けたときから、日常生活にさまざまな変化を強いられる。検査・治療の開始による変化はもとより、感染症でありタブーを伴う疾患であるため、生活行動への規制や制限など、陽性告知前までの生活とは一変してしまう。同時に、周囲にHIV感染症であることを簡単に伝えられる状況ではないため、告知を受ける直前までの生活スタイルを急に変えることもままならない。一方で変化を、また一方で現状維持をといった葛藤状況におかれることになる。そのような患者に対しHIV医療ではチーム医療をめざし、臨床心理士もそのチームの一員として、専門性を発揮することを要請され始めている。そこで本章では、HIV医療での実践場面を取り上げ、臨床心理学的援助の視点について考える。

第2節　医療のなかの心理臨床として

第1項　臨床心理学的援助の開始について

1）肉体的事実とストーリー

医学的にはHIV抗体検査の結果が陽性と出れば、感染の事実を告げられ、その人はHIV感染症患者となる。そして、個々の主体性をもった「わたし」が、陽性という事実をどのように理解し、どのように「わたし」や人生のなかに組み込む／組み込まれるのかによって、その後の生き方に変化が生ずる。スムーズに治療に入っていく人もあれば、パニックを起こす人もいる。事態の理解の仕方や自分のこととしておさめる方法としてストーリーは個々それぞれ独自に作られる。このストーリーが個性であり、「わたし」らしさであるとも言える。そして、このストーリーは殊のほ

か生き方に影響を及ぼしているものである。例えば、HIV医療で経験することの多い、HIVへの感染不安を根強く持つエイズ恐怖症や不安を思い浮かべれば理解しやすいであろう。つまり、抗体検査の結果が「陰性」という肉体的事実は理解できても、「わたし」のなかでは「陽性のストーリー」が組み立てられ、ストーリーに沿って生活や人生をおくったりするのである。同じように、HIV感染症を告げられた人たちは、個性豊かなストーリーと反応を示す。そのため、臨床心理士は、肉体的事実と「わたし」との間に生じるストーリーに着目し、かかわっていくことが重要となる。

カウンセリング導入

1）受診初期
2）抗HIV薬導入時
3）薬剤変更時、副作用出現時
4）日常生活上の変化

2）臨床心理学的援助の開始について

HIV医療では、感染告知を機にカウンセリングが導入されることが多い。しかしそこにはいくつかの課題が残されている。紹介の時期は受診初期のみでいいのか、および、援助の利用を患者に問うのみでいいのかという点である。今後も検討されなければならない課題ではあるが、援助への紹介は、受診初期のみならず、薬剤の変更時や副作用の出現時、日常生活上の変化など、さまざまな時機に紹介・提供されることが望ましい。また、受診初期に臨床心理士によるカウンセリングへのガイダンスの導入も有効であろう。そして、ガイダンスで始まった臨床心理士との出会

いを必要に応じて心理療法の面接構造や契約へと変化させる判断と力量も求められる。臨床心理士は、クライエントの意思を充分にくみながら、こころの状態やクライエントをとりまく「種々の状況を全体的にとらえ、今の時点ではどこまで何ができるのか、どうすることがもっとも治療的（ｉ）になりうるのか」（小倉1980年）という判断、および、クライエントやクライエントをとりまく医療チームにどのように働きかけるか（コンサルテーションやリエゾン）という判断を行う必要がある。

第２項　臨床心理学的援助の目的

１）事例のなかから

HIV医療では、薬害による血友病患者へHIV感染告知を行うためカウンセリングが導入された経緯があり、感染告知後の心理面への配慮が期待されていたと考えられる。しかし、現在では他の医療従事者がその専門性を活かし心理面への配慮をなしつつあり、その上でさらに臨床心理学的援助はどのようなサーヴィスを提供できるか問われる。また、感染者は抑うつ傾向が強いとの結果を示す研究（福西ら　1999年）もあり、臨床心理士が医療チームに参入することは、心理面への配慮の充実はもとより、臨床心理学的援助ならではの役割も大切になってくるであろう。そこで本項では、臨床心理学的援助の視点を提示し、臨床心理学的援助について考えていくことにする。

【事例】

20歳代前半の男性Ａさんは、AIDSが進行した状態でHIV感染が判明した。内科医や外科医、泌尿器科医など医師間で、ある手術を実施するかどうか判断がわかれるような厳しい状況であった。しか

もＡさんは、両親と連絡をとることを拒んでいた。その後、手術後の死もありえる手術が本人の同意のもと行われることになった。しかし両親に連絡をとることを強く拒否し、内科医はＡさんに心理的援助が必要と判断し、筆者に連絡が入り、Ａさんと面接することになった。

Ａさんには、命にかかわる手術前後の臨床心理学的援助として筆者が担当すると伝え、手術前の気持ちを聞いた。Ａさんは今の状態を「自分への罰だとは考えないようにしている」、「両親には恨みがあるので伝えたくない」と語った。恨みの気持ちを両親へ伝える手段として、何も告げず手術することが、今できる適した方法かどうか問うと、しばらく沈黙が続いた。そこで手紙を書くことを提案すると、Ａさんは同意し、筆者が代筆することになった。手術が成功し生きていればＡさんが手紙を処分し、仮に亡くなるようなことがあれば筆者が両親に手渡すという取り決めを行った。そしてＡさんは、“お父さん、お母さんへ”と書き出しの言葉を述べた後、次の言葉が出ずに黙り込み、その回は終了となった。恨み辛みのある両親への手紙の書き出しが“お父さん、お母さんへ”という言葉であることに筆者は複雑な思いを感じた。

翌日、手術は見送られ、Ａさんは内科主治医に、偽名であること、家族全員の健康保険がないことを打ち明けた。２回目の面接で、Ａさんは今までの経緯を話し、手紙の続きを書きたいと申し出た。また、筆者の名前を覚えており、何度となく名前を呼び合うことがあった。その後、熱が上がり、傾眠傾向がみられ、数日後、本名で亡くなられた。

２）何を目的にするのか

筆者が行ったことが唯一無二の役割だとは未だ言い切れるもの

ではないが、ここで臨床心理学的援助の目的について考えてみる。依頼者である内科主治医は、侵襲的な手術に対し心理的援助や、家族からのサポートを得るため連絡をとれるようにしてほしいと臨床心理士に期待していた。これに対し、筆者は、どのようなことがＡさんへの心理的援助になるのか。Ａさんの意向を尊重するとしても、何が本人の意向なのか。手術への同意が本意なのか。そして、どのような援助が具体的にできるのかと考えを巡らしていた。その結果、やはり、Ａさんがどのように考え、感じ、手術実施の同意に至ったのか、そして、今はどのように考え、感じているのかを聞き、Ａさんの決定をＡさん自身が確認できる機会を提供するということを目的にした。また、家族に連絡をとらないということに対し、医療従事者の思いを察したが、まず、Ａさんがかたくなに拒むだけの理由があり、その理由と対処法として連絡をとらないという決定をどのように判断しているのか問い掛けてみる必要があると思われた。また、理由と対処法にズレがある場合、積極的に問題提起し、対処方法を話し合うことも行おうと面接に臨んだ。

筆者のなかでは、その目的も背後にＡさんが亡くなるかも知れないという危機感と、危機的な状況であってもＡさんが貫こうとする意志に敬服する思いがあった。Ａさんを人生の主体者としてできる限り尊重することを基本とし、目の前にいるＡさんの思いを聞くことに専念することを第一目標とした。医師や看護師たちが生命と生活を護るため専門知識を駆使し援助を行うなか、臨床心理士としてクライエントが主体的に人生を生きることを護るという視点を持ち、Ａさんに接し、また、Ａさんにかかわっている他の医療従事者とも連携することを目指した。

１回目の面接では、Ａさんが恨み辛みを語っているにもかかわ

らず、どこか弱く、連絡をとらないという堅い決意とのギャップを感じ、手紙を書くことを勧めた。そして、2回目の面接でAさんは自分の名を明かした。本名を明かすことが人生を主体的に生きていることだと単純にいえるものではない。ただ、Aさんが名を明かし、経緯を語ったときに、生き様を見せられた感じがした。面接のたびに互いの名前を「○○さん」と呼び合っていたことが今もなお記憶に残っている。名前を呼び合う行為を通し、Aさんは自分自身であることや「わたし」の人生を語り、確認されていたのかもしれない。

3）lifeの視点

河合（1992）は、「心理療法とは、悩みや問題の解決のために来談した人に対して、専門的な訓練を受けた者が、主として心理的な接近法によって、可能な限り来談者の全存在に対する配慮をもちつつ、来談者が人生の過程を発見的に歩むのを援助すること」とし、「心理療法を簡単な言葉で記述することは不可能に近い」、「『定義』すると言うよりは、考えの出発点として提示した」と述べている。

医療では、QOL（quality of life）の視点の大切さがいわれているが、河合のいう「全存在」を「life」の視点でとらえるとわかりやすいと思われる。「全存在」への配慮とは、「全存在」を「life」の生命・生活・人生の各側面でとらえ、それぞれの専門家たちが連携し、「life」を援助することだといえる。Aさんの事例では、援助者に保険や家族関係など社会的側面への援助としてソーシャルワーカーも加わった。そのようなチームのなかで、臨床心理士は、症状や病気を抱えつつもその人なりの人生という視点で、Aさんを理解し支援していった。つまり、人生や個別性の

側面をみていこうとする姿勢が臨床心理学的援助の視点であったと換言できる。

医療チームのなかの臨床心理士は、症状や病状という人類に共通の視点による側面をもったクライエントに対し、その状況の最中に身をおき生きていく個別性に可能な限り配慮し、「クライエント自身が自分の人生を発見的に生きてゆく態度を自分なりに確立」（河合　1992）することを目標としている。そして、この個別性・主体性への可能な限りの配慮は、臨床心理学の人間観や方法論の根幹であり、職業倫理の原則でもある。また、人生という視点は、主体性、個別性を尊重し、関係性によって変化する予測不可能なものであり、過去を顧みたときにさまざまな出来事が人生という視点で結ばれていき、目的で将来を選んでいくという視点といえよう。

第3項　「心理」を通して援助する

心理臨床では、こころは実体のあるものでは無く、機能するものであると考え、行為・行動や、認知過程、気分や感情、思考過程を頼りにこころを理解し、こころに働きかけ援助を図る。こころへの手掛かりとして、どの領域に重点をおくか、または、どこを頼りに介入していくかによって、さまざまな技法や学派が存在する。しかし、基本は、臨床心理士とクライエントとの専門的な人間関係を基盤にこころを使って援助していくものである。いまだ、心理療法ということばが、「心理」を治療していくものとして理解される傾向があるが、薬物療法が「薬物」を使って援助していくように、心理療法は「心理」をつかって援助していくことである。

第 4 項　医療チームのなかに存在するにあたっての留意点）

クライエントからの信頼はもとより、ともに働く医療従事者からの信頼を得るためにも、知識・技術を持つことは大事である。そして、クライエントからの信頼と医療従事者からの信頼は別々のものではなく、両者がもう一方の信頼を高める面があるように思われる。そのため、クライエントー臨床心理士といった専門的な人間関係を築き上げる一方で、医療従事者との連携という社会的な人間関係も築かなければならず、 2 つの作業を内包し遂行する能力も求められる。患者に、もしくは心理臨床という領域にあまりに同一化しすぎると、医療従事者を患者の敵（心理臨床の敵）として見てしまうことになりかねない。逆に、他のチームの構成員と同じ目的だと意識し埋没するあまり、臨床心理士の独自性は見失われてしまう。バランスを保ちつつ連携するために、臨床心理士はチームの構成員たちが「life」のどの側面にかかわっているのか整理し、臨床心理士の援助が他の医療従事者にどのように影響しているか意識化することが大切であろう。

臨床心理士の独自性を核としてもちつつ、各種医療従事者の背景や文化への関心や敬意をはらい、臨床心理士ならではの活動を状況に合わせ柔軟に行うといった姿勢が求められる。A さんの事例では、A さんへの直接の援助に加え、チーム内でカンファレンスを何度となく開いた。カンファレンスは、目的の共有・確認と、役割分担の意識化に役立ち、急変していく事態に医療チームが疲弊することを防ぐという点でも役立っていたと思われる。医療チームでクライエントにかかわるときには、まず、最終目的は同じであるということを基盤に協力しつつ、クライエントは誰かを意識し、クライエントー臨床心理士関係の理解、および、クライエントをとりまく自分をも含めた医療チーム全体を臨床心理学的に理解することが肝要と思

われる。

第3節　おわりに

HIV感染症の診断が一旦下ると、治療、人間関係、生活、経済、将来設計など多くの問題がクライエントの目前に山積みにされる。HIV感染症患者にかかわる場合、HIV感染症が引き起こす問題を視野に入れておく必要がある。そして、自分がかかわっていける側面、および、必要だが援助できない部分を意識化し、“何もかもを請け負わなければならない”というプレッシャーから自由であらなければならない。殊に派遣カウンセリングとしてかかわる場合は、派遣先の医療機関の状況がわかりづらく、派遣カウンセラーのみがかかわっているような錯覚に陥りやすい。また、派遣カウンセラーの場合、所属が不安定なため、臨床心理士同士のネットワークによって臨床心理士自身がサポートを受けながら、慢性疾患となりつつあるHIV感染症を患うクライエントを支援していくことも大切であろう。

以上のように、臨床心理学的援助とは、あくまでクライエントとの専門的な人間関係を基盤に、クライエントの人生という視点で援助を行い、必要に応じて他の専門職種との連携も行っていくことである。HIV感染症のもつ特殊な状況は存在するが、臨床心理学的援助の基本は、他の領域の心理臨床とさほど変わるものではない。さまざまな人たちにHIV感染が広がっている昨今、HIV感染症のおかれた状況に臆することなく、医療に従事する臨床心理士をはじめ、多くの臨床心理士が理解を持ってかかわっていっていただきたいものである。

仲倉　高広

註

ⅰ：小倉清は、治療的という意味を心理療法的という意味で使用している

文献

Dilley, J. W.,Pies, C., Helquist, M. Edi., Face to Face：A Guide to AIDS Counseling, Updated versio, AIDS Health Project.（矢永由里子訳　1994年　AHPエイズ・カウンセリング・ガイド　p28～29　HBJ出版局）

Freud, S., 1905（訳　1983年「あるヒステリー患者の分析の断片」『フロイト著作集　第5巻』　人文書院）

福西勇夫、平林直次、松本智子、山中京子、保坂隆、堀川直史　1999年　「HIV感染症患者にみられる精神障害－精神障害出現頻度と免疫学的指標との関連性の検討－」『臨床精神医学』第28巻、第10号、p1233～1242

金沢吉展「医療心理学入門　医療に場における心理臨床家の役割」p226

河合隼雄　1992年　心理療法序説　岩波書店　p2～8

木村敏　1978年　「思春期病理における自己と身体」　p321～341　中井久夫、山中康裕編　1978年　『思春期の精神病理と治療』岩崎学術出版社

岸本寛史　1999年　癌と心理療法　誠信書房　p10～21

（Korchin, S. J. 1976　p357）

桑原知子　2001年　「症状のもつ『意味』について」　河合隼雄『講座　心理療法7　心理療法と因果的思考』　岩波書店　p73～121

成田善弘監修　矢永由里子編　2001年　医療のなかの心理臨床－こころのケアとチーム医療－　新曜社

小倉清　1980年　「初回面接」　p53～104　山中康弘、野沢栄司編
『児童精神科臨床 1　初回面接』　星和書房

HIV感染症と心理アセスメント

第1節　はじめに

人と人が接する機会があれば、自ずと他者を理解し、対応していくということが日常的に行われている。臨床心理学的な理解が日常生活での理解と違う点は、臨床心理学的な概念により理解・仮説を構築する点にあり、対象者の福祉に役立てるという職業倫理が基底にあるという点である。心理アセスメントとは、「クライエントについて、およびクライエントの周囲についてのデータを集め、それに基づいてクライエントを理解し、さらにその理解に基づいて、治療方針を策定したり、治療上の問題点を指摘したり、予後の予測を行ったりするプロセスである」（金沢　1995）。そして、心理アセスメントも援助として「面接」の場に活かしていかなくてはならない。つまり、アセスメントの結果は、援助に反映され、その結果再び心理アセスメントに戻るといった心理臨床行為の一環であり、心理療法やカウンセリングと心理アセスメントは、「基本的に同一の基本的関係の中で生起し、かつ本質的に同一のコミュニケーションと理解の過程を含む援助過程の継続的諸段階」（Korchin 1976 p438）なのである。そのなかで、質問紙など道具を用い、面接の構造や臨床心理士からの刺激を極力統制した場合が、心理テストでのアセスメントということになろう。

特に心理アセスメントといった場合は、クライエントの理解と援助を目的に、

① クライエントの知覚の側面（現実との接触や把握の仕方など）
② 知的側面（知能や思考過程の特徴、見当識、判断力など）

③　情緒的側面（情緒の強さ、統制、内容や性質など）
④　行為・行動的側面（葛藤状況に対する対処行動、言語、態度など）
⑤　自己イメージや問題となっていることをどのように感じ、認識しているのかといった側面

の特徴や過不足、および健康面も含めた把握に努めることを指す。その後、それらを一個の人格として総合的にとらえ、

⑥　日常生活や人生にどのような影響を与えているのか
⑦　今後どのようなことが予測されるのか
⑧　どのような援助・介入が考えられるのか

など、仮説や援助計画を構成していくことである。つまり、分析・分類と、一個の人格のまとまりとして叙述・構成という両者を伴う思考の過程である。ときに精神病理や疾患が、上記の側面に影響を与えることがあり、クライエントのパーソナリティの状態から疾患を推測することもありえる。しかし、心理アセスメントの基本は、疾患の同定や生活上の障害など現実適応の観点のみならず、人生をいかに生きていくかといった自己実現や個性化の過程の観点から、クライエントのおかれた状況や主体性のあり方を理解し、援助プランを立てるものであると筆者は考える。

Korchin（1976）は、「臨床家に課せられる本質的な課題とは、さまざまな種類の、時によっては断片的になってしまっている情報を、一個の筋の通った人物像へとまとめあげることである」と述べている。これは、相反する情報や結果が存在することもあり得、その両者を切り捨てずに人格像を描くことが課題としてあるということであろう。しかし、一個の筋の通った人物像へとまとめあげるこ

とは大切な課題であるが、まとまった人格像が描けないこと自体が大切な情報となることも少なくないであろう。

第2節　HIV医療における心理アセスメント

第1項　HIV医療における心理アセスメントの実際

HIV/AIDS医療における心理アセスメントは前節のものと基本は同じである。ただ、HIV感染症は脳神経細胞への影響や免疫不全による脳の器質的障害をもたらすこともあり（上平ら　2001年）、留意すべきことがある。ここでは、事例を通し、臨床心理士の思考の流れを記述し、HIV/AIDS医療における心理アセスメントについて考えてみたい。

事例

1）事例

Aさんは、40歳代、男性で、X－6年にHIV感染症と告知を受けるが、医療にはかからず、職を転々としていた。しかし、X年に肺炎に罹り、ある地域の総合病院内科に受診、入院となり、抗HIV薬治療と同時にその地域のエイズ派遣カウンセリングも開始した。しかし、薬のアレルギー反応が生じ、HIV感染症の専門医がいる他の総合病院に転院となった。

派遣カウンセラーの提案で、転院先とのカンファレンス（派遣カウンセラー、内科主治医、病棟看護師、院内の臨床心理士が出席）を開いた。派遣カウンセラーより、“家族と音信不通だったが、HIV感染症の治療を契機に本人から家族へ病気の告知がされた”、“入院中、突然泣き出したり、病院を飛び出そうとしたりした”など報告があった。内科主治医は、精神・神経活動に影響があるとされる抗HIV薬を考えていたが、精神的不穏を起こすので

はとの不安を持っていた。

2）事前の情報の段階

院内の臨床心理士は、次の点に注目した。例えば、HIV感染症にどうしてなったのか、家出や職を転々としていた理由は、入院中の行動は、などである。また、長期にわたる服薬行動が維持できるかなど、Aさんの情動や思考、行動の統制の程度も心理アセスメントが必要であろうと考えた。そこで、ストレス状況に対し主体性をどの程度維持できるのか査定するため、投影法を中心においた心理アセスメントを予定した。

3）心理アセスメントの面接

Aさんは、伏目勝ち、小柄で、話題によって声の大きさの変化が激しく、発音不明瞭な話し方および、吃音が時折みられた。しかし、心理アセスメントの趣旨は了解し、話のやり取りや言葉の選択から、見当識、意識状態の異常は見られなかった。転院までの経緯（精神科受診歴無）を聞き、バウムテスト実施後、動物名の呼称テスト、交代性シークエンス（視覚性）、順唱・逆唱、kohs立方体テスト、時計文字盤描写（口頭で指示）を行った。また、時間をおき、C.A.S.不安検査、ロールシャッハ・テストも実施した。

その日のうちに心理アセスメントの結果を内科主治医に口頭で伝えた。後日、面接や各心理検査の結果を、知的側面、情緒的側面、対人関係、全体的と4つにまとめ、結果報告書を作成し、Aさんに示しながら結果を伝えた。そして、カルテに保存されることを説明したあと主治医に提出した。

ストレス状況下での主体性
↓
脳器質的な影響
↓
精神病時な背景＋発達障害
↓
パーソナリティの特徴

4）面接のなかでの筆者の思考の流れ

当初、ストレス状況に対し主体性をどの程度維持できるのか査定するため、投影法を予定していたが、バウムテストの結果や、発音の不明瞭さ、感染してから 6 年が経っている点、CD4の数値が低い点などから、器質的な疾患の可能性を考えはじめ、投影法から神経心理学的検査を実施することに変更した。しかし、神経心理学的検査の結果からは特に器質的な疾患が想定されなかった。そこで次に、精神病的な背景を持ち、主体性が脅かされやすいパーソナリティかどうかアセスメントを行うため、ロールシャッハ・テストの実施に至った。その結果、情緒的刺激への応答性の敏感さ、情緒表出の統制の弱さがみられたが、修復していく力を備えているパーソナリティとして理解していくことが妥当だと結論づけた。

Aさんの心理アセスメントでは、情動や思考、行動統制の程度に焦点を据え、パーソナリティ検査を計画していた。しかし、面接を通して、

①バウムテスト（投影法）→②神経心理学的検査→③不安検査（質問紙）→④ロールシャッハ・テスト（投影法）を実施している。

これは、臨床心理士がAさんの主体性を脅かしているものとして、

①’ストレス状況による影響→②’脳などの器質的障害の影響→③’④’精神病理の影響やパーソナリティの傾向と、

見当つけたものが変化していったことを意味している。

この判断の過程は、精神科医が関与している場合、事前に器質的な障害はある程度スクリーニングされており、臨床心理士が器質的な障害の影響を仮定する必要があるかどうか事前にわかることが多い。しかし、HIV医療では、治療開始に伴って精神科医との連携を図っているところは限られ、また、保健所での抗体検査後にのみ臨床心理士が派遣されるという場合もあり、精神科医との連携をすぐに組むことが難しく、主体性に影響を与えるものとして器質的な側面を想定しておくことも大切となる。

心理アセスメントの留意点

1）感染前のパーソナリティの傾向
2）告知時の反応
3）器質的な障害のパーソナリティへの影響

第2項　心理アセスメントの留意点

1）感染前のパーソナリティの傾向、および感染告知時の反応

もともとパーソナリティの偏りや精神障害などのある者が、HIV感染症に罹患する場合がある。また、感染を機に先送りにしてきた心理的課題を呈する場合や、HIV感染症の陽性告知により、反応性の精神症状が生じる場合もある。心理アセスメントでは、そのような心理的変化をとらえ、クライエントの主体性はどのような状態にあるのか、また、今後どのようになっていくのか予測

し、援助の方法を検討していくのである。（HIVと心理臨床　第7章　精神疾患とHIV感染症参照）

2）器質的な障害のパーソナリティへの影響

HIV感染症に関連した脳の器質的変化は、HIV脳症と中枢神経への日和見感染症や原発性脳リンパ腫などがある。HIV脳症では、認知障害、精神活動の緩慢化、行動の異常などがみられる。よって、日常行動の主体の統制を揺るがすものとして器質的な障害があるということを想定しておかなければならない。また、HIV感染症の感染経路として、薬物乱用時の注射針の共用があり、薬物乱用による影響も考えておく必要がある。

上記のような可能性がある場合は、HIV感染症による痴呆の簡易検査法としてHIV Dementia Scale（Powerら　1995）や、日本版としてのJHDSが役立つであろう。または、知能、注意、言語、記憶、構成能力や、精神活動の速度などの観察や神経心理学検査（Strubら　1987）を行い、障害や精神症状の把握、および、クライエントの日常生活や人生にどのような影響があり、どのような援助が考えられるのか、仮説や援助計画を立てていくことが大切になる。

また、垂直感染によるHIV感染症の子どもは、2000年度の調査によると122例中24例であり、HAARTの導入により予後はよくなりつつあるという（戸谷良造ら　2001）。今後、HIV感染症を抱えながら生存する乳幼児が増えることが予想される。そのため、HIV感染症による発達への影響も心理アセスメントしていくことが必要となり、乳幼児の発達検査の実施や支援機関との連携も求められるであろう。

3）初回面接

HIV医療を行っている病院に、臨床心理士やカウンセラーが存在しない場合、都道府県や政令都市が行っているエイズ派遣カウンセリング事業によって臨床心理士らが派遣されている。そこでは陽性告知の際、医師や保健師・看護師などが一連の診療の流れとして臨床心理士と会うことをクライエントにすすめ、クライエントの面接への動機が高まる前に紹介となる場合も多い。そのため、初回面接では、上記の1）や2）の視点や、臨床心理学的援助の必要性をアセスメントしなければならない（一丸ら　1998年）。また、その際、クライエントは紹介された時点で面接や臨床心理士に対しさまざまな想像や空想を持っていることがあり、初回面接における関係構築に影響を与える場合があり、初回面接やガイダンスではクライエントが抱くカウンセリングや心理的援助へのイメージを話題に取り上げることもある。

また、感染の告知という場面は、ある程度安定していたこころの状態を揺るがす状況であり、それが危機状態になる可能性の有無を予測しなければならない。そしてその心理アセスメントに基づき、必要に応じて適切な援助を提供したり、他機関に橋渡ししなければならない。

危機状態に移行しやすい状況や要因

① クライエントが今まで使っていた対処方法が使えない、通用しない場合
② クライエントのソーシャルサポートネットワークが使えない、乏しい場合
③ 未解決な心理的課題が浮上している場合などがある

告知場面ではある程度の緊張感がクライエントの自我意識をサポートしていることが多く、面接時には落ち着いてみえることがある。しかし、急に困難や不安が襲ってくることもあり、危機的な場面を想定し対処できる方法を予めクライエントとともに検討する場合もある。また、気分の変化や不安に襲われるということ自体は、ショッキングな事態に遭遇したものならば当然起こる反応であり、「気が変になった」わけではないと予め伝え、そのようなときには連絡が取れるよう予約の取り方を伝えることも大切であろう。

チーム内アセスメント

1）チームの一員としての自覚
2）クライエントに目的と結果の活かし方の説明と同意
3）診療などの場面に即した結果の表現

第3節　医療チームのなかで結果を活かしていくために

上述のような心理アセスメントをクライエント－臨床心理士関係での援助に活かしていくことは当然であるが、医療チームのなかで活かしていくことも大切である。そのためには、臨床心理士がチームの一員として自覚を持つこと、心理アセスメントを行う際、その目的と結果の活かし方をクライエントに説明し、同意を得ておくことが前提となる。

また、臨床心理学的用語による心理アセスメントの結果を他の専門職やクライエントにフィードバックすることは、充分慎重であらねばならない。そのままフィードバックしてしまうと、すべての現象は「こころ」の為せるものだ・原因は「こころ」だという誤解（拒否も含め）を与えてしまい、他の医療従事者たちは臨床心理士に任せたので自分は関係ないと思い、クライエントとの心理的関係

を切ってしまいかねない。そこで、診療などの場面に即して結果を表現することによって、他の医療従事者が関わりの糸口をもてるよう協力しやすくなり、心理アセスメントの結果を他の医療従事者がその専門性でもって判断し、利用していく過程を尊重しやすくなると考える。

次に、チームのなかで心理アセスメントを活かしていく際の留意点について述べたい。まず、クライエントに対しては、心理アセスメントの目的を明示し、結果を伝えることが面接のなかで行われる。つまり、面接のなかで結果を伝えるということは、クライエントが自己理解を深め、自分の人生を生きていくために役立つように援助の一環として行うということである。

留意点

1）依頼者の依頼意図の確認
2）クライエントと依頼者の関係も心理アセスメント
3）チームのアセスメント

依頼者に対しては、心理アセスメントの実施前に、依頼意図を確認しておく必要がある。HIV医療では、内科が中心に診療していることもあり、内科医から、本来、精神科医へ期待することが臨床心理士に期待されたり、精神科医に紹介するかどうかの判断への助言を臨床心理士に求められることも少なくない。そこで、臨床心理士としてできることを内科医に説明し、打開策を話し合うことで期待に応えていく姿勢が大切となる。そして、依頼意図を明確にすることは、心理アセスメント方法を考える参考にもなるであろう。

また、依頼がくる場合は、依頼者がクライエントとの関係のなかで困難や問題を感じている場合が多いため、クライエントと依頼者

の関係も心理アセスメントしていく心積もりをもっておいた方がよいであろう（一丸ら　1988）。そして、結果をフィードバックするときには、報告によって依頼者とクライエントとの人間関係に介入しているという認識をもち、何をどのように伝えるのか判断することが肝要である。必要であれば依頼者とクライエント関係へのコメントや介入も行い、コンサルテーションを行うこともあるであろう。

医療チーム全体にフィードバックする場合も同様に、クライエントに対する医療チームのあり様を心理アセスメントしておく必要がある。河合（1974）は、「治療チーム内に生じる感情葛藤は、患者が言語化することのできない内的な状態の現れであり、そのような治療チーム内の争いを見て、かつて演劇をみることによって多くの人がその心を洗われたように、患者は治癒に至るのではないか。茶番劇とさえ見られる患者を取り巻く人とのいざこざこそは、深い意味をもった『治療劇』になるのではないか」とし、茶番劇に終わらせないために「治療チーム、患者、家族などを包含した全体の流れの過程（process）の統合点の存在が必要」であると述べている。臨床心理士はクライエントを取り巻く「全体の流れの過程の統合点」から得た知見を医療チームにフィードバックすることも果たせる役割の一つであろう。

第 4 節　おわりに

臨床心理学的援助の一環として、対クライエントの関係、および他の医療従事者との関係という視点で心理アセスメントを考えてきた。上述のように、対人関係や、行動・行為などさまざまな反応や対立する結果をも一個の人格像に組み込んでいく作業や、対クライエント関係と同時に、医療チームの全体の流れを読む作業は、臨床心理士のあり方に葛藤が生じやすい作業であるともいえる。そのよ

うな状況に対し、どちらかを排除せず心理的に抱え持つために、理論は1つの守りとなるであろう。ただ、守りであると同時に障壁にもなる点は注意が要るが、二律背反の状況や理論を超える場面に気づき、受けて立つかどうか判断するために理論は有用となるのではないだろうか。

理論は、一貫した人間観・感、目的論、人間の行動・行為や反応に対する理解、援助方法論を有している。こころで生じていること、クライエントとの関係で生じていること、医療チーム間で生じていることを理解し、仮説を立て、かかわっていく際にモデルを活用することは便利である。しかし、どの理論を当てはめるかよりも、クライエントに対してどのような態度をとるか（Storr　1960）ということの方がより大切であろう。そして、常に心理アセスメントの最終的な決定は「保留」（神田橋1984、大段　1982）され、心理臨床のなかで修正され、よりよい援助を実践していくよう努めることになる。

仲倉　高広

文献

一丸藤太朗　上地雄一郎　鈴木康之　1998年　「第4章　初回面接と心理力動的アセスメント」　p60〜78　鑪幹八郎監修『精神分析的心理療法の手引き』　誠信書房

金沢吉展　1995年　医療心理学入門　医療の場における心理臨床家の役割　誠信書房

神田橋條治　1984年　精神科診断面接のコツ　p34〜35　岩崎学術出版社

河合隼雄　1974年　心理療法と精神医学　精神医学16(11)　医学書院（心理療法論考　新曜社　1986年　p87〜95）

Korchin, S. J., 1976, Modern Clinical Psychology – Principle of Intervention in the Clinic and Community, Basic Books Inc.（村瀬孝雄監訳　1980年　現代臨床心理学　－クリニックとコミュニティにおける介入の原理　p357　弘文堂）
黒丸正四郎、大段智亮　1982年　創元医学新書　患者の心理　p232
水澤英洋　1996年　「エイズと脳」　『現代のエスプリ349号　脳の知られざる世界』、　至文堂　1996年　p 91～104
小倉清　1980年　「初回面接」　p53～104　山中康弘、野沢栄司編『児童精神科臨床 1　初回面接』　星和書房
Palmer, S. & Dryden, W., 1995, Counselling for Stress Problems, SAGE Publications.
Power, C., Selnes, O. A., Grim, J. A. and McArthur, J. C., 1995, HIV Dementia Scale : A Rapid Screening Test, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology, 8 : p273-278
Storr, Anthony, 1960 The Integrity of the Personality, C. Nicholls & Company Ltd.（山口泰司訳　精神療法と人間関係　理想社　1982　p 7 ～23）
Strub, R. L. & Black, F. W., 1985, The Mental Status Examination in Neurology, Second Edition, F. A. DAVIS COMPANY.（江藤文夫訳　1987年　高次脳機能検査法－失行・失認・失語の本態と診断　原著第 2 版　医歯薬出版株式会社）
戸谷良造ら　2001年「平成12年度　分担研究報告　HIV母子感染予防の臨床的研究　研究報告書」　p27～36
上平朝子、白阪琢磨　2001年　AIDSの治療－HIV脳症　『綜合臨牀』　2001、10、Vol.50、No.10、2738～2746
Walsh, K. W. 1978, Neuropsychology – A Clinical Ap-

proach, Churchill Livingstone, Edinburgh. 椿忠雄監訳 1983 神経心理学 臨床的アプローチ p274 医学書院
横山博 1992年 「2．面接による心理アセスメント」 p421 氏原寛、他編 『心理臨床大事典』 培風館

グループ・アプローチ

1、はじめに

グループ・アプローチは、グループという集団を介した援助にその特徴をもっている。個人心理療法で用いられる技法の多くが、そのアプローチ方法に適応可能である（Davison, G. C. & Neale, J. M. 1994）。そして、グループの規模によって、カップル・夫婦心理療法から、家族療法、集団心理療法、コミュニティ・アプローチや地域臨床と幅広く存在する（同　1994）。また、目標設定も、教育や社会化、サポートから症状改善とさまざまである（p15）。野島（1999）は「グループ・アプローチとは、自己成長をめざす、あるいは問題・悩みをもつ複数のクライエントに対し、一人または複数のグループ担当者が、言語的コミュニケーション、活動、人間関係、集団内相互作用などを通して心理的に援助していく営みである」とさまざまな立場を整理している。本章では、特にHIV/AIDS患者を対象とした集団心理療法を紹介し、HIV医療におけるグループ・アプローチのあり方を検討していく。

2、HIV/AIDS患者と集団心理療法

抗体陽性の告知を受けたとき、自尊心（self－esteem）の低下と社会から孤立感を感じるという（Dilley編　1993）。友人や家族、同僚から実際の拒絶や、周りから拒絶されるのではないかという恐れを経験するものが多い（Dilley編　1993）。また、感染者の生活の多くは、病気の進行や治療の経過など見通しのつかなさ（uncertainty）で満ちており（Dilley編　1993）、いわゆるライフコースから外れた感覚や疎外感を持ちやすい。Herman

（1992）は、「外傷的事件は個人と社会とをつなぐきずなを破壊する」といい、「回復は人間関係の網の目を背景にしてはじめて起こり、孤立状態においては起こらない」という。心的外傷体験によって損なわれた心的能力、つまり

外傷的事件は個人と社会をつなぐきずなを破壊する

「基本的信頼を創る能力」、「自己決定を行う能力」、「積極的にことを始める能力」、「新しい事態に対処する能力」、「自己が何であるかを見定める能力」、「他者との親密関係を創る能力」

は、「そもそも他者との関係において形成されたものであり、まさにそのように再形成も他者との関係においてなされなければならない」とし、回復の諸段階に応じた援助方法を紹介している。

HIV/AIDS患者においても、似た状況が生じやすく、Hermanのアプローチは示唆に富んでいる。しかし、そもそも傷つけ、傷つく関係も他者との関係であったことから、グループを通じて再形成を目指す際、「安全」を保障しなければならない（Herman　p241～272）。つまり、単に他者との出会いをセッティングすればよいわけではなく、心的、物理的に安全な環境を提供することが大切となってくる。訓練を受けたグループセラピストが実施する心理療法的技法は、「安全」を保障し、援助的なグループ体験には欠くことのできないものである。そして、「安全」なグループに所属しているということが、クライエントにとって情緒的な苦悩の軽減につながるという（Kalichman p310）。よって、充分に準備された集団心理療法は、HIV/AIDS患者にとって有効な援助方法となるであろう。

3、集団心理療法の実際

1）グループの概要

次にHIV/AIDS患者に対し実施した集団心理療法を通して、HIV感染症の臨床におけるグループ・アプローチのあり方を考えていく。

心理的な問題は顕著ではないが、事情により社会からのサポート（家族や友人、NGOなど）が得られにくいHIV/AIDS患者を対象に、クローズドで、期限を設けた集団心理療法を実施した（8ヶ月間、15セッション）。また、期間制限を実施した理由は（ｉ）、①：集団心理療法が有効かどうか一度評価する必要があるため、②：速やかに参加者同士の情緒的な人間関係を形成しやすくするため、③：クローズドの集団心理療法は、②のように強烈で感情的な負荷を参加者に与えることが予測されることから、その激しさが永続的に続くものではないことを保証するためであった。

性的指向が同性である男性6名を対象とした。5名は感染告知後1年以内、1人（Aさん）のみ5年目であった。今回の集団心理療法の目的は、他者との出会いを通して自己理解を深めることとし、インフォームド・コンセントを行った。同時に以下のルールを守ることを条件とした。

① グループ内での話は、自分のことを除いて、他の者に話さない。
② セッション以外は参加者同士の交流の機会を持たない。
③ 参加者を肉体的・精神的に傷つける言動はしない。
④ 原則として、続けて参加する。やむを得ない場合は、事前に連絡をいれる。
⑤ 自分の発言のペースを大事にするとともに、他の参加者

の考えやペースも尊重する。
⑥　参加を取りやめてもルールは守る。

2）集団心理療法の流れ

第 1 セッションでは、集団心理療法の目的とルールの確認の後、参加者は自己紹介を自主的に行い、各自の参加動機を話した。セッション以外では会わないというルールに対し、反発が強く、話題に上ることが 4 セッション続いた。ここで臨床心理士は、そのルールを変えることなく、反発の気持ちを取り上げていった。また、第 2 セッション以降は、クライエントの席が自然と決まり、以後変わることはなく、途中欠席したクライエントもいたが、その席は他のクライエントが座ることなく空けられたままだった。第 3 セッションまでは、各自の抱える悩みなどを披露する感じですすんでいった。臨床心理士の介入は繰り返しを中心に行い、発言した本人のみならず、グループ全体に伝わるよう努力した。

第 4 セッションでは、あるクライエントの「病気をどのように今受けとめているか」という話題をきっかけに、それぞれが抱える悩みの違いを越え、「苦しみ」というキーワードをもとに急速に凝集性（group cohesiveness）が増していった。また、A さんは第 5 セッションから 6 回続けて欠席し、A さんに対する他のクライエントの陰性感情が高まり、同時に自分のかかわり方が悪かったのではないかという不安の表出があった。そこで臨床心理士はその両方をグループ内で抱えていけるよう支持していった。

その後、恋愛や求職活動、定期的な受診を始めたりし、その報告と賞賛といったことが繰り返された。欠席していたA さんが再び第11セッションから参加することになり、それまでグループで

体験した気持ちを振り返る機会となった。そして、「いずれ死ぬ」と「必ず治る」という気持ちの揺れと、これからどのように生きていくかという話題になっていった。最終セッションでは、今回のグループ体験をそれぞれが振り返り終結となった。

4、まとめと今後にむけて

1）存在をサポートする（他メンバーから、臨床心理士から、グループ自体から）

HIV感染症は、いまだ社会からの無理解により、孤立を強いられている。そのようななかで、他者からの心理的サポートを得ることは重要と考えられる（ii）。集団心理療法は、他者との交流を基盤に、自己理解をすすめ、より意識的な選択や自己決定を援助できるのではなかろうか。集団心理療法では、上述のように、ルールに支えられ、陰性感情や迷いを表出することを体験し意識化する。そのためグループでは、感情に焦点を当て、結果ではなく、経過を話し合うことで、クライエントの主体的なあり方を支援することが肝要である。同時に、グループに参加している個人のみならず、グループというまとまった1つの力動にも注意を向けることも大事である。そのようなグループでの体験は、葛藤状況に対し、「安全」に支えられ、不適応的な自我防衛機制を働かす可能性が減少し、より意識的で主体的な判断を行える機会となる。

2）普遍化と社会化

Yalom（1989）は、「自分の問題が普遍的で、他のグループのメンバーと分かちあえるものであることに気づくと、大いなる安堵感を体験する」とし、この体験を「普遍性体験」（ex-

perience of "universality"）といっている。そのような安堵感は、「孤立感、恥辱感、スティグマ感を洗い流してくれ」（Herman　1992）、グループならではの体験となる。

また、各個人の悩みや問題に焦点を当て、集団心理療法を振り返ってみると、同じような悩みをもつものが、それぞれの対処法を提示することで、さまざまな対処法を知ることになり、社会学習的な効果もあったと考えられる。後半のセッションで見られた、日常で実践してきたことをグループ内で報告し、賞賛し合い、検討し、再び実践していく過程が個別的で孤立化した問題や悩みが社会化され、社会学習的であったといえる。語り・語られることや、臨床心理士やグループによる反射（reflection）によって自己の多層な反応を意識化することになり、問題や課題、対処法（考え方や行為など）を共有し、二者択一的な行動選択から、多様性を帯び、対処法に幅ができる（Lutz　1980）結果となったと考えられる。

3）ルールの存在

集団心理療法開始から、セッション以外では接触しないというルールに抵抗が相当強く示された。参加者は急速に凝集し、親密さ（安尾　2001）を求めていたと考えられる。グループの凝集性は、「自己開示と危険を引受ける傾向と、対決や葛藤の積極的表現を促進」させるという（Yalomら　1989）効果を持っているが、孤立感が強く、社会からの疎外感が強いクライエントの場合は、この凝集性が行動化されやすい傾向があると思われる。グループ・アプローチのなかでもセルフ・ヘルプ・グループのような社会生活を支援する場合は別とし、セッション外では会わないというルールの存在は、その心性を行動化せず、心理化（織田　1993）

し、対人関係のもち方を振り返るためには必須のことである。

4）今後に向けての課題

Aさんは途中欠席が続いた。その意味するところはさまざまであろうが、他のクライエントはすべて抗体陽性の告知をうけ1年以内であった。Aさんのみ5年が経過していた点から考えると、参加者の同質性と異質性の選択やバランスの決定は慎重であらねばならなかったであろう。

また、他の人に感染の事実を知られることを恐れるクライエントに対しグループでアプローチする場合、プライバシーの保護と保護されている感じをもってもらうために相当な配慮が要る。そのため、ルールの設定および、グループへの参加前に個別の面接などで心理アセスメントとグループの適用のアセスメントを行うことも必要であろう。

最後に、グループ内での臨床心理士の機能は多様である。クライエントやグループ自体の両価的な感情の受容や体験している葛藤状況の明確化など器や鏡のような存在であったり、他者として存在するなどの役割がある。そして、重要な機能の1つは、クライエントが自分自身と、そして他者との出会いを勇気をもって始められるよう支援することであると考える。

仲倉　高広

註

ⅰ：Herman, J. L.（中井久夫訳、心的外傷と回復、みすず書房、1996。p353-354）は、「制限時間が正確にどれだけかということよりも、期間制限が存在するという事実そのことのほうが重要である。(p354)」と指摘している。

ii：「外傷後ストレス障害を扱う専門家は、皆一致して社会的支援（social support）の重要性を唱える」といわれている。（村瀬孝雄監訳　1998年　異常心理学　p163）

引用・参考文献

Davison, G. C. & Neale, J. M., 1994, Abnormal Psychology, Sixth Edition, John Wiley & Sons, Inc.（村瀬孝雄監訳　1998年　異常心理学　p605　誠信書房）

Dilley, J. W., Pies, C., Helquist, M. Edi., Face to Face : A Guide to AIDS Counseling, Updated versio, AIDS Health Project.（矢永由里子訳　1994年　AHPエイズ・カウンセリング・ガイド　p28～29　HBJ出版局）

Herman, J. L., 1992, Trauma and Recovery, Basic Books, a Division of Harper – Collins Publishers, Inc., New York.（中井久夫訳　1996年　心的外傷と回復　みすず書房）

Kalichman, S. C., 1998, UNDERSTANDING AIDS? Advances in Research and Treatment, Second Edition, p289？p323, American Psychological Association.

Lutz, Christiane, 1980, KINDER UND DAS BOSE？Konfrontation und Geborgenheit,（野村美紀子訳　1985年　子どもと悪　p159　晶文社）

野島一彦　1999年　「グループ・アプローチへの招待」　p５～13　野島一彦編　現代のエスプリ　No.385　グループ・アプローチ　至文堂

織田尚生　1993年　昔話と夢分析－自分を生きる女性たち－　p244～p272　創元社

鈴木純一「Ⅴ　集団精神療法」　1999年　岩崎徹也、小出浩之編集

臨床精神医学講座第15巻　精神療法　中山書店
Vinogradov, S. & Yalom, I. D., 1989 Concise Guide to Group Psychotherapy, American Psychiatric Press, Inc.（川室優訳 1991年　グループ・サイコセラピー　金剛出版）
安尾利彦　2001年　HIV感染症の予防と援助に関する一考察－断絶感・一体感・親密感をめぐって－　甲南大学　修士論文

HIV陽性者の神経心理学的スクリーニング検査の実施のガイド（例）

0、神経心理学的な問題のスクリーニング検査の実施の例である。

スクリーニング検査として、全般的かつ簡易な検査を組み合せている。よって、異常値が出た場合は詳細な検査や検討が必要である。

Ⅰ、準備するもの

検査用紙：得点表、MMSE用紙(回答記載用紙、図形模写用紙、書字・読字用紙、三段階指示用紙片大小 2 枚)、FAB用紙、絵カード・物語即時再生記録用紙、数唱（順唱・逆唱)、絵カード再生記録用紙、物語遅延再生・Trail Making Test 日本語版－A練習用紙、Trail Making Test 日本語版－A検査用紙、IHDS用紙、符号検査用紙、CES－D用紙、Apathy Scale用紙。数唱や符号の問題は、他の検査でWAIS－Ⅲを使用することを考慮し、WAIS－Rの数唱や符号問題を使用するなど重複を避ける。

道　　具：物品呼称用時計（MMSE)、物品呼称用鉛筆（MMSE)、鉛筆（筆記用)、The Rivermead Behavioral Memory Testの絵カード（A－1)、ストップウォッチ、検査者筆記用具

Ⅱ、実施する順番

MMSE

↓

絵カード（A-１）即時

↓

物語（A）の即時再生

↓

FAB

↓

順唱

↓

逆唱

↓

絵カード（再認）

↓

物語（A）の遅延再生

↓

Trail Making Test 日本語版－A

↓

IHDS

↓

符号

↓

CES－D

↓

Apathy Scale

Ⅲ、実施の手引き

0、挨拶、自己紹介と検査の趣旨の説明と同意を得る。

1、MMSE

氏名、生年月日、年齢、教育歴、利き手の確認を行う。

また、視力や視野の問題が指摘されていないか確認を行う。視力など矯正（めがねなど）できるものは使用してもらうように促す。

今までにMMSEの検査を受けたことがあるかどうか（事前に分かれば）確認する。

原則として質問は設問 1 から始める。なお途中に短い休憩を入れることは問題ないが、設問 3 から設問 5 までは続けて実施する。

＜設問 1 ＞

見当識の検査時は、時計など目に付かないように隠す。

「今年は、何年ですか」と聞く。何年については「平成何年ですか」と聞いても、かまわない。

正しい回答なら、言い直しても「正答」。

次に「今の季節は何ですか」、「今日は、何月何日ですか」、「今日は何曜日ですか」と、同様に聞く。なお、日については、本研究では、± 1 日までを正答とする。

＜設問 2 ＞

「ここは都道府県でいうと、どこですか」、「ここは何市（何町）ですか」、「ここは何階ですか」、「ここは何地方ですか」と聞く。（東北地方以外であれば「例えば東北地方」、東北地方の場合は「関東地方」のように例を提示した場合は、その旨記録用紙に記載する。）

＜設問 3 ＞

「今から、いくつかの単語をいいますので覚えておいてください」

と言った後、「桜、猫、電車」と、 1 語ずつ、およそ 1 秒間隔で言う。繰り返し 3 語全てが言えるまで、 6 回以内まで繰り返す。

繰り返し言えるまでに要した回数を記録する。 6 回以内ですべてが繰り返せない場合は、労って、次の設問に進む。なお、設問10（遅延 3 単語再生）は行ってもよいが、採点には加えない。

次に「後でまた聞くので覚えておいてください。」と強調し伝える。

なお、 6 ヶ月以内にMMSEを受けている人には、③「テレビ、うどん、太陽」を使用する。注：②はIHDSの単語と重なるため、使用しない。

記銘を行った時刻を記録用紙に記載する。

＜設問 4 ＞

「100から 7 ずつ引き算をしてください」とまず教示する。

理解が悪い場合は、再度、上記教示を行う。

「93」と正解し、次を答えない場合は「93から 7 を引いてください」とは聞かないこと。

最初から連続的に正答した部分まで（最大 5 回まででかまわない）を得点とする。

＜設問 5 ＞

「今から読む文章を語尾まで正確に繰り返してください」と教示し、「みんなで、力をあわせて綱を引きます。」と、はっきりと、また、ゆっくり伝える。 1 回のみで評価。一つの言葉でも、言い間違えた場合は、誤答として記録。

＜設問 6 ＞

大小の紙を被験者の前に置く。

「今から説明しますので、私が言い終わりましたらそのとおりに行ってください。」と教示する。

① 「小さい方の紙をとって」
② 「それを半分に折って」
③ 「大きい方の紙の下に入れてください」
と続けて読む。
各段階ごとに正しく作業した場合、正答とする。
＜設問 7 ＞
重なった五角形の図（ダブルペンタゴン）と透視立方体の用紙を被験者の前に置く。
「次の図形を描いてください」と言う。（もしくは、「描き写してください」と模写することを教示する。）
交点が正しく、かつ、2 つの五角形が上下逆の場合、正解とする。
手指のふるえは無視する。
次に、MMSEの採点には加えないが、透視立方体の面を上に置き、「次の図形を描いてください」と教示する。
模写可能か、不可かを記録する。
＜設問 8 ＞
鉛筆と、白紙の部分を上に被験者の前に置く。
「何か文章を書いてください」と言う。
不可ならば、「何々が何々した、というような主語と述語がある文章を書いてください」と教示する。
＜設問 9 ＞
「目を閉じなさい」と書いてある用紙を上に、被験者の前に置く。
「これを読んでこの通りにしてください」と教示する。
「読むだけで、何もしない場合は、再度、「この通りにしてください」と指示する。この指示でも目を閉じない場合は、この課題は 0 点とする。
＜設問10＞

三単語記銘（即時再生）から5分後に行う（5分より短くならないようにする程度)。

「先ほどいくつかの単語を覚えて頂いたのですが、それは何でしたか」と問う。

再生課題を行った時刻を記録する。

再生できなかった単語がある場合は、以下、MMSEの採点には含まないが、再認と誤再認の検査を行う。

「〇〇はありましたか」と記銘時に使用した番号の単語を使用する。

また、再生できた単語は省略する。

「あった」と

①を実施した場合は、①「猫、電話、桜、猿、りんご、電車」

③を実施した場合は、③「うどん、そば、太陽、ラジオ、月、テレビ」

＜設問11＞

時計を見せながら「これはなんですか」と聞く。

次に、鉛筆を見せながら「これはなんですか」と聞く。

2、絵カード（A－1）即時

The Rivermead Behavioral Memory Testを過去に受検したことがある被験者の場合は、絵カードB－1を使用する。（A→B→C→Dの順に使用カードを替える）

The Rivermead Behavioral Memory Testの絵カード（A－1話）：裏側が赤いカード（1番～30番まで）と、記録用紙と筆記用具、ストップウォッチを用意する。

「これから絵カードをお見せしますので覚えてください、よく見て何の絵か言ってください。5秒ずつお見せしますから、よく覚えてください。後でまた絵カードをお見せしますので、その中から今

見た絵を見つけていただきます。これはなんですか。」
とA－1から見せて回答を記載する。
即答できても5秒間は提示しておく。

3、物語（A）の即時再生

The Rivermead Behavioral Memory Testを半年以内に受検したことがある被験者の場合は、物語Dを使用する。
（A→D→B→Cの順に物語を替える。）
「それでは、これから短いお話を読みます。よく聞いてください。私が読み終わったら、覚えていることを全部おっしゃってください。いいですか。
昨日の朝、函館市内の、主婦が、古新聞に、100万円を、はさんでおいたのを、忘れて、廃品回収に、出してしまった。気がついたときには、古新聞は、製紙会社の、工場に、運ばれた、後だった。あきらめきれない、主婦は、工場まで、駆けつけ、古新聞の山を、片端から、調べ、ついに、札束を、発見した。
それでは、今のお話について、覚えていることを全部おっしゃってください。」
患者の発話をそのまま書き取り、25項目の内容について、正確に想起されたか（同意語を含む）、部分的に想起されたかチェックする。
書き取る際に、記録用紙の同語以外のものはなるべくそのまま記載する。
同義語とは、文脈上、意味的に同じもの、同じ状況を表すもの。
類義語とは、似たような概念が含まれるが、意味的にずれがあったり不十分であったりするもの。
満点で25点となる。

4、FAB（Frontal Assessment Battery at bedside）

FABの記録用紙を用意する。

1　類似性（概念化）

「これから言う 2 つのものは、どこが似ているか考えて答えてください。バナナとみかん。」

果物、フルーツ、食べ物などカテゴリーの回答のみ正解。両方とも黄色いや、一つは丸くて一つは長いなどの回答は 0 点とする。

3 問、各 1 点で計 3 点。

15秒ほど待っても反応がない場合は、次に進む。

複数回答した場合に、正解が含まれていれば、正解とする。

「次のものはどこが似ていますか。テーブルと椅子。」

「チューリップ、バラ、ひまわり」

2　語の流暢性

「動物の名前をできるだけたくさん言ってください。では、どうぞ。」と言って、回答を促し、ストップウォッチをスタートさせる。

60秒間で終了。

60秒間の終了間際で、回答しようとされ、待てば回答されそうな場合は、少し待ち、回答を得てから終了を伝える。しかし、その回答は採点に含まない。

開始から10秒間黙っている場合は、再度「動物の名前なら何でもいいです」と促す。

用紙に回答された単語を記録し、60秒以内に回答された単語数を記載する。

次に「“か”で始まる言葉をできるだけたくさん言ってください。固有名詞はだめです（いけません）。」

と教示する。固有名詞が理解されていないようならば、人の名前や地名はいけません」とのみ伝え、具体的な固有名詞は伝えない。

「では、どうぞ。」とストップウォッチを開始させる。

5秒間に回答がない場合、「例えば、かさ」とヒントを出す。

それでも開始より10秒間黙っていたら、「“か”で始まる単語なら何でも良いです。」と言って再教示する。

回答された単語を記載し、60秒内に回答された単語数によって採点する。

FABの採点には、「か」の回答数によって採点する。

3　運動系列（運動プログラミング）

利き手を事前に確認しておく。右利きの場合は、検査者は左手で（鏡像になるように）行う。

「私がやることをよく見てください。」と、検査者は、左手（被験者が左利きの場合は、右手）で、Luriaの系列（グー：親指、掌側が下、手刀：掌を広げ小指側が下に、親指側が上、掌：掌を広げ、掌を下の状態）を3回繰り返す。

「今度は一緒にやってみましょう。右手（利き手のほうを言う）でどうぞ。最初は一緒にやって見ましょう。あとからお一人で。」と一緒に3回繰り返す。

「では、一人でやってみてください。」

と単独で、6回できるかどうか、検査する。

単独で6回、単独で3回、検査者と一緒に3回、検査者と一緒に3回未満で採点する。

途中でやめた場合は、「もう少し続けてください」と繰り返すよう促す。

途中で間違えた場合は、連続してできた回数にて判定する。

4　葛藤指示

「私が 1 回拍手したら、 2 回拍手してください」と被験者が理解するまで 3 回（検査者が拍手を 1 回－被験者拍手 2 回を 3 回繰り返す。

両手で拍手が難しい場合は､指で机をたたく方法に変更する。その際、記録用紙にその旨記載する。

「次に、私が 2 回拍手したら、 1 回拍手してください」と被験者が理解するまで 3 回繰り返す。

「では、今の約束（ルール）を使って、やってみましょう」。

検査者は、 1 →（被験者の拍手を待ち、反応後に） 1 （と拍手する。以下同じ）→ 2 → 1 → 2 → 2 → 2 → 1 → 1 → 2

10回のうち、失敗なし、 1 ～ 2 回の失敗、 3 回以上の失敗、被験者が検査者と同じ回数の拍手を続けて 4 回以上ある、の 4 つに判別する。

5　GO / NO－GO課題（抑制コントロール）

「今度は、私が 1 回拍手したら、 2 回拍手してください」と被験者が理解するまで 3 回（検査者が拍手を 1 回－被験者拍手 2 回を 3 回繰り返す。

「次に、私が 2 回拍手したら、拍手しないでください」と被験者が理解するまで 3 回繰り返す。

「では、今の約束（ルール）を使って、やってみましょう」。

検査者は、 1 →（被験者の拍手を待ち、反応後に） 1 （と拍手する。以下同じ）→ 2 → 1 → 2 → 2 → 2 → 1 → 1 → 2

10回のうち、失敗なし、 1 ～ 2 回の失敗、 3 回以上の失敗、被験者が検査者と同じ回数の拍手を続けて 4 回以上ある、の 4 つに判別する。

6　把握行動（環境に対する非影響性）

「掌を上にして、両手をひざの上にのせてください。」と指示する。

検査者は何も言わず、被験者の方を見ないで、検査者の掌を被験者の掌に近づけて両方の手に触れる。

もし、被験者が検査者の手を取ろうとすれば、「手をとらないでください」と伝え、もう一度、同じ動作を繰り返す。

検査者の手をとらない場合、被験者がためらったりどうすればよいかを聴く場合、ためらいなく手をとる場合、忠告しても手をとる場合、に判別する。

心理療法やカウンセリングを担当する者が検査者の場合、「これも検査である」ことを説明する。

5、順唱・逆唱

「これから、いくつかの数字を言います。よく注意して聞いてください。私が言い終わったら、私の言ったとおりに言ってください。」と言って、第一系列から開始する。

第一系列、第二系列ともに誤答の場合、そこで終了とする。

第一系列の正誤に関わらず、第二系列は行う。

順唱の合計得点が 0 点でも、逆唱は行う。

4 は「よん」、7 は「なな」、9 は「きゅう」と読み、数字は 1 つ 1 秒の速さで言う。数字が長い場合、遅く読む傾向になりやすいので注意する。

次に、「また、これからいくつかの数字を言います。今度は私が言い終わったら、私が言ったのとは逆の順番で言ってください。もし私が、7、1、9 と言ったら、どう言えばよいでしょう。」

被験者が正確に「9、1、7」と言ったら、「そうですね（そのとおりです）」と言い、問題に進む。

もしも誤答した場合「ちょっと違うようですね」、無回答の場合

「さあ、いいですか」と言い、「私が 7 、 1 、 9 と言ったら、逆の順番に、 9 、 1 、 7 と言ってください。それでは、もう一つやってみましょう。 3 、 4 、 8 と言ったら、逆の順番で言うとどうなりますか」と問う。

2 回目の練習の正誤に関わらず、問に進む。 2 回目の練習問題以降、ヒントや正答を伝えてはならない。

第 1 系列、第 2 系列ともに誤答の場合、そこで終了する。

2 系列とも正答を 2 点、 1 系列のみは 1 点で、順唱、逆唱の得点を出し、その合計得点から評価点をWAIS－Rなどにて評価点を算出する。

順唱、逆唱それぞれ何桁まで正答できたか、得点表に記載する。

6 、絵カード（再認）

絵カード（11番～30番）を用いる。

「さて、前にお見せした絵に戻りましょう。今からいろいろな絵をお見せします。前に見た絵かどうかお答えください。」

カードの裏面の数字の右上に小さく着いている数字が先に見せた絵カードの数字である。

先に示していないものを「あった」と反応した（肯定誤反応、裏の数字の右上に小さな数字がないカードをあったと反応する）数を得点表に記録する。

正しく同定（再認）された数から肯定誤反応数を引いたものが得点とする。

7 、物語の遅延再生

物語（遅延再生）の記録用紙を用意する。

「前に読んだお話のことを覚えていますか。どのくらい覚えているかを調べますので、思い出せる限り言ってみてください。」と教示する。

何も被験者が思い出せない場合は、検査者は、「最初は、昨日の朝、函館市内の、でしたね。」（物語Aの場合、物語Dの場合は、「先月半ば、横浜市内に」）と、冒頭の部分をヒントとして教示する。

採点方法は、直後再生と同じ。

25点満点。

8、Trail Making Test 日本語版－A

Trail Making Test 日本語版－A検査用紙と練習用紙と鉛筆を用意する。

まず、練習用紙を用い、「今から、検査のための練習をします。この用紙に書かれている数字の 1 から 2 、 3 というように数字の順番に、できるだけ早く、線で結んでください。最後の 8 まで結ぶのにかかる時間を測定します。途中で結ぶ順番を間違ったときには、『間違っています』と言いますので、すぐに訂正して次に進んでください。また最後の数字を結ぶまで鉛筆を紙から浮かさないでください。もしも浮いてしまったときには、『鉛筆が浮いています』と言いますので、すぐに鉛筆を紙につけてください。それでは始めます。鉛筆を紙から浮かさずに，できるだけ早く、数字の順に、線で結んでください。ではどうぞ」と言って、ストップウォッチをスタートし完成までの時間を計測する。

練習用用紙で検査が施行できなかった被験者は中止する。

練習でできた場合は、次に検査用紙を被験者の前に置き、

「今度は，本番です。数字が多くなっていますが，やり方は一緒です」と言って、上記の練習と同じ教示を繰り返す。

物語遅延再生の記録用紙の下の判定表を用い、かかった秒数とパーセンタイルを得点表に記録する。

9、IHDS

IHDSの用紙を用意する。

1　記銘

「今からいくつかの単語を言いますので、覚えておいてください。」

「犬、帽子、豆、赤」

と単語を 1 秒に 1 語ずつ言う。

被験者に繰り返し言ってもらい、 4 単語全てを言えるまで繰り返す。

繰り返しを要した回数を記録する。

「後でその言葉を聞きますので、覚えておいてください。」と伝える。

2　運動スピード

非利き手で実施する。

「利き手と逆の親指と人差し指で、できるだけ広く、早く叩いてください。」

親指と人差し指を広げ、くっつける動作の繰り返しを非利き手で 5 秒間に何回行えるか測定する。

3　精神運動スピード

FABのLuriaの系列とは、順番が違うので、検査者が間違えないように注意する。

「利き手と逆の手で、次の動作をできるだけ早く繰り返してください。」と言い、検査者は利き手（被験者の聞き手が左の場合は、検査者は左手になる）で見本を見せる。グー、掌を広げ下向きに、手刀の順番で見本を示す。

次に、「では、一緒に練習してみましょう。」と言って、 2 回繰り返す。

「では、一人で行ってもらいます。時間を計りますので、正確にすばやく繰り返してください」と教示し、10秒間で何回繰り返したか検査する。

途中で失敗しても成功した回数を記録する。

4　再生

「先ほど、いくつかの単語を覚えていただいたのですが、それは何でしたか。」

思い出せなかった場合は、次のヒントを出す。

正答の順番は考慮しない。

ヒント

犬は「動物」、帽子は「身につけるもの」、豆は「野菜」、赤は「色」

教示した単語以外を言われた場合、内容を記録しておく。

ヒントなしで正答を 1 点、ヒントを用い再生した場合は、0.5点とする。

10、　符号

符号の検査用紙を被験者の前に置く。

「記号を書き写していただきます。」

上段の部分を指差し、「この四角の欄をみてください。上の四角には数字が書いてあり、下の四角には特別な記号がありますね。 1 つの数字に 1 つの記号が決まっています。

上段のモデルの 1 と 2 を指差し、次に下段の太い線までの 7 個の四角を指差し、「今度は、ここを見てください。上の四角には数字が書いてあり、下には何もありません。この空欄に、数字に対応する記号を書いてください。このように書いてください。」

と言って、練習問題の 3 問は例示し、検査者が記入してみせる。

「ここに 2 があります。 2 にはこの記号です。そこで、この空欄

にこのようにその記号を書きます。」
と言って、検査者が記入する。
「次は 1 です。 1 はこの記号です。」
2 番目の例示問題を指差し、それから上段のモデルの 1 の下の記号を指差す。
「そこで、この四角にそれを書きます。」
と言って、検査者が記入する。
3 番目も同じように繰り返す。
「それでは、この太い線のところまで四角の中に記号を書いていってください。」
と、太い線を指差しながら教示する。
練習問題で誤った記号を記載した場合、すぐに誤りを修正し、モデルの使用を確認する。課題を理解するまで、検査を始めない。
練習問題中は、「そうです」や「あっています」と励ます。
正しく練習問題を終了した場合、例示問題の 2 番目を用い、「もしも、このような書き間違えたら。その下に正しい記号を書いてください」と教示し、書いてみせる。
「やり方は分かりましたね。それでは、私が『はい』と言ったら、残りの問題をやってください。」
太線の右の最初の四角を指差し、「ここから始めて、できるだけたくさんやってください。途中で問題を飛ばしたりしないで、できるだけ早く、間違えないようにやってください。私が『終わりです』と言うまで続けてください。」
第一行目をなぞり、「この行が終わったらこの行（次の段を指差し）をやります。（太線を指差し）それでは、私が『はい』と言ったら始めてください。」
「はい」と言って時間を計る。

被験者が問題を飛ばしたり、1つのタイプ（一つの数字のみなど）の問題だけまとめて記入する場合は「飛ばさないで、順番にやってください。（飛ばしたところを指差し）次はこれをやります。」と言う。

途中で作業を中止するようであったら、続けるように励ます。

それでも続けない場合は、終了した時間を記録する。（そこで理由などをお聴きすることも可）。

90秒で「終わりです」と伝え、終了する。

終わりを告げても書き続けている場合は、90秒までの欄で判定する。

連続して記載した欄までを採点の対象とする。

記入された記号が必ずしも正確でなくても、もしくは誤りを訂正した場合でも、判読できるものは正答として採点する。

正答数を数え、得点表に個数とWAIS－Ⅲの符号の粗点から評価点を算出し、得点表に記録する。

11、CES－D

CES－Dの用紙と筆記用具を被験者に渡す。

「この1週間の、あなたの体やこころの状態についてお聴きします。次の20の文章を読んでください。それおぞれの事柄について、もしこの1週間で全くないか、あったとしても1日も続かない場合は、『A』、週のうち1～2日なら『B』、週のうち3～4日なら『C』、週のうち5日以上なら『D』のところを〇で囲んでください」と教示し開始する。

迷って記載しているようであれば、そのまま待つようにする。

しかし、なかなか進まない場合は、「思ったそのままで記載していただいて結構です」と伝える。

緊張が強い、迷いが尋常でない場合などは、「考え出すと週によって違いますよね。今週はいかがでしたか。」など促す。

めがねが必要な方はめがねをかける必要があるか確認する。

途中で、単語の理解が難しいといった質問を受けた場合は簡単に説明を行う。ただし判断を問うような（頻度など）質問は思ったように応えてもらうように促す。

12、Apathy Scale

Apathy Scale用紙と筆記用具を手渡す。

「次の14の質問にお答えください。上半分の質問に対し、左がまったくない、右が大いにあるになっています。」

とここで半分を応えてもらってもかまわないが、続けて理解できそうであれば、そのまま下半分の説明を行う。「下半分は、質問に対し、左が全く違う、右がまさにそうです。」

「それでは、質問にお答えください。」

こちらに関しても、CES－Dと同じく、過度の緊張や迷いがある場合は、「日によっていろいろですよね。最初に思ったままで結構ですよ」と促す。

問題を飛ばしている場合は、終了後に「こちらはいかがですか」と確認する。

その質問のみを飛ばしている場合は、その質問に対し、回答を得るようにする。

しかし、質問と回答がずれて、記載されている場合もあるので、問題に対し回答を飛ばしている場合は、ずれがないかも確認する。

13、労いと説明

すべてが終了したことを伝え、労う。

なお、検査結果に関しては、診療録（カルテ）に記載されること、および、結果について知りたい場合については、当該施設に応じた方法を説明する。

Ⅳ、結果の記載（カルテ）

各検査結果を採点し、得点票に記載する。

その後、診療録に、得点票の結果と、解釈（最低限、基準値（カットオフ値）以上の得点か、以下の得点かは記載する）。

標準値より外れた得点（神経心理学的障害の可能性）が示された場合は、臨床上の問題として、医師等に伝え、適切な医療につなげる。

仲倉　高広

カウンセリング導入の効果

ポイント

＊HIV感染者に対するカウンセリング導入の効果の評価指標としては、主観的な指標（クライアントに対する質問紙形式の尺度など）と、客観的な指標（HIVの病状、服薬アドヒアランス、受療行動など）がある。
＊主観的な指標に対するカウンセリングの効果を報告する先行研究は多いが、客観的な指標に対する効果の報告は必ずしも一定していない。
＊カウンセリングは、その性質上、臨床研究による効果の評価が困難である。
＊カウンセリングには、クライアント以外に周囲の医療者に与える効果もあり、それが期待されてもいる。

はじめに

カウンセリングを導入することに効果はあるのか？あるとすれば、どのような効果がどの程度あるのか？

カウンセリング導入に効果があるということは一見自明なことのようだが、カウンセリングを受ける立場のクライアントや、カウンセリング導入を依頼する立場の他職種は、その効果に懐疑的な場合もある。Evidence – based medicineの時代において、医療の一環としてカウンセリングを行う臨床心理士の立場からは、自分の行うカウンセリングにどのような効果があるのか、意識せざるをえないのではないだろうか。以下では、特にHIV感染症の診療の場において、カウンセリング導入がもたらす効果について考えてみたい。

先行研究における、心理学的な介入の効果評価

HIV感染者の心理に対する介入の効果を評価した先行研究は多い。

質問紙などを用いたクライアントの主観的な指標を用いて効果を評価した臨床研究をみると、HIV感染者のストレス・マネジメントについての35の無作為化比較試験のメタ解析では、ストレスへの対応法や精神的・肉体的リラクゼーション法の実践などの介入を少人数グループまたは1対1で行うことによって、不安・抑うつ・心理的苦痛・疲労感の改善に効果があったとしている（Scott – Sheldon, Kalichman, Carey, &Fielder, 2008）。また、HIV感染者の不安に対する介入の効果を検証したメタ解析では、心理学的な介入は効果がないと評価した研究もあるが、総じて薬物療法などと比べ効果があったとする研究が多かった、としている（Clucas et al., 2011）。同様に、HIV感染者の抑うつに対しても、心理学的な介入は効果があり、特に認知行動療法で効果が大きかったと報告されている（Sherr, Clucas, Harding, Sibley, & Catalan, 2011）。

客観的な指標、すなわちHIV感染症の病状や治療に対してカウンセリングのもたらす効果は、どう評価されているのだろうか。

服薬アドヒアランスに対する様々な教育法やサポート法を評価したシステマティックレビューでは、アラームや配薬ボックスなどを使用した服薬援助に比べると、認知行動療法・動機づけ面接などの心理学的アプローチの効果はさほどみられなかった、としている（Rueda et al., 2006）。また心理学的な介入がより客観的と言える指標、すなわちCD４リンパ球数やウイルス量などのHIVの病状に

対して与える効果は、明らかなものはないとする報告が多いうえに、そもそもこうした指標に与える効果を評価していない報告が多く、今後の研究が待たれるところである（Thompson et al., 2012）。

一方、カウンセリングの効果の評価に関しては、批判的な意見や限界もある。

例えば単なる時間の経過や、人と定期的に会う約束をして話し合うこと自体に癒しの効果があるとして、カウンセリングの内容の効果を疑問視する意見がある。また効果を評価したい心理的な介入以外の、本人の心理面に影響を与える交絡因子、すなわち家族や友人の存在・運動や読書・主治医やソーシャルワークなど他の医療者の存在・ライフイベントなどが考慮されている研究は少ない。またこの種の研究には報告バイアスがあり、カウンセリングの効果がみられないという結果になった研究は、論文として投稿・出版されにくく、効果があるという結果の研究報告が多くなると考えるのが一般的である。

カウンセリングの効果評価は困難である

カウンセリングが臨床研究で評価する「介入」の対象として馴染まない、という側面もある。

臨床研究において、患者に対する「介入」、すなわちある治療法（薬物療法や手術、カウンセリングなどを含む）に効果があるかどうかを評価するためには、「介入」を明確に定義しなければならない。薬物治療は薬剤の種類・投与量・期間などを明確に定義することが比較的容易である。しかしカウンセリングの効果を評価したい場合、「カウンセリング」を定義しなければならないが、一口にカ

ウンセリングと言っても様々な技法があり、カウンセラーにより得意とする技法や、実際にクライアントに対して施している内容が異なることがある。また個々のクライアントの性格や、HIV感染症の病名告知からの時期に合わせて、複数の技法を適宜組み合わせて行うということもあろう。またカウンセラーとクライアントの合意による終結に至らず自己中断するクライアントが多い反面、年余に渡り長期に密なセッションを繰り返す事例もあるため、頻度や期間も定義しづらい。前項で述べた先行研究において、ガイダンス（疾患や服薬についての一般的な知識や対処法についての情報提供）や、認知行動療法などの内容や期間が定義されている介入の効果を評価した研究が多いのは、そのためである。しかし臨床の現場で実際に提供されているのは、定義の難しい心理サポートとしてのカウンセリングである（牧野麻由子 et al., 2011）。これを研究のために明確に定義しようとしてその内容を規格化すると、効果が減弱するとする意見があることも、カウンセリング効果の評価を難しくしている。

評価の方法にも問題がある。

多くの先行研究において、介入の効果の評価は、介入の直後から2、3ヶ月と早期に行なっている。長いものでも評価までの期間は1～2年程度であり、さらに長期的な予後を評価した研究は乏しい。また、さまざまな心理学的アプローチを直接比較し、どのような状態の患者にどの方法が効果的であるかを検討したものもほとんどない。カウセリングの効果は質問紙を用いた尺度などで汲み取れる性質のものではない、とする意見もある。これが本当であれば、カウンセリング導入の効果の評価はさらに難しいものであることになる。

エビデンスレベルが高いとされている無作為化比較試験にもカウンセリングは馴染まない。

カウンセリングが必要である（もしくは必要ない）と本人もしくは医療者が考える患者に対して、無作為にカウンセリングの実施（もしくは非実施）を割り付けることが倫理的であるとは到底考えられない。さらにカウンセリングの効果には、カウンセリングを受けようという本人の意欲も関係すると思われるだけに、無作為割り付けで効果を評価する手法には問題があるだろう。

以上のようにカウンセリングの効果の評価は困難であるが、だからといって効果に無頓着であっていいという事ではない。むしろ評価が困難で、定まった評価がないからこそ、カウンセリングを行いさえすればクライアントに良い結果をもたらすと考えるのではなく、カウンセリングがクライアントに与える影響についてより意識する必要があると考えられる。

チーム医療において他の医療者に与えるカウンセリングの効果

このような状況において、カウンセリングの効果をどのように捉えるべきか。

ここでは、カウンセリングがクライアントにもたらす直接の効果ではなく、チーム医療でHIV感染者の診療を行なっている場合に、チーム内の他職種に与える間接的な効果について考えてみたい。

カウンセリングを依頼する立場の医療者の中には、カウンセリングによって患者の気持ちが安定し、患者の人間関係上の課題が整理されたと考える者は多い(山中京子，2010)。またカウンセリング導入によって、他の医療者の患者に対する理解が深まるという意見が

ある（山中京子，2010）。例えばある患者のカウンセリングが導入に至った場合、チーム内の医療者に明らかなことは、カウンセリングを拒否する患者もいる中で、その患者がカウンセリングを受け入れた、という事実である。すなわちその患者は、自分に何らかの心理的な問題があるという自覚や、それを解決したいという意欲や決意がある、という推測が成立つ。そのような患者である／ないという理解は、質問紙などではとらえられない微妙なニュアンスであり（下司有加 et al., 2009）、カウンセリング導入によってのみ得られる効果である。またカンセリングを継続する中で、チーム内の医療者がカウンセリングの記録を閲覧したり、カウンセラーと直接意見を交換したりすることによって、患者の抱える心理的な問題について情報を共有することもでき、さらに患者理解が深まる。このことは、日常の診療の場において患者の心理を理解する時間が足りなかったり、理解が苦手であったりする他の医療者にとって、大きな助けとなることは間違いない。このように他の医療者の患者理解が深まることによって、主治医による診察の間隔や治療開始のタイミングの調整、看護師による患者のマネジメント、薬剤師による服薬指導、ソーシャルワーカーによる情報提供や援助のあり方などが変化することは十分に考えられる。

受診中断のリスク

30歳未満であること
定職がないこと
抗HIV薬治療を行なっていないこと
カウンセリング導入がされていないこと

筆者が以前所属したエイズ診療ブロック拠点病院である大阪医療

センターに通院するHIV感染者約1700名において、客観的な効果指標である受診中断に関連する予測因子を多変量解析を用いて調べたところ、受診中断と有意に関連がみられたのは、30歳未満であること・定職がないこと・抗HIV薬治療を行なっていないこと・そしてカウンセリング導入がされていないことであった(富成伸次郎，安尾利彦，山中京子，白阪琢磨，&中山健夫，2011)。この研究ではカウンセリングの内容や頻度・期間・中断か終結かなどは問わずにカウンセリング導入の有無と受診中断の関連のみを検討しているが、カウンセリング導入されている患者は受診中断の可能性が低いということは、カウンセリング導入を通じて他の医療者を含めたチームでのサポートのあり様が変化し、患者の受療行動が改善する可能性を示唆している。カウンセリングは基本的にカウンセラーとクライアントの一対一の営みであるが、このようにチーム医療においては別の意味や効果も併せ持つと考えられる。

終わりに

カウンセリング導入に際しては、クライアントの感じる主観的な効果はもちろんのこと、HIV感染症の病状や服薬アドヒアランス・受療行動などの客観的な指標に対する効果も意識することが必要であると考えられる。また、臨床心理士の行うカウンセリングがチーム内の他の医療者に与える効果によって、結果的に患者の状態が改善する可能性も認識し、チーム内でコミュニケーションをとることが必要である。それは、カウンセリングを依頼する側であるチームのメンバーが期待する効果でもある。

富成伸次郎

引用文献

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.

Rueda, S., Park – Wyllie, L. Y., Bayoumi, A. M., Tynan, A. M., Antoniou, T. A., Rourke, S. B., & Glazier, R. H. (2006). Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS. Cochrane Database Syst Rev(3), CD001442.

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.

Sherr, L., Clucas, C., Harding, R., Sibley, E., & Catalan, J. (2011). HIV and depression – – a systematic review of interventions. Psychol Health Med, 16(5), 493 – 527.

Thompson, M. A., Mugavero, M. J., Amico, K. R., Cargill, V. A., Chang, L. W., Gross, R., . . . Nachega, J. B. (2012). Guidelines for Improving Entry Into and Retention in Care and Antiretroviral Adherence for Persons With HIV: Evidence – Based Recommendations From an International Association of Physicians in AIDS Care Panel. Annals of Internal Medicine.

下司有加、 垣端美帆、 立花泉、 安尾利彦、 仲倉高広、 &白阪琢磨。(2009)。 初診患者へのカウンセリング導入に関する調査（第2報）HIV専従看護師のアセスメントと精神健康スクリーニングの

結果から。[会議録]。日本エイズ学会誌、11(4)、471。

山中京子。(2010)。【再考　HIV/AIDS予防対策】HIV/AIDSの感染者・患者に対するカウンセリング体制の現状と課題。公衆衛生、74(11)、923-927。

富成伸次郎、安尾利彦、山中京子、白阪琢磨、＆中山健夫。(2011)。HIV感染症患者の受診中断予測因子およびカウンセリングとの関連についてのケース・コントロール研究。[会議録]。日本エイズ学会誌、13(4)、442。

牧野麻由子、古谷野淳子、加藤朋子、塚本琢也、北志保里、松岡亜由子、山中京子。(2011)。HIVカウンセリングの実践内容の明確化の試み。[会議録]。日本エイズ学会誌、13(4)、442。

第2章 チームで支援するHIV外来診療

1 初診

(1) 初診時の患者のおかれた状況

感染告知を受けて間もない患者は、自らの予後についての見通しを持ちにくく、学業や仕事、人間関係などを巡って将来が不透明であることへの不安を抱えやすい。また、臨床症状のある患者は、生命予後への不安も増大している。その上、初診時は患者にとって全く初めての医療機関やスタッフとの出会いの時であったり、そのこと自体が患者に緊張感をもたらすことも考えられる。何よりもまずそのような不安や緊張感を抱えながらも、何とか医療機関に足を運んだ患者をあたたかく迎え入れる姿勢が重要である。そのため初診時には、まず担当する医療者との間に安心できる人間関係を作ることと（チーム医療マニュアルP73、資料1参照）、押し寄せる様々な不安を整理し、今後の療養生活についてのある程度の見通しを立てる支援が必要であると考えられる。

註　本マニュアルの初診時にはHIV確認検査（Western blot法）で「HIV抗体陽性」と診断され、患者の持参データは「抗体陽性結果」程度であり、CD4陽性リンパ球数などのHIV診療に必要な検査は未実施な場合について説明する。

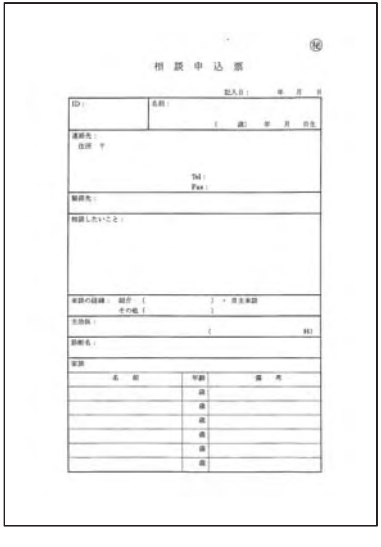
(2) チーム目標

初診時に得られた患者の身体的・心理的・社会的（経済を含む）背景等を総合的に把握し、チーム医療を通して問題解決をはかり、患者が長期にわたるHIV感染症の診療や必要な支援が開始でき

る。

① 心身ともに危機的状態から回復することができる
② 治療と療養生活の見通しを持つことができる
③ 定期受診の必要性を理解することができる（2回目の受診につなげる）

図2－6　カウンセリング導入時の同意書の例



相 談 申 込 票

ID：	名前：
連絡先： 住所　〒 Tel： Fax：	
紹介先：	
相談したいこと：	
来談の経緯：　紹介（　　）・自主来談 その他（　　）	
主治医：	（　　科）
診断名：	
家族	

名　前	年齢	備　考
	歳	
	歳	
	歳	
	歳	
	歳	
	歳	
	歳	

カウンセラー紹介

・リーフレット活用
・ガイダンス
・スクリーニング検査の活用

・紹介状の利用

ⅰ　カウンセラーの役割

①　カウンセリングや心理検査への導入

態度や表情のいかんに関わらず、受診への決断に敬意を払いつつ、迷いや不安など、通常抑制されがちな気持ちへの配慮がまず大切である。また、カウンセラーに会うということは、精神的な弱さや精神疾患を連想したり、HIVに関することしか相談できないと思っている患者も少なくない。患者やスタッフに対し、HIV感染症は生活や生き方に関わることであると理解してもらい、うまくカウンセラーを利用してもらう必要がある。カウンセリングの紹介リーフレットや紹介状など（チーム医療マニュアルP25、図2－5参照）を作成することも一つである。

患者数が比較的少ない場合は、カウンセリングのガイダンスや心理アセスメントを兼ね、スタッフから紹介してもらい、顔合わせを行うなどの方法がある。患者数が多かったり、多診療科のクライエントの予約などが多かったりする場合は、心理検査などのスクリーニング検査を導入したり、医師などのスタッフからの紹介状の書式を作成したり、カウンセリングを利用してもらうほうが良いと思う点や観察ポイントをスタッフに伝えるなどの工夫も一つである。紹介状の書式を作成する場合は、カウンセリングを紹介することが望ましいと思われる患者の状態像や観察ポイントをチェック項目として記載することで、スタッフにとってカウンセリングの紹介する状態を意識する機会となったり、依頼者側の動機をカウンセラーが理解する機会となる。

紹介を受ける際には、紹介するスタッフがカウンセリングを必要だと思った点を伝えてもらうことは、患者理解に役立ったり、医療スタッフとの連携に役立ったりするため、大切である。また、紹介を受け訪れた患者に対し、どのような説明を受け、どのようなことを考え感じ、カウンセリング利用に至ったのか確認を行い、動機や認知の確認を行う必要がある。さらに紹介先に、どのような点を報告するのか事前に説明を行い、同意を得ることも大切である。

もともと患者に不適応傾向や精神的な不安定さが認められたり、環境的にストレスがかかりやすい状況におかれていたりする場合には、HIV感染告知が契機となって、患者はさらに強い心理的危機を体験する。感染告知の以前から、あるいは感染告知後に何らかの精神症状や不適応状態、心理的葛藤が生じていないかどうかについて確認を行い、カウンセリング導入のための調整や、特に精神症状が強い場合には精神科受診のための調整を行う必要がある（チーム医療マニュアルP38、図2－8参照）。強度の不安や感情表出が観察される場合は、カウンセラーによる危機介入が必要となる。

図 2－7　カウンセリング導入時の同意書の例

臨床心理室のご利用にあたって

はじめに

1. 臨床心理室では、臨床心理士が心理相談を行っております。
2. 心理相談は、当院の診療科を受診し医師等により紹介を受けた方、およびご家族等を対象としています。
3. 心理相談は、臨床心理士との面接を重ね、心理的な悩みや問題を自ら解決しようとされる方で、下記の用件に同意を得た方に提供されます。

下記の用件について説明を受け、同意をされた方は
最後に署名をお願いいたします。

説明事項

1. 心理相談は原則的に予約制です。各回の心理相談の際あるいはお電話にて予約を取ってください。
2. 心理相談の時間は、原則として 1 回あたり 50 分間です。
3. 予約をキャンセルされる際には、必ず連絡をしてください。連絡先は、　　です。
4. 心理相談の初回は無料です。2 回目以降は有料となります。あなたの 1 回あたりの料金は当院の規定に従い 3,500 円です。身体障害者手帳をお持ちの方は 350 円です。生活保護を受給している方は無料です。毎回の心理相談が終了したあと、病院の会計窓口にてお支払いください。キャンセルされた場合、料金は請求いたしません。
5. ご家族などの方が心理相談を利用される場合は、依頼した診療科の初診手続き（無料）を行い、カルテを作る必要があります。その上で心理相談の利用料金をお支払いください。
6. 臨床心理士は原則的にあなたのプライバシーを保護します。ただし診療上必要な情報についてはカルテに記載をし、他の医療者と情報を共有することがあります。
7. あなた自身の健康や命に危害が及ぶことや、あなた以外の人の健康や命に危害が及ぶことについては、あなた自身がその責任を負います。臨床心理士がそれらの可能性があることを知った場合には、プライバシーの保護よりもそれらの可能性を回避することが優先されます。
8. 場合によっては、あなたにとってより望ましい医療機関等を紹介することがあります。
9. あなたには心理相談をやめる権利があります。
10. 心理相談の終結については、あなたと臨床心理士との話し合いによって決定します。

以上に関して説明を受け、了解いたしました。

年　　月　　日

説明者：　　氏名：

また、カウンセラーとの面接を患者が拒んだ場合は、さまざまな情報から患者への理解を深めつつ、スタッフへのコンサルテーションや協働で間接的支援を行う。

精神症状などは顕著に認められないものの、医療者から教育や情報提供がなされてもHIV感染症との今後の付き合い方を巡る心理的葛藤や不安が強い場合などは、カウンセリング導入について検討する必要がある。

② 心理アセスメント

カウンセラーは主に情緒面での支援を提供すると同時に、その患者の心理状態、発達段階、パーソナリティの特徴をアセスメントし、カウンセリングにおける関わり、またチームとしての方針を各職種とともに検討する。

「物覚えが悪くなった」「物事に集中できない」などの認知機能の低下が疑われる場合は精神科と連携し（表２－３参照）、精神機能障害や認知機能障害についてのアセスメントが必要となる。

HIV感染によりさまざまな状況におかれることが多いため（チーム医療マニュアルP21参照）、行動上の問題などが観察されなくても、カウンセリングへのガイダンスを含め、カウンセラーとの面接の設定やカウンセリング制度の紹介を行うことが望ましい。また、初診時や定期的に心理検査などのスクリーニング検査を用いることも一つの方法である。

1、不安や睡眠障害、対人関係などの心理状態やメンタルヘルスの状態
2、認知機能（高次脳機能）の状態

3、アルコール摂取や薬物の使用など心理・精神活動に影響を与える物質の摂取状況と行動への影響

などの心理アセスメントを行うことが望ましい。

アセスメント方法

・行動観察・面接
・心理検査

心理アセスメントでは、行動観察や面接、心理検査などを通し、心理状態をみる。特に、対人関係の持ち方やものの考え方のパターン、発達段階、感情の統制の状態、ストレス状況におかれたときの反応傾向などを査定し、受診行動や保健行動を予測したり、心理療法やカウンセリングの必要性を検討したりする。また、パーソナリティの特徴から精神障害の診断の補助を行うこともある。医学的診断とは違い、心理アセスメントは誰しもが持っているパーソナリティの強みと弱みの両方を査定し、個人への支援の糸口を見出すことに重点がおかれている。

HIV/AIDS医療で開発されたものとしては、JHDS（Japanese Version of the HIV Dementia Scale日本語版）があり、主に注意、精神運動速度、記憶想起、構成に関する神経心理検査で、HIV脳症のスクリーニング検査として活用されている。

HIV/AIDS診療でよく利用されている派遣カウンセリングの形態では、主に面接や観察による心理アセスメントが行われる。そこでは、上記のように患者の心理状態のアセスメントに加え、患者とカウンセラーや医療者との関係や、患者を含む医療チームの状況の心理的なアセスメントも行う。そして、それらのア

セスメント結果は患者との関係で顕在的・潜在的に生じる感情的な反応への支援の見通しや介入に活かされる。

表 2-3　精神科コンサルトの基準

記憶力低下、集中力低下、思考の緩慢化、巧緻運動能力の低下が認められる、または疑われる。―― HIV 脳症との鑑別
抑うつ気分、意欲・気力低下、喜び・楽しみといった感情の喪失、睡眠障害、性欲の低下、食欲の異常などの抑うつ症状が 2 週間以上、ほぼ毎日続く。
持続する睡眠障害（不眠、過眠）
常に心配事や不安があり、気持ちが落ち着かない。
大きなストレス（HIV 感染告知、喪失体験など）の後、苦悩、情緒・気分の不調のために対人関係、社会に適応できなくなる。個人の性格の偏り・脆弱性に因るところが大きい。―― 適応障害 ＊他の精神障害がなく、もともと社会的規範から逸脱した価値観を有しているために社会に適応できない場合は、有効な治療が困難である場合も多い。
考えなくてもよいと分かっていること或いは不合理な観念が強迫的に頭の中に浮かんできてなかなか離れない。同じことが気になって何度も確認してしまう。
せん妄
アルコールや薬物の問題を抱えている。
幻覚・妄想・自我障害などの精神病症状

③　危機介入

おもに、感染告知時や心理的問題、社会生活上のトラブルなどが発生し、患者が普段の対処方法では対応が難しい場合に、具体的な問題解決行動をとれるように援助することを目的としている。危機状態のアセスメントと、危機状態の理解（面接）、具体的介入が行われる。そして、実行後のフィードバックの面接という流れになる。危機的状況への介入、介入後フォローなど、短期間の間に 4 ～ 5 回の面接となることが多い。

危機介入は、取り扱われる問題やテーマが限定されていることから、面接構造は柔軟に対応できる特徴を持っている。しかし、パーソナリティや不適応な防衛機制（不安などが生じた場合、意識の安定を保とうとする無意識的な自我の働き）などをテーマとする場合は、対象者の不安を護るためにも面接構造に配慮する必要がある。

	テ ー マ　面接方法
危機介入	構造化 × 柔　軟
心理療法	柔　軟 × 構造化

④　危機状態の予防

他者からみて難問が発生している状況であったとしても、その反応は個人やタイミング、サポート状況によって異なり、難問発生状況であったとしても即時、危機状態というわけではない。危機状態とは、普段の対処行動で対応ができず、不適応な状況になった場合をいう。よって難問発生状況であったとしても危機状態を回避できるよう、生じうる心理的反応（抑うつ気分や気分の高揚）や行動障害（食欲不振や不眠など）を予め伝え、予測されない事態ということは避ける。そして、そのような事態が生じたとしても通常起こり得る反応であると伝え、保証する。次に、上記のような心理的反応や行動障害が生じたときに、手助けしてもらえそうな資源（人や機関など）をもっているか（あればそこを使うように）、もしくはない場合などは、他の機関の連絡先など社会資源を紹介する。

コラム　カウンセラーの視点

療養生活において、患者やその周囲の人々は様々な不安、迷い、葛藤に直面する。患者自身がそもそも大きな心理的課題を抱えている場合には、感染告知後の心理的苦悩がさらに強まることも少なくない。場合によっては非常に強い不安や抑うつなどの精神状態に加え、予防行動がとれない、服薬アドヒアランスが悪化する、定期的な通院が困難となるなどの行動が現れることがある。カウンセラーは、患者の阻

害されている患者の主体性が発揮されるようになることを目的に、臨床心理学的な支援を行う。カウンセラーの姿勢は、患者が自分自身の心に関心を払うことがその人本来の主体性を発揮する上で重要であるということ、また、一般論ではなくその人固有の困難さや葛藤、それに対するその人なりに納得のいく対処策を見つけることを重視する、つまり個別性に関心を払い尊重するという、職業的価値観に基づいている。

ii　HIV感染症と精神科診療

■精神科紹介において内科医が留意しておくべきこと

患者は元々の性格傾向、心理社会的ストレス、HIV感染そのものによる中枢神経系への直接的作用、あるいは抗HIV薬の副作用などから、様々な精神的苦痛、精神症状、認知機能障害などを生じうる。また、患者本人が抱える心理社会的問題、精神症状、認知機能障害は抗HIV療法に対するアドヒアランスにも影響を与える。HIVに関連した精神障害としては、HIV脳症（HIV関連認知/運動コンプレックス）、適応障害、物質関連障害（アルコールや薬物の乱用・依存）、気分障害（うつ病、躁うつ病、躁病）、不安障害、せん妄、精神病性障害などが挙げられる。

精神・神経症状を副作用として呈しうる代表的な抗HIV薬としてはEFVがある。EFVは抑うつ（希死念慮を伴う）、不眠、焦燥、幻覚、集中力低下などの多彩な精神症状を生じうる。こうした精神症状の出現は服薬開始直後から 4 ～ 6 週間に多く見られ、特に開始直後は十分な観察が必要である。重篤な精神症状を呈するのは精神疾患の既往、家族歴を持つケースが多い。また、HIV感染合併症の治療薬である副腎皮質ステロイド、アシクロビル、ガンシクロビル、イソニアジド、アムホテリシンなども副作用として

精神・神経症状を引き起こすことがあるため、注意が必要である。

抗HIV薬には向精神薬との相互作用が指摘されているものが多い。現在のところ、プロテアーゼ阻害薬を中心に、ピモジド、トリアゾラム、ミダゾラム等が禁忌となっている（チーム医療マニュアルP96～P98、表4－6、4－7参照）。また、プロテアーゼ阻害薬のほとんどは、フェノバルビタール、フェニトイン、バルプロ酸、カルバマゼピン等の抗てんかん薬との併用で互いの血中濃度を変化させる。

主治医は患者が抱える心理社会的問題や苦悩に理解と共感を示すとともに、例えばアドヒアランス不良の患者には抗HIV療法中断がもたらす現実も常に示しておかなければならない。患者に単なる恐怖感だけを与えないようにするためには医師と患者間の信頼関係構築が肝要であることは言うまでもない。また患者がHIV感染症、服薬方法と服薬の意義、薬の副作用について正確な理解ができているか、疑わしければその都度確認することも重要である。否認や逃避による防衛機制のためだけではなく、HIV感染による認知機能低下のために理解が不十分な場合もある。

■精神科医が留意しておくべきこと

- HIV脳症：HIV脳症はHIV感染者に起こる脳障害であり、AIDS期に顕著になる場合が多い。その症状は、いわゆる皮質下性認知症を呈し、記憶力低下、集中力低下、情報処理スピードの低下、思考の緩慢化、巧緻運動能力の低下を認め、さらには幻覚や妄想がみられる。末期には認知症に至り、無動無言の寝たきりとなり死亡する。近年の抗HIV療法の導入によりHIV感染症は長期間にわたりコントロール可能となりつつあり、HIV脳症の発病率は著明に減少した。しかし、HIV脳症の軽症型と考えられる軽度の認知および運動障害（milder cognitive and motor disord-

er：MCMD）の出現が新たに深刻な問題となってきている。同時に、HIV脳症は今もなおAIDSによる死亡原因の主要危険因子であり、未だにHIV診療において極めて重要な疾患である。

診断の際には前述の様な精神症状・神経症状を臨床的に確認するとともに、神経心理学的検査にて確認する。特異的な所見としては、髄液中のHIV抗体とHIVのPCRでの検出以外にはないが、他の脳障害を除外するために髄液検査や脳波・画像検査を行う。画像検査では、典型的には大脳皮質及び基底核の萎縮を認め、左右対称性の深部白質のびまん性の信号変化が認められる。脳波では前頭部あるいは全般性の徐波化が認められる。髄液検査では蛋白の増加や単核球を主とする細胞数の増加を認める事が多い。

前述の通り抗HIV療法の導入によって多くの症例でHIV脳症の進行が止まったり、神経症状の改善が認められたりするようになった。しかし、抗HIV療法中でもHIV脳症が発症する場合があることなどから、HIVそのものを根絶することができない現在の全身的治療法のままでは、HIV脳症も根本的に治療することはできないと考えられている。

- 物質関連障害（アルコールや薬物の乱用・依存）：覚せい剤などの違法薬物使用歴を持つ方が多い。また、複数の薬物の使用経験を持つ方も多い。薬物使用者全般の特徴であるが、薬物の使用が重篤な健康被害を起こすことを知りながらも、自身の健康被害を「否認」する場合が多い。ソーシャルワーカーやカウンセラーと協力しつつ、断薬への包括的な支援を行う必要がある。ダルク等のセルフヘルプグループが有効なこともある。
- 適応障害：HIVの感染を受け入れられない場合、抗HIV療法開始により患者の生活を変化させざるを得ず新たな生活環境に適応

できない場合、必要以上に副作用に過敏になることがある。

- 睡眠障害：不眠を主訴に精神科を受診するHIV感染者は多い。単なる睡眠障害ではなく、うつ病、不安障害、適応障害に罹患している場合が多い。
- 気分障害：一般人よりもHIV感染者の気分障害の有病率は高い。うつ病、躁うつ病、躁病といった気分障害のうち、HIV感染初期においては、抑うつ気分、意欲の低下、睡眠障害といたうつ病の症状を呈す場合が多い。睡眠調整、支持的精神療法、カウンセリングなどとともに早期に薬物療法を開始している。
- 不安障害：HIV感染者はあらゆる不安障害に罹患する可能性がある。不安に対処しきれずパニック発作を繰り返し生じ救急外来を受診する場合もある。不安障害に対する、一般的な薬物療法とともにカウンセリングや支持的精神療法を実施する。
- 精神病様症状：幻覚や妄想といった精神病様症状は、通常HIV感染症の後期合併症である。
- 中枢神経疾患：悪性リンパ腫、トキソプラズマ症、CMV脳症、PMLなどに伴い精神症状を発現することがある。
- 薬剤関連：副作用として精神症状が起きやすい抗HIV薬があり、抗HIV薬と向精神薬との相互作用にも注意を要する。前頁の「内科医が留意すべきこと」を参照のこと。

iii　心理アセスメントやカウンセラーへの紹介のタイミング

カウンセラーに患者を紹介するための心理アセスメントに当たっては、まずは初診時のオリエンテーションや診察の場面において、医療者からの働きかけに対して患者がどのように心理的な反応をするかについて、細やかに観察することが重要である。医療者が疾患に関する情報を提供したあとの患者の不安の程度がどの

ように変化するか、患者を情緒的にサポートする人の有無や、そのことに対して患者はどのように感じているか、自分自身の情緒を表出することに対する患者のニーズはどの程度のものか、その他患者の心理状態を医療者が意識して関わる必要がある。

治療に取り組んでいるチーム内で、“どうもこの患者は苦手だ”や“いらいらしてしまう”、“なかなか患者のことが覚えられない”など感情的に反応してしまう（もしくは全く感情を喚起しない）ときは、患者の心理状態が医療チームに影響を与えている場合が少なからずある。そういう場合にはカウンセラーに声を掛けてみるのも一考である。

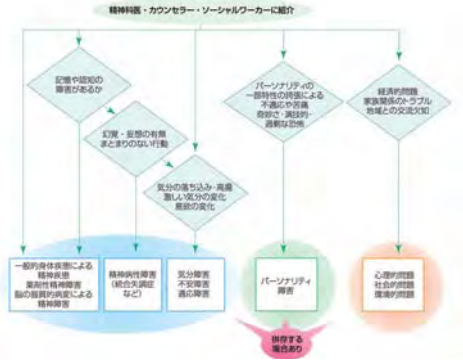
また、“分かっているのに遂行できない”や“つい（服薬や受診を）忘れてしまう”、“自分が自分でコントロールできない”などと話す患者の場合、カウンセリング導入のよい機会であろう。

上記のような点を意識しながら患者の心理状態やカウンセリングに対するニーズをアセスメントし、必要性があると判断された場合には、単にカウンセリングが利用できることを患者に伝えるだけではなく、医療者が持った患者の心理状態に対する印象を患者に伝え、患者と率直に話し合うことが大切である。医療者が必要と判断しても、患者がカウンセリング利用に対して消極的な場合は、患者のカウンセリングに対するイメージや認識を医療者が確認し、偏りが大きい場合はそれを修正したり、カウンセリングに対する敷居の高さを緩和する働きかけを行ったりすることが、円滑なカウンセリング導入の上で役立つ場合がある。ただし、カウンセリングに対する患者の抵抗感が非常に強い場合には、医療者の意見は患者に伝えつつも、医療者が患者の意思を尊重しており、機が熟すまで待つ姿勢を持っていることを患者に示すことは、医療者－患者間の信頼関係を作る上で重要であろう。

図２－８　精神科医・カウンセラー・ソーシャルワーカーへ紹介する際の観察ポイント

診察場面などで、下記のような点が観察される場合は、精神障害やパーソナリティ障害、心理的問題、社会的問題などの徴候が考えられるので、精神科医、カウンセラー、ソーシャルワーカーに紹介することを検討する。

睡　眠	食行動	対人関係	外　観
□ よく眠れていない □ 寝つきが悪い □ 途中よく目が覚める □ 朝早く目が覚める □ 眠った気がしない	□ 食欲減退・亢進 □ 拒食・過食・嘔吐 □ 偏食・異食 □ 人前では食べられない	□ 消極的・拒否的 □ 引きこもり □ 依存・過剰な期待 □ 被害・加害的認識 □ 話し方の不自然さ □ 無断欠勤・欠席	□ 清潔・着衣の乱れ □ 表情の乏しさ・不自然さ □ 頭髪の変化（抜毛・自己髪切断） □ 体痕（注射痕・傷跡） □ 姿勢（硬直・弛緩）
性行動	**受診行動・保健行動**	**気分・感情・記憶**	**その他**
□ 性欲の亢進・減退 □ 性的興奮の障害・勃起障害 □ 苦痛・嫌悪感 □ 性目標への葛藤	□ 不定期な受診 □ 不規則な服薬行動 □ 保健行動への無関心	□ 抑うつ気分 □ 緊張・不安 □ 涙もろさ □ 絶望感 □ パニック・恐怖感 □ 過度の心配 □ 物忘れ・健忘 □ 実感のなさ	□ 身体的愁訴 □ 衝動的行為（浪費・窃盗・賭博） □ 自傷他害行動 □ 儀式的行為（強迫） □ 過度の飲酒 □ 薬物依存・乱用 □ チック



⑤ 外来カンファレンス

チームで取り組むため、定期的にカンファレンスを開催し、情報の共有を図り、患者にとってのよりよい医療提供に取り組む。

i 目的

医師を中心とし、それぞれの専門職が患者情報やアセスメントの結果を持ち寄り、さまざまな角度から検討を行い、患者が抱える問題解決のためチームとしての総合的・包括的な援助方針について意思統一を図り、チームの治療方針に向けて各専門職が取り組む上での、基礎固めを行うことを目的とする。

ii 目標

- 適切かつ安心・安全な医療の提供
- 患者の継続受診による健康管理の維持
- 患者の健康レベルの向上・維持と社会的自立に向けた目標設定・ケアプラン・評価
- 他職種の役割の確認
- チーム内の役割分担

iii カンファレンスの方法

- 定期的に開催されることが望ましい。開催頻度は、患者数や診療の都合により1週間に1度～月に1度のペースが考えられる。
- 構成メンバーは、HIV感染症を診療する医師を中心として各診療科医師、看護師、薬剤師、（派遣）カウンセラー、ソーシャルワーカー等があげられる。必要に応じて、院内職員

のみならず、訪問看護師、保健師、派遣カウンセラー、NPO/NGOなど拡大した構成メンバーで行うこともある。
- 内容は患者の総合的・包括的な援助を実践していくために必要な課題等を中心に行う。各専門職から見た問題点の提示、問題点に関連のある情報の共有、目標と方針の共有、各問題に対し、各専門職のかかわりの確認や役割分担の確認を行う。
- カンファレンスでは各専門職が、専門の立場から意見を述べることが求められる。チームリーダーである医師は、各医師や各専門職種が話しやすい雰囲気を作ることに心がける。

2　2回目の診察

通常、次の外来受診は2週間後になる。患者は、初診に比べて、医療機関の機能やスタッフの役割などをおおよそ把握は出来ている可能性が高いが、前回の検査データが確認できる日であるため、初診とは異なる緊張感を持っていると想像される。初診に比べ、患者の身体状態や生活状況、心理的状態が具体的に評価され、治療方針が具体化するため、問題解決のための対策が明確になる。

(1)　2回目の患者のおかれた状況

患者にとって検査データが出揃う2回目受診時は、今後の治療に関する方針を検討する重要な時期である。

治療開始が必要であると判断された場合には、感染告知後に生じている様々な心理的葛藤が未整理・未解決のまま、治療環境への適応と服薬開始という課題への取り組みが求められることになる。患者の治療への疑問や戸惑いに留意し、経済環境や、社会的状況に治療が与える変化も考慮しつつ、患者自身が適切な自己決定ができるような支援が求められる。

経過観察で良いと判断された場合には、差し迫った危機的状態で

はないことを知った安堵感と同時に、積極的な治療がなされないことへの漠然とした不安感が残ることもある。場合によっては継続受診の動機づけが弱まり、受診が中断することもある。治療が開始にならなくとも、自らの心身に関心を払うことの重要さを患者と共有しておく必要がある。

(2) チーム目標

初診時から2回目までに得られた患者の身体的・心理的・社会的（経済を含む）背景等を総合的に把握し、患者のセルフケアレベルを確認しながら、必要な支援実施のための計画を立てる。

① 定期受診の必要性を理解し、実施できる
② 療養生活の中で、健康レベルやQOLを向上・維持し社会生活に臨める
③ 療養生活をおくるために必要なセルフマネージメント能力を身につける

ⅰ カウンセラーの役割

治療を開始するか否かに関わらず、初診後の数週間をどのような精神状態で過ごしたか、精神活動に変化はなかったか、また感染告知後に直面した様々な課題（周囲への告知など）にどのように対処したかといった点に関心を払い、話し合う時間を持つことは大切である。また、初診で危機介入や心理アセスメントを行った場合、その後の経過を聞き、患者がとった対処へのフィードバックなどの支援を行う。

カウンセリング継続を患者が希望する場合は、同意書などを用い、診療録への記載やカウンセラーとの連絡のとり方、費用など施設に応じたルールを共有することが大切である。そのことは後のカウンセリング関係に影響することがある。説明を行い、同意

を得ることで余計な不安が軽減できる場合もある。また、継続への動機や主訴なども確認する。

カウンセリングが継続されない場合や断られた場合、今後カウンセリングを利用しにくくならないように説明を行うとともに、次にカウンセリングを利用しようとされる場合に、予約のとり方や誰に申し込めばよいのかなどのガイダンスを行う。

再診時以降の受診時すべてに言えることであるが、初診時にはカウンセリング導入や精神科受診の必要性が認められなかったり、医療者の勧めに患者本人が渋ったりした場合も、常に精神状態の変化を観察し、必要に応じてカウンセリングや精神科受診へとつなぐことが重要である。

そのほか、カウンセラーや精神科医等へと紹介する際の患者の状態像やポイントに関しては、チーム医療マニュアルP38、図2-8を参照されたい。

① 外来カンファレンス

ⅰ 基本的には初診時と同様である（チーム医療マニュアルP39参照）。

ⅱ 特に再診以降の外来カンファレンスでは、通院中の患者のなかでも、身体的、心理的、社会的状況の変化や問題が生じた場合には取り上げ、問題点の共有とその背景や対応について検討を行い治療方針の微調整を行う場合もある。

ⅲ 抗HIV療法が開始されている場合は、アドヒアランスの維持など服薬支援を目標に加える。

3　3回目以降（服薬未開始）

検査データについて分かりやすく説明し、心身の状況および病状を把握する。抗HIV療法の開始基準に達している場合は、各職種と連携しながら、患者が安心して治療を開始できるようにする（チーム医療マニュアルP48参照）。また、抗HIV療法の開始基準に達していない場合でも、治療が必要なその他の疾患やCD4陽性リンパ球数の値によらない疾患などに留意し、診察にあたる。

HIV感染症の治療は長期にわたるため、患者の抱える様々な問題も変化する。患者が定期受診を継続できるような体制を整えることが必要である。

(1)　3回目以降の患者のおかれた状況

患者は告知後生じた心理的葛藤を自分でコントロールしたり、チームの専門職につながったりすることで解決の方向を見いだせたり、継続的な支援のもと社会生活や学校生活と折り合いをつけながら、時間を調整し療養を継続する時期である。また医療とつながることで発生する経済環境の変化にもチームで対応することにより、安心して継続療養が可能となる。医療者とも緊張感がとれ、自らが疾患についての疑問や生活についての相談もできるようになってくる。しかし、その一方で、検査と検査結果の説明のみの受診であったり、支援者の獲得ができていない状況がある。医療者はこのような患者に対し、あせらずじっくりと患者が疾患を受け入れていく過程とともにいる存在であることが望まれる。また、病状が安定しており、仕事などで平日受診しにくい患者には、夜診のあるクリニックや土曜日外来等の紹介も継続診療を維持するひとつの方法である。

⑵ チーム目標

2回の診察と面接結果から抗HIV療法の開始か未開始がおおよそ判断される（開始の場合、チーム医療マニュアルP54参照）。患者が適切な医療を受け続けられるよう必要な支援を行う。

① 定期受診の必要性を理解し、実施できる
② 療養生活の中で、健康レベルやQOLの維持・向上とともに病状に変化がないか注意する
③ 療養生活をおくるために必要なセルフマネージメント能力を身につける
④ 生活習慣病など合併症の予防およびコントロールができる

ⅰ カウンセラーの役割

感染告知を受けた直後の心理的動揺に対する介入を行った後も、患者のニーズがあればカウンセリングは継続される。HIV感染症との折り合いのつけ方について共に考える継続的なカウンセリングが求められる場合もあれば、HIV感染症罹患を知ったことを機に自分自身について見つめ直す作業を行う人に対して心理療法が必要となる場合もある。

カウンセラーは、今どのような心理的作業をすることが患者にとって必要かをアセスメントし、その理解を患者と共有しながらカウンセリングを継続する。また、そのような理解をある程度医療者とも共有し、カウンセリング関係を側面的に援助してもらえるように、あるいは、医療者の患者理解を促進できるように、医療者に働きかけることも重要な役割である。

また、カウンセリングが導入されていない、あるいは継続的なカウンセリングとならなかった場合も、カウンセラーは医療スタ

ッフとの連携や情報交換を行いつつ、スタッフの患者理解や支援を促進するよう努める。

① 療養生活のなかで社会的、環境的変化や、人間関係の変化、体調的な変化を体験
② 問題行動や感情統制の困難、精神症状の出現
③ 遅延的に生じる感情的な反応や身体症状化された反応

逆に医療者から見て患者に次の様なことが観察された場合は、カウンセリングや精神科へとつなぐことが重要である。その他、カウンセラーや精神科医等へと紹介する際の患者の状態像やポイントに関しては、チーム医療マニュアルP38、図2－8を参照されたい。

① 外来カンファレンス

特に2回目受診以降の外来カンファレンスでは、検査データや状態変化により治療開始の検討が必要な患者がいれば、開始時期についての検討を行う。また、身体的、心理的、社会的状況の変化や問題が生じた場合にはカンファレンスで取り上げ、問題点の共有とその背景や対応について検討を行う。

4 服薬準備期（抗HIV療法の開始が検討される場合）

(1) チーム目標

治療成功のために患者の病気に対する理解度と問題解決能力の把握を行いながら、ライフスタイルに沿った処方が決定されるまでの準備を行う。

① 阻害因子（患者側、医療者側、治療薬）のリストアップおよび問題解決を行う
② 病気に対する知識を身につけ、治療の自己決定ができるよ

う支援する
③　生活のリズムの形成とスケジュールの調整をする
④　服薬シミュレーションを通して問題の整理と調整をする
⑤　副作用について理解が得られるよう説明をする
⑥　薬剤耐性について理解が得られるよう説明をする
⑦　今後の医療費の見通しを持てるよう支援する。また、制度を利用するかしないかを自ら決定できるよう支援する
⑧　心理的問題に対応する
⑨　既往症、合併症がある場合に必要な診療科と連携し、治療の優先順位の検討および薬剤の相互作用に留意する
⑩　身近な支援者の確保をする

表2-6 服薬準備期のアセスメント・目標・活動

	アセスメント	チームの目標	援助
患者教育	・疾患の受けとめ方はどうか ・検査データに異常は無いか ・HIV-RNA 量、CD4 陽性リンパ球数、血清生化学、血糖、胸部レントゲン ・セルフマネジメント能力は備わっているか ・定期受診が継続できているか ・safer sex の必要性を理解し、実施できているか ・定期受診が出来るよう支援する	・病識と問題解決能力を把握し、セルフマネジメント能力を育成する	・治療開始のタイミングを逃がさず、セルフモニタリングができるように定期的に受診し、検査データの意味の理解と定期的な病状の把握を意識づける
服薬支援	・治療の必要性や注意点は理解できているか ・治療開始への気持ちはどうか ・生活リズムは整っているか ・食生活の改善が必要か ・生活リズムから服用パターンを検討し、服薬シミュレーションが実施できるか ・結婚・就職・転居等服薬継続への影響が考えられる予定は無いか	・治療の自己決定ができるよう支援する ・生活のリズム形成が出来るよう支援する ・服薬シミュレーションを通して問題点を抽出する	・服薬に関する知識（服薬の目的や方法、副作用など）を説明し、薬の実物を提示して薬剤や治療を身近にイメージしやすくする ・患者をとりまく環境を把握し、治療開始時期を検討する ・病気の進行、治療継続、治療上の問題、副作用出現などの患者の不安や疑問を把握し、解決できるように十分な情報提供を行い、積極的に治療方針の決定に参加できるよう支援する ・食事の習慣化など生活リズムが規則的に送れるよう必要性を十分説明し、日常生活に服薬を組み込ませ、実行可能な服薬方法を一緒に考える ・服薬スケジュールを患者とともに立案し、シミュレーションを行う
サポート形成支援	・サポート状況は整っているか ・身近な理解者 ・利用できる社会的資源（免疫機能障害・自立医療） ・服薬継続の意思はあるか	・安心して治療が継続できるよう支援	・家族や友人などへの病気を未告知の場合、受診を中断するケースがあり、治療継続は難しいため、身近な理解者を得ることを勧める。その際病気を告知できない理由を聞し、患者自身が理解者や時期を選べるよう時間をかけて支援する ・医療費の負担を軽減するために、身体障害者手帳や自立支援医療など活用できる社会資源の申請を進めていく
各科・各部門等との連携	・患者・家族に、治療上問題となる既往症や合併症があるか ・在宅支援の必要性があるか ・各職種（カウンセラー・ソーシャルワーカー・訪問看護師・栄養士・薬剤師・保健師・区役所の福祉課・NGO/NPOなど）による支援の必要性があるか	・各科や各職種との情報交換を行い、必要な支援が受けられるよう調整を行う	・合併疾患の状況によっては、その治療を優先し抗 HIV 療法の開始時期を検討する ・各科・各部門との調整が必要な場合は、情報交換をする ・在宅支援が必要か判断し、必ず患者の同意を得て地域スタッフとの連携を検討する

① カウンセラーの役割

服薬を開始することを了解しつつも、なかなか服用に至らない場合や、服用に不安や迷いを表明されることもある。服薬しようという意思と同時に迷いへの思いや行動にも関心を払い、服用にまつわる心理状態を患者自ら医療スタッフに表出できるように支援する必要がある。同時に、服用する／しないという迷いから、決断することをゴールにするのではなく、それを契機に、患者の思いや考えを丁寧に聞き、フィードバックを行っていくことで、主体性のゆらぎ

に共感しつつ、その回復を目指す。

また、服用することが一生続くという思いや、服用し続けることができるのかといった自分への自信のなさ、さらには周りのスタッフや自分自身が労力を割いてまで自分が生きていく意味があるのかといった迷いが表明される場合もある。そのような心理状態は、主体性を越えて病気の進行や治療が進んでいくなどの苦痛や苦悩のあらわれといえる。つまり、アイデンティティやスピリチュアルな苦悩など自らの根源的な問いでもある。さらに、うつや認知機能の障害など精神症状が背景にあることもあり、心理アセスメントや心理療法を提供したり、精神科にコンサルテーションを依頼するなども考慮に入れなければならない。カウンセラーは、迷いに付き添いつつ、患者自身がその迷いを医療スタッフに表明できるよう支え、医療スタッフとの関係を支援していくことも肝要である。

5 服薬開始時

(1) 服薬開始時の患者のおかれた状況

実際に治療開始という状況になった患者は、副作用や服薬継続への不安を抱えた状況や、治療開始することによる状態悪化防止への安堵感という複雑な状況下で服薬する。病気を告げていない他者に服薬を気づかれないようにすることへの負担、副作用が出現した時の対応なども含め、より具体的な不安に直面する。そのため、自己決定に揺らぎがないか、不安への対応について確認し、開始時期の選択を最終決定する。

(2) チーム目標

可能な限り患者自らの意思で服薬を開始、継続できるよう支援す

る

① 治療の目的、方法を説明し理解を得る
② 起こりうる副作用や問題について予測でき、対処行動が理解できているか把握する
③ 療養環境が整い、治療継続が可能な状況か確認する
④ 各職種から継続して支援が受けられるように調整する

表2-8 抗HIV療法開始時のアセスメント・目標・活動

	アセスメント	チームの目標	援助
服薬支援	・正しい服薬方法を理解しているか ・副作用観察とその対処法が習得できているか ・服薬継続への気持ちはどうか ・シミュレーションとで、服薬を忘れやすい原因を知り、その対処方法が習得できているか	・自らの意思で服薬を開始および継続できるよう支援する ・今後起こりうる副作用や問題について、予測できる病識や対処行動が理解できているか把握できる	・患者が治療を受け入れているか把握 ・病状や薬の副作用などの観察とその対処方法について理解できるように支援する
サポート体制の確保	・身近な理解者は存在するか、その理解者は病気についてサポートの方法を知っているか ・社会資源の受給を整っているか	・療養環境が整い、治療継続が可能な状況か確認する	・セルフマネジメント能力だけでは継続服用が困難と判断された場合、患者の同意を得て家族や友人の協力を依頼、病気の理解や援助の方法を確認する ・社会資源の利用方法を説明する
各科・各専門との連携	・合併症の知識の習得とコントロールはできているか ・在宅支援の受け入れは可能か	・各科・各職種からの支援を継続して受けられるよう調整する	・合併症の症状の観察、その対処方法について理解できているか確認する ・患者の服薬状況や理解度、セルフケアレベルなどと地域が提供できる支援などすり合わせる

6 服薬開始直後

(1) 服薬開始直後の患者のおかれた状況

服薬が実際に開始されると、職場での服薬など日常生活と服薬行動の間で起こる具体的な悩みや不安、問題が発生する。他疾患の場合と異なり、家族、友人、同僚など周囲の人に病名を知らせていない患者も多く、日々直面する問題を気楽に周囲にうち明け、気持ちを受け止めてもらい、対処方法を一緒に考えてもらう機会がない患者もいる。こういう周囲からのサポートが少ない患者の場合、服薬経験は患者を孤立化させ、不安感や負担感を強める場合もある。

また、服用開始早期に副作用が出現する場合には、苦痛を生じ日常生活に影響を及ぼすことになり、服用継続への不安を増強する場合がある。

⑵ チーム目標

患者の療養生活の中で抗HIV療法が確実に開始でき、継続に際し必要な支援が受けられるよう支援する

① 副作用症状が日常生活を送る上でどの程度の支障かどうかを確認する。
② ウィルス量が減少し検出限界以下まで低下する。
③ 開始時のCD4陽性リンパ球数が200未満/μLの人は200/μLを超える。

表2-9 抗HIV療法開始直後のアセスメント・目標・活動

	アセスメント	チームの目標	援助
服薬支援	• 副作用の観察が実践できているか • 副作用の程度、生活への支援状況、精神面への影響を観察し対処行動がとられているか • 検査データの異常はないか（血清、生化・血糖）	• 抗HIV薬内服が生活の中で安全で確実に服薬ができるよう支援する • 安心して薬物治療が継続できるよう支援する	• 服薬後の副作用症状の有無・観察・対処状況、服薬予定時間に内服できなかった場合の対処状況を把握する • 服薬チェックシートで、患者が服薬を自己管理したり、医療者が内服状況を把握したりする • 服薬相談する場合、何を、いつ、どこに、どのようにするかがわかり、行動できているか確認する • 検査データから副作用や治療効果を患者と共に評価する • 服薬継続の人的サポートが得られているか確認する
日常生活支援	• 体調の変化がないか • 食事・睡眠への影響がないか • 感染予防行動ができているか（safer sex）		• 免疫再構築症候群、日和見感染症の観察、対処方法がわかり行動可能か確認する • 食生活・睡眠状況・生活リズムが維持できるよう支援する • 感染予防行動の状況を確認・修正する

① カウンセラーの役割

服薬が開始されると、治療が開始されたということや、服薬するという自ら対処することが生じるということで一種の安堵感を覚える患者も少なくない。その一方で、一生飲み続けなければならないという病気であることや人生を強く意識させられることもある。

カウンセラーは、薬にまつわる話を聴きながら次のことに注意を払い、患者と接していく必要がある。

薬にまつわる話を聴くときに

- 薬を飲む場面は社会（日常生活）の場面であることを念頭に置き、それは人間関係の場面や葛藤の表れかもしれない
- 薬を飲むことで、病気を意識し、生きること、存在への疑問や意思の表れかもしれない
- EFVなどの薬の影響や、精神症状などの影響かもしれない

服薬による副作用に注意する。重い急性の副作用であれば、身体的なつらさや苦しさをもたらし、日常生活に重大な変化や制約を及ぼす。比較的軽い副作用であっても、それが長期にわたって続くと、毎日の気分に影響を及ぼし、生活全般の意欲の減退にまで波及していく。患者にとって、副作用は「薬をまじめに飲めば飲むほど起こってしまう」「ちゃんと飲んでいたのになぜ」と捉えられ、自分のまじめな努力に対してつらい結果がもたらされることに強いジレンマや不満を感じ、それらが服薬を継続していく意欲に影響を与える場合もある。自分の病気の進行に対処するために服薬は必要な行為と論理的あるいは理性的には考えられていても、上記のような心理的な反応は同時に起こりうる。カウンセラーは、患者の悩み、不安、ジレンマなどに寄り添い、患者の主体性を支援していく必要がある。そのような姿勢は、カウンセラーにとって他のスタッフからどのように思われているのか不安を生じさせることもある。日ごろから他のスタッフとのコミュニケーションを図ったり、他のカウンセラーとのカンファレンスや事例検討会などで支え合うことも大切である。

医療のなかでは、服薬は続けていくことが前提であり、不規則な服薬や中断は失敗と捉えられる傾向がある。そのため「飲めている

こと」には焦点はあたらず、「飲めていないこと」に焦点があたりがちである。カウンセラーは、この服薬行為を続けるために患者が毎日の努力を積み重ねていることを尊重し、時にはそれらの努力を積極的に評価する必要もあると思われる。できていること、つまり患者の「強さ」を認めることは患者をエンパワーし、患者自身の自己効力感を強化することを意識することも重要である。

服薬によるつらい副作用の出現や日常生活への継続的な拘束感・束縛感は、それらを抱えた人生を生きていくことに基本的な疑問を投げかけることもある。「なんのための人生だろう」、「薬を飲むために生きているのだろうか」といった自分の人生全体にかかわる疑問が患者の心のなかで頭をもたげる場合もある。カウンセラーは服薬を契機として患者が自らの人生について思索している場合もあることに留意すべきである。

また、患者の中には、今までの生育歴、生活環境、人間関係のあり方などからの影響を受け、告知される以前から生きる意欲があまり強くない人もいる。生きる意欲のなさは、告知以前から存在していたが、自分の生命の有限性を象徴的に意識させられる感染の告知や服薬の継続を契機に、それらが顕在化するという場合もある。生きる意欲が揺らいでいる場合、服薬の中断などに至ることもある。生きる意欲は生育歴、生活環境、人間関係のあり方と密接に結びついており、カウンセラーは、服薬に関する話を聴きながらも、生きるという視点での理解を一方で意識し関わる必要がある。

7 服薬継続時

(1) 服薬継続時の患者のおかれた状況

長期の療養生活の中で、患者は様々な変化を体験する。就職

や転職、昇進や転勤、引越しなどの社会的・環境的変化、結婚、恋人との別れや出会い、妊娠や出産、家族や友人との死別といった人間関係の変化、長期的な副作用の出現や、他の重篤な疾患への罹患など体調的な変化などが考えられるが、これらはすべて場合によっては多大なストレスの要因となりうるものである。一見状況の変化に対して適応しているように見えても、新しい状況へ適応を優先するあまり、服薬などこれまでこなせていたことができなくなったり、ストレスへの対処のためにアルコール等の物質やセックス等への依存が強まったり、感情の統制が困難になるなどの事態も生じうる。不眠や抑うつなどの精神症状が発現するケースも認められる。

本人に自覚されるような具体的な変化はなく、またHIV感染症に関する不安や心理的葛藤があまり顕著ではない場合でも、感染したこと自体に対する感情的反応が遅延して生じる場合がある。感染した当初は療養生活に適応することに必死であったために、たとえ本人であろうとも十分に意識することなく、抑圧された感情が時間の経過とともに「わけもなくイライラする」などの感情的な反応や、身体症状化された反応として生じている状態であると考えられ、受診中断や服薬自己中断に至る場合がある。また、抗HIV薬の副作用としての精神症状が生じる可能性についても留意する必要がある。本人にも自覚されにくく訴えられることがない場合もあるが、医療者が注意深く経過を観察することが大事である。

服薬状況が良好でも、薬剤耐性により予測したような治療効果がえられなかったり、無症候性の副作用が出現したりするなどして、薬剤変更を強いられる場合もある。免疫再構築症候群を起こし、入院しての日和見感染症の追加治療が必要になる場合もある。患者は、

日和見感染症の追加治療や薬剤の変更に対し、動揺、失望する場合もあるので、その後の服薬継続支援を強化して行う必要がある。

(2) チーム目標

患者の療養生活の中で抗HIV療法を続ける上で問題解決行動がとれ、安心して治療継続できるよう支援する

① 副作用症状が患者の療養生活で支障かどうか、また血液学的検査を行い継続が可能か否かを確認する
② 服薬継続する上で困難な課題があればリストアップし、必要な支援につなげる
③ ウィルス量が検出限界以下を維持する

表2-10 抗HIV療法開始半年以内のアセスメント・目標・活動

	アセスメント	チームの目標	援助
服薬支援	• 正しく服薬しているか • 副作用の観察が実践できているか	• 抗HIV薬内服が安全で確実に服薬が継続できると実感できるよう支援	• 服薬継続の逸脱や困難要因の振り返りを行い服薬行動を再検討 • 免疫再構築症候群の観察や医療者への相談行動がとれるか確認する • 副作用の観察や対処行動の実施状況から効果的な服薬行動であるか確認する • 検査データから副作用や治療効果を患者とともに評価する • 服薬後の副作用症状の有無・観察・対処状況、服薬予定時間に内服できなかった場合の対処状況を把握する • 服薬継続の人的サポートが得られているか確認する
日常生活支援	• 体調の変化がないか • 食事・睡眠への影響はないか • 感染予防行動ができているか（safer sex） • 心理・社会生活面からの影響はないか		• 日和見感染症の観察・対処方法がわかり行動可能か確認する • 食生活・睡眠状況・生活リズムが維持できるよう支援する • 感染予防行動状況を確認する

表2-11 抗HIV療法開始半年以降のアセスメント・目標・活動

	アセスメント	チームの目標	援助
服薬支援	・正しく服薬できているか ・副作用の観察が実践できているか ・結婚・就職・転居など服薬継続に影響する要因はないか	・生活にあわせた抗HIV薬の内服を自分で考え問題解決行動がとれるよう支援する ・安心して薬物治療が継続できるよう支援する	・長期服薬による副作用（乳酸アシドーシス、肝機能障害、高血糖、糖尿病、リポジストロフィー、高脂血症など）観察継続 ・副作用の観察や対処行動の実施状況から効果的な服薬行動であるか確認できていることを認め自己効力感を高める ・長期服薬継続中、ライフイベントや生活環境の変化へ服薬行動が対応できているか見守る ・服薬継続の逸脱や困難な場合、原因の振り返りを行い服薬行動を支援する ・検査データから副作用や治療効果を患者と共に評価する ・服薬継続の人的サポートが得られるか確認する
日常生活支援	・体調の変化がないか ・食事・睡眠への影響がないか ・感染予防行動ができているか（safer sexを含めて） ・心理・社会生活面からの影響はないか		・日和見感染症の観察、対処方法がわかり行動可能か確認できる ・食生活・睡眠状況・生活リズムが維持できるよう支援する ・感染予防行動状況を確認・修正する

① カウンセラーの役割

感染告知を受けた、あるいは服薬開始を巡る心理的動揺を経たあとも、患者のニーズがあればカウンセリングは継続される。HIV感染症との折り合いの付け方についてともに考える継続的なカウンセリングが求められる場合もあれば、HIV感染症罹患を知ったことや様々なライフイベントを機に、自分自身について見つめ直す作業を行う人に対して心理療法が必要となる場合もある。カウンセラーは、今どのような心理的作業をすることが患者にとって必要かをアセスメントし、その理解を患者と共有しながらカウンセリングを継続する。また、そのような理解をある程度医療者とも共有し、カウンセリング関係を側面的に援助してもらえるように、あるいは、医療者の患者理解を促進できるように、医療者に働きかけることも重要な役割である。

カウンセリングが導入されていない、あるいは継続的なカウンセリングとならなかった場合も、カウンセラーは医療スタッフとの連携や情報交換を行いつつ、スタッフの患者理解や支援を促進するよう努める。特に次の場合には、カウンセリングや精神科へとつなぐ

ことが重要である。

① 社会的、環境的変化や、人間関係の変化、体調的な変化を体験
② 問題行動や感情統制の困難、精神症状の出現
③ 遅延的に生じる感情的な反応や身体症状化された反応

その他、カウンセラーや精神科医等へと紹介する際の患者の状態像やポイントに関しては、チーム医療マニュアルP38、図2－8を参照されたい。

8 服薬中断症例への服薬支援

(1) 服薬中断症例の患者のおかれた状況

抗HIV療法は一旦開始されたら原則継続することが重要である。治療を開始した患者の中には何らかの理由で服薬中断に至る症例も散見される。例えば、服薬による副作用や生活への制限、仕事や生活の変化など様々な理由が予測される。

なんらかの理由により服薬中断となった場合は、患者は服薬行動から解放されたと感じる一方で、服薬をしていないことへの不安を感じている可能性がある。

(2) チーム目標

患者の思い、理解度、ADL、合併症など患者の状態把握と必要な援助をアセスメントし、支援するとともに、服薬中断に至った経緯を可能な限り情報収集し、服薬再開に向けて準備をする

① 患者の希望する治療意思と専門家チームの意見をすりあわ

せる
② 服薬を中断しても適切な医療が継続されることを保障する

① カウンセラーの役割

服薬中断の背景にはさまざまなことが考えられる。服薬中断の原因や理由を日ごろの患者に関する情報から心理学的に推測し、その対応を試みることも必要である。服薬や受診の中断を次の点から検討し、患者や医療スタッフへの支援を考えてみるのも一つである。

① 生きる（生きていく）ことの視点
② 認知機能などの判断や人格の影響などといった心理学的視点
③ 社会的な喪失体験の影響など、反応や危機状態としての視点
④ 精神症状など、主体性の揺らぎや自我機能の低下などの視点

服薬中断が充分に現実的に検討した結果の中断ではなく、実は長期的な療養生活の中での様々なストレスによって、燃え尽き（バーンアウト）状態を体験し、服薬維持が精神的に困難になったために服薬中断となったケースも認められる。このような場合には、まずは燃え尽き状態に対処するため、精神科の受診やカウンセリングでの対処が必要である。

同じ精神的理由による服薬維持の困難さであっても、バーンアウトとは異なり、ひとつの課題（仕事など）に継続的に取り組むことが難しく、些細なストレスによって行動が長続きしないケースがある。このようなストレス耐性の低さの背景には人格的な未成熟さな

どが推測される場合もあるため、精神科受診やカウンセリングの導入、周囲のサポート体制の整備などが必要となる。

そのほか、カウンセラーや精神科医等へと紹介する際の患者の状態像やポイントに関しては、チーム医療マニュアルP38、図2－8を参照されたい。

HIV医療における心理臨床ポケットガイド
病院のなかの臨床心理（暫定版）

初出一覧

・HIV医療とカウンセリング　…院内研修用2007010. 24. 版一部改訂、仲倉高広　大阪医療センター臨床心理室

・心理アセスメント　…2004年度講義用一部改訂、仲倉高広　大阪医療センター臨床心理室より

・HIV感染症患者のメンタルヘルスと精神医学的介入　…書下ろし　安尾利彦　大阪医療センター臨床心理室

・カウンセラーに依頼があってから初回面接までの間について～カウンセラーが想像することと面接に臨む際に活かすこと　…平成19年度北海道HIV/AIDS医療者研修会記録集より抜粋・一部改訂（仲倉高広　大阪医療センター臨床心理室、尾谷ゆか　北海道大学病院相談室臨床心理士担当箇所）

・カウンセリングを利用することに対して消極的、拒否的、無関心な陽性者への関わり　…伝えたい、学びたいHIVカウンセリング第 2 号、新潟大学医歯学総合病院感染管理部　古谷野淳子、牧野麻由子、高井暢子、2009年より抜粋（安尾利彦　大阪医療センター臨床心理室担当箇所）

・HIV医療への心理職のかかわり～精神科心理職とHIVカウンセラーの立場を経験して　…伝えたい、学びたいHIV

カウンセリング第 3 号、新潟大学医歯学総合病院感染管理部　古谷野淳子、牧野麻由子、高井暢子、2009年より抜粋（尾谷ゆか　北海道大学病院相談室臨床心理士担当箇所）

・チーム医療においてカウンセリングをどう伝えるか　…伝えたい、学びたいHIVカウンセリング平成21年 3 月、新潟大学医歯学総合病院感染管理部　古谷野淳子、牧野麻由子、永井典子、2009年より抜粋（牧野麻由子新潟大学医歯学総合病院感染症管理部カウンセラー担当箇所）

・派遣として新たなチームに参加する時に心がけていること　…伝えたい、学びたいHIVカウンセリング平成21年3月、新潟大学医歯学総合病院感染管理部　古谷野淳子、牧野麻由子、永井典子、2009年より抜粋（神谷昌枝東京都エイズ専門相談員）

・わかってほしいこと・望むこと　…伝えたい、学びたいHIVカウンセリング第 2 号、新潟大学医歯学総合病院感染管理部　古谷野淳子、牧野麻由子、高井暢子、2009年より抜粋（江口洋子　大阪HIV薬害訴訟原告団・遺族担当箇所）

・HIV医療と臨床心理学的な視点　…HIVと心理臨床-最前線からの報告：心理臨床の実践と課題、そしてあらたな展開にむけて…-、野島一彦、矢永由里子編著者、株式会社ナカニシヤ出版、2002年より抜粋・一部改訂（仲倉高広　大阪医療センター臨床心理室担当箇所）

・HIV感染症と心理アセスメント…HIVと心理臨床-最前線からの報告：心理臨床の実践と課題、そしてあらたな展開にむけて…-、野島一彦、矢永由里子編著者、株式会社ナカニシヤ出版、2002年より抜粋・一部改訂（仲倉高広　大阪医療センター臨床心理室担当箇所）

・グループ・アプローチ…HIVと心理臨床-最前線からの報告：心理臨床の実践と課題、そしてあらたな展開にむけて…-、野島一彦、矢永由里子編著者、株式会社ナカニシヤ出版、2002年より抜粋（仲倉高広　大阪医療センター臨床心理室担当箇所）

・HIV陽性者の神経心理学的検査の実施の手順…2011年研究用手順書一部改訂より抜粋（仲倉高広大阪医療センター臨床心理室）

・カウンセリング導入の効果　…書下ろし　富成伸次郎　京都大学医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学分野

・チームで支援するHIV外来診療　HIV診療における外来医療チームマニュアル　改訂第二版　厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究班」、研究代表者白阪琢磨の一部より抜粋