

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・維持に関する研究班

平成 18 年度 研究報告書

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

白阪 琢磨

目 次

■ 総括研究報告

- 1 服薬アドヒアランスの向上・維持に関する研究…………… 7
 主任研究者：白阪 琢磨（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター
 HIV/AIDS先端医療開発センター）

■ 分担研究報告

- 2 服薬開始および継続に関連する心理・社会的要因とその支援方法に関する研究…………… 1 5
 分担研究者：山中 京子（大阪府立大学 人間社会学部）
- 3 携帯電話を使った服薬支援ツールに関する研究…………… 2 5
 分担研究者：白阪 琢磨（独立行政法人国立大阪医療センター HIV/AIDS先端医療開発センター）
- 4 服薬継続困難症例へのケア支援に関する研究…………… 2 7
 分担研究者：池田 和子（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター）
- 5 抗 HIV 療法の実施状況と副作用調査に関する研究…………… 3 9
 分担研究者：栗原 健（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 薬剤科）
- 6 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…………… 5 1
 分担研究者：廣常 秀人（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 精神神経科）
- 7 社会・経済的困難例における服薬支援に関する研究…………… 5 5
 分担研究者：小西加保留（関西学院大学 社会学部社会福祉学科）

8 服薬支援としての薬剤耐性検査の意義に関する研究…………… 6 9

分担研究者：西澤 雅子（国立感染症研究所 エイズ研究センター）

9 抗 HIV 療法のガイドラインに関する研究…………… 7 3

分担研究者：中村 哲也（東京大学 医科学研究所）

参考資料 資料1 抗 HIV 薬 Q&A Ver.6.0…………… 7 7

資料2 クスリカード…………… 1 6 1

総括研究報告

1

服薬アドヒアランスの向上・維持に関する研究

主任研究者：白阪 琢磨（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター HIV/AIDS 先端医療開発センター）

分担研究者：池田 和子（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター）

栗原 健（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 薬剤科）

山中 京子（大阪府立大学 社会福祉学部）

小西加保留（関西学院大学 社会学部社会福祉学科）

西澤 雅子（国立感染症研究所 エイズ研究センター）

廣常 秀人（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 精神神経科）

中村 哲也（東京大学 医科学研究所）

研究概要

本研究の目的は、服薬に伴う精神・心理的、身体的負担を軽減せしめ抗HIV療法の効果を良好かつ長期に維持する事によりHIV感染者のAIDS発症および薬剤耐性HIV株の出現を阻止する事である。これまでの研究から、服薬に伴う精神・心理的、身体的あるいは社会的負担は稀ではなく、多くの患者に服薬継続困難要因があり、本研究の必要性が高いことがわかった。服薬アドヒアランスの向上・維持のために、医師、看護師に加え、薬剤師、臨床心理職あるいはMSWらで構成されたチーム医療による支援が有効であり、私たちの先行研究で外来診療におけるチーム医療マニュアルを作成した。平成18年度に本マニュアルに関する説明および検討会を財団法人エイズ予防財団による成果発表会など各ブロックで開催し、次年度に内容につき検討を加え、平成20年度までに改訂を行う。副作用に伴う服薬困難例への対策としてホームページ (<http://www.haart-support.jp>) 上で薬剤毎の情報提供画面を作成した。さらに、服薬（あるいは受診）の自己中断例の分析から、原因として、基礎疾患に精神疾患がある事、背景に種々の依存行動がある事、社会・経済的問題がある事などがあげられたが、少数ながら積極的介入によって服薬を再開、継続できた例があった。本研究では服薬継続が高度に困難な要因を有する事例での阻害、促進因子を分析し、有効かつ安全な介入方法の開発を進めた。HIV感染者が多い若年層はメールやインターネット利用率が高く、先行研究で開発した携帯電話による服薬支援ツールに改良を加え患者と医療従事者のニーズにあったツール開発を進めた。薬剤耐性HIV出現阻止と有効な抗HIV療法の継続のため、服薬を視点に入れた治療のガイドラインの改訂を行った。

研究目的

本研究目的は、抗HIV薬の継続的服薬に伴う精神・心理的、身体的負担要因と軽減のための対策を明らかにする事である。服薬を適切に継続できれば良好な治療効果を維持でき、AIDS発症と薬剤耐性HIV株出現も阻止できると考えられる。研究方法は患者側要因と施設側要因に分け、精神・心理的要因、経済社会的要因、薬剤の副作用、施設の在庫等の問題、診療報酬改定、自立支援医療導入の影響等につき研究を実施した。研究対象は、エイズ治療・研究開発センターやエイズ診療ブロック拠点病院から、全国の拠点病院等へと拡げる。

薬剤については、国内実施の抗HIV療法の組み合わせ、薬剤供給の現状、患者の副作用発現状況などを調査し、患者に必要なかつ的確な薬剤情報を収集し、ホームページを用いた情報提供ツール開発を行う。携帯利用による服薬支援ツールの改良を進める。障害者自立支援法施行による本人負担の服薬への影響を明らかにする。「外来診療におけるチーム医療マニュアル」については、今年度、いくつかのブロックで説明会を開催し、地域の拠点病院等で働く参加者との意見交換会を開催した。これらの成果を基に、次年度以降の改訂作業を進める。チームにおける心理・社会的支援専門

職種間での役割分担と連携の在り方を検討した。精神的要因については、今年度は問題点の抽出を行い、次年度に調査の実施を予定している。抗HIV療法も日々変化しており、わが国のHIV診療水準維持のために、わが国の実状に即した治療ガイドラインの改訂を行った。

研究方法

本研究では、後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針見直し検討会報告書（平成17年6月13日）を踏まえ、先行する厚生労働科学研究補助金エイズ対策事業「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」の研究成果に基づき、研究を進める。目的を達成するために、次の研究を計画した。1) チーム医療マニュアル作成 服薬アドヒアランスの向上・維持のためにチーム医療マニュアルを作成したが、本マニュアルを基に、対象を全国の拠点病院等へ拡げ服薬困難事例および介入方法の研究を行うために、各ブロックでマニュアルの説明会と意見交換会を実施した。2) 副作用情報ツール 患者への薬剤の副作用情報と対応法を提供するためにホームページの更新内容の検討を行った。

3) 服薬継続高度困難例への介入方法の開発 服薬継続高度困難要因を有する事例での阻害、促進因子を分析し、有効かつ安全な介入方法の開発を試みた。4) 服薬支援携帯電話システムの改良 既に開発した携帯電話による服薬支援ツールに改良を加えシステム開発の改善を検討した。5) ホームページによる副作用モニター等の充実 ホームページでの情報提供やホームページを用いた副作用モニターを充実した。6) 服薬治療のガイドライン 服薬を視点に入れた治療のガイドラインの改訂のための情報収集を行い、内容の検討を行った。

（倫理面への配慮）疫学研究に関する倫理指針を遵守し、研究対象者に対する人権擁護上の配慮、

研究方法による研究対象者に対する不利益、危険性の排除に留意し、患者へ説明を行い十分な理解（インフォームドコンセント）を得た。研究によって施設の倫理委員会の承認を得た。いずれの研究でもプライバシー保護に配慮した。

研究結果

1) ケア支援

ACCでの研修修了看護師で首都圏のエイズ診療拠点病院等で勤務者を対象に開催した事例検討会で、服薬継続困難例について経験事例数が少ない施設では服薬継続症例よりもシステムに関する問題点が指摘された。ACCの入院事例検討から在宅療養支援の現状と課題などが示された。

2) 副作用調査

a) 抗HIV薬の服薬と副作用に関する調査では全国の拠点病院に実施したアンケートから最も多かった処方方は、TDF, 3TC, EFV、次いでEZC, EFVと1日1回処方が多かった。副作用があると答えた患者は67%。その副作用で、生活に支障があると答えた患者は42%であった。副作用の内訳では下痢、中性脂肪の上昇、体がだるい、めまい・ふらつきであった。服薬継続に必要な項目として、「自分の意志」をあげる患者が最も多く、次いで「服薬を習慣化する」「規則正しい生活を送る」「薬の効果」であった。2002年調査との比較では、頻度の低下した項目は「自分の意志」、「薬の効果」、「治療法を信頼する」であった。また頻度が上昇した項目は、「規則正しい生活を送る」で上昇が見られた。服薬を困難にする理由として「薬を飲み続けねばならない」をあげる患者が最も多く、次いで「大きくて飲みにくい」、「他人の目が気になる」が上位を占めていた。服薬困難な理由の2002年調査との比較では頻度の低下した項目は

「副作用が強い」、「大きく飲みにくい」、「薬を飲み続けねばならない」が、それぞれ低下していた。

b) 拠点病院における抗HIV療法と薬剤関連調査の結果、AZT, NFVは経験症例数が増加するに従って、使用頻度は低下する傾向が見られ、TDF, TDV, LPV/r, ATV, RTVは症例数が増加すると共に、使用頻度も上昇する傾向が見られた。在庫調査結果から1患者あたりの在庫リスクと、1施設あたりの在庫リスクは年々増加傾向が伺われた。HIV薬の院外処方箋を発行している施設数に大きな変化は無かった。

c) ウイルス疾患指導料加算に関する調査の結果、回答のあった多くの施設は、受診患者数10名未満の施設であった。スタッフ数では医師数は1名が最も多、看護師数は1名が1/3、次いでゼロが1/3であった。薬剤師数は1名が半数、ゼロが1/4であった。

MSWは1名が41%、ゼロが36%であった。カウンセラー数はゼロが56%、1名が27%であった。自治体の派遣カウンセラーを加えて補正したところ、ゼロが52%、1名が34%であった。ウイルス疾患指導料加算の取得については31施設が申請していた。未申請施設の70%が受診患者数が10人未満であった。受診患者数の増加に従って、申請施設の割合が増加する傾向が伺われた。基準を満たしていない項目については専従看護師をあげる施設が最多であった。薬剤師については専任あるいは担当の薬剤師がないと言う回答が多く、MSWの問題点ではMSWがないと言う回答が多かった。自由記載で専従看護師の要件緩和に対する希望が多かった。

d) 薬剤情報提供については既存の薬剤情報を見直し、新規薬剤の情報を追加した。

3) 心理支援

a) 服薬継続に寄与する主観的な維持因子お

よび阻害因子を明確にし、それらの結果より専門職による服薬継続への支援のあり方を考察するため、昨年度と同一の条件とし、服薬を良好に維持している HIV 感染者および AIDS 患者に対して、面接調査を実施し、昨年度結果と今年度結果と統合し、分析結果の精緻化を行った。内的維持因子として、『基底意識カテゴリー』、『日常化自己戦略カテゴリー』、『自己管理意識カテゴリー』を提示した。それらの各内的維持因子と外的維持因子である医療者からのソーシャルサポートの関係性を検討し、その関連を一つのストーリーラインとしてまとめた。

b) 「HIV 診療における外来チーム医療マニュアル」の改訂に資するため、国内外の多職種連携およびチームワークに関する文献を検索し、連携の定義、連携の形態および連携形成プロセス、チームワークのモデルについて検討した。連携の形態には、打ち合わせ (conferring)、専門的助言 (consulting)、協力 (cooperating)、チームワーク (teamwork) があり、また連携形成プロセスでは、役割分離 (role separation)、過剰な期待と失望 (overestimation and disappointment)、現実的な評価 (realistic appraisal)、適応 (accommodation)、役割統合 (integration of roles) の発達的なプロセスがあることがわかった。チームワークのモデルとして、マルチディシプリナリー・モデル (multidisciplinary model)、インターディシプリナリー・モデル (interdisciplinary model)、トランスディシプリナリー・モデル (transdisciplinary model) が示され検討した。

4) 精神介入

国立大阪医療センターの HIV 感染者/AIDS 患者が精神科を受診する経路につき検討した結果、院内の免疫感染症科医師から勧められての

受診が最多（7割）であった。初診時の精神神経症状・気分状態・行動は、抑うつ、不安、不眠の占める割合が20%超と高かった。状態像は精神的なものから器質的なものまで多岐にわたっていた。精神科医師による診断分類によるとF3気分[感情]障害（うつ病エピソード他）がもっとも高く、F6成人の人格及び行動の障害（情緒不安定性人格障害他）、F0症状性を含む器質性精神障害（HIV脳症他）、F43.2適応障害と続いた。次に、HIV感染症患者が何らかの精神症状を訴えて精神科、神経科、心療内科等を受診した際に、患者の精神状態およびその社会経済的状況を把握するための調査票を作成した。

5) 薬剤耐性

HIV 薬剤耐性検査実施のための新たなシステムを構築した。ホームページを開設し薬剤耐性に関する基礎的な情報を掲載し、薬剤耐性検査に関する情報発信を行った。服薬支援に薬剤耐性検査の結果を生かしていく方法の必要性を検討した。

6) 服薬支援ツール開発

平成19年1月末日現時点で利用が確認された患者で大半が継続的に利用していた。患者からの服薬応答率は80%以上と20%未満との、ほぼ半数に分かれていた。

7) 治療ガイドライン

a) 追加あるいは変更した項目 平成18年度11月までに明らかになった新知見に基づき次の項目を追加または変更した。HAARTのキードラッグの選択、抗HIV薬の比較臨床試験の結果、初回治療に選択すべきHAARTメニュー、HAARTに必要な抗HIV薬の数、カレトラ錠・インビラーゼ錠の薬価収載、日本で使用されている抗HIV薬、CD4数が200以上の日和見感染、HAART開始時期とその後のCD4数。

b) 削除した項目 「母児感染予防(第X章)」

と「HIV診療における社会資源の活用(第XIII章)」。他のガイドラインやマニュアルとの重複を避けるために削除した。

考察

本研究から、服薬に伴う精神・心理的、身体的あるいは社会的負担が多く服薬例で認められ、本研究の必要性が高く対策方法の提示が医療現場で求められていることがわかった。阻害要因は患者側と施設側に大別され、前者には服薬行動に伴う精神・心理的、身体的、社会経済的負担や副作用による負担があり、後者には最新の薬剤等治療関連情報の収集の負担や、院内処方と薬剤在庫等の経費負担がある事が明らかになった。服薬支援のための外来チーム医療マニュアルの意見交換会での意見は有用であり、マニュアル改訂作業に活かす。研究から、患者側には服薬継続を促進する要因がある事も明らかになり、阻害要因の軽減に加え促進要因の増強をはかる様な服薬継続への支援方法の提示が重要と考えた。服薬支援のための各種ツールについては完成に向け研究を進める。

結論

服薬に伴う精神・心理的、身体的、社会経済的負担があることが認められた。阻害要因は患者側と施設側に大別され、それぞれの要因の解析を進めた。今後、阻害要因の軽減と促進要因の増強のための総合的支援方法を確立し、負担を軽減させ服薬アドヒアランスの向上・維持を目指す。

知的財産権の出願・登録状況

該当なし

研究発表

和文論文

- 1) 山中京子 「HIV 感染症をめぐる心理的不安の高まりとその対応—相談資源の利用と紹介を含んで—」『治療』第 88 巻 12 号、南山堂、pp. 2989-2994 2006 年 12 月

国際学会発表

- 1) Y Yamamoto, A Sasakawa, T Makie, T Shirasaka, Clinical Characteristics of Elderly HIV-1 Infected Japanese. 46th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Sep. 27-30 2006, San Francisco
- 2) T Ueda, M Itaya, K Tsuge, K Fujita, M Matsuda, M Nishizawa and W Sugiura. Reconstruction of HIV-1 full genome clones with *Bacillus subtilis*. XV International HIV Drug Resistance Workshop, 2006 年 6 月
- 3) J. Shibata, M. Nishizawa, M. Matsuda, W. Sugiura, F. Ren, and H. Tanaka. Analysis of Co-Evolution Between Mutations in Protease Inhibitor Resistance and in Gag. 7th Annual Symposium on Antiviral Drug Resistance. 2006 年 11 月

国内学会発表

- 1) 山中京子：「HIV 感染者の服薬日常化プロセスの分析—当事者にとって「病い」の経験としての継続的服薬とは—」。第 54 回日本社会福祉学会全国大会。2006 年 10 月、東京
- 2) 山田由紀、畑中祐子、池田和子、早川依里子、井上誉子、矢野麻子、武田謙治、大金美和、島田恵、岡慎一：国立国際医療センターに通院中の HIV 感染児への服薬支援の現状と課題。第 20 回日本エイズ学会、東京、2006 年 12 月
- 3) 池田和子、畑中祐子、大金美和、武田謙治、山田由紀、石垣今日子、井上誉子、矢野麻子、島

田恵、岡慎一：当センター HIV/AIDS 患者の受診継続支援の検討(1)。第 20 回日本エイズ学会、東京、2006 年 12 月

- 4) 畑中祐子、池田和子、島田恵、武田謙治、大金美和、石垣今日子、山田由紀、井上誉子、矢野麻子、岡慎一：当センター HIV/AIDS 患者の受診継続支援の検討(2)。第 20 回日本エイズ学会、東京、2006 年 12 月
- 5) 栗原健、吉野宗宏、佐野俊彦、小島賢一、日笠聡、白阪琢磨：拠点病院における抗 HIV 療法と薬剤関連アンケート調査結果(第三報)。第 20 回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2006 年 11 月
- 6) 栗原健、古金秀樹、衣笠浩子、白阪琢磨：ウイルス疾患指導料加算に関するアンケート調査結果。第 20 回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2006 年 11 月
- 7) 栗原健、吉野宗宏、永井聡子、小住好子、大金美和、奥村直哉、小山田純治、下司有加、織田幸子、白阪琢磨：抗 HIV 薬の服薬と副作用に関するアンケート調査。第 20 回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2006 年 12 月
- 8) 永井聡子、吉野宗宏、栗原健、下司有加、織田幸子、笹川淳、牧江俊雄、山本善彦、上平朝子、白阪琢磨：当センターにおける抗 HIV 療法の年次推移について。第 20 回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2006 年 11 月
- 9) 柴田潤子、西澤雅子、松田昌和、長谷川直紀、吉田いづみ、杉浦 互、任 鳳蓉、田中 博：抗 HIV 剤治療下における Protease と Gag の相互干渉と共進化に関する解析。第 54 回日本ウイルス学会、2006 年 11 月
- 10) 三浦秀佳、千葉智子、滝澤万里、松田昌和、西澤雅子、本多三男、杉浦 互：ヒト T 細胞由来レポーター細胞 MARRBLE を用いた臨床分離株薬剤感受性の評価。第 54 回日本ウイルス学会、2006 年 11 月

- | | |
|---|--|
| <p>11) 西澤雅子、加藤真吾、三浦秀佳、山本直樹、
杉浦互：細胞内におけるプロテアーゼ阻害剤の
薬剤濃度のモニタリング。第 20 回日本エイズ学
会、2006 年 12 月</p> <p>12) 岡本学、下司有加、織田幸子、松岡暖奈、
白阪琢磨：HIV 陽性者の制度利用と手続き代
行の必要性～陽性者の自立を支援する～。第
20 回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、
2006 年 12 月</p> <p>13) 安尾利彦、尾谷ゆか、仲倉高広、織田幸子、
下司有加、白阪琢磨：大阪医療センターにお
ける HIV 感染症患者の対人関係、メンタルヘ
ルスと認知機能に対する調査：第 1 報。第 20
回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2006
年 12 月</p> <p>14) 尾谷ゆか、仲倉高広、安尾利彦、織田幸子、
下司有加、白阪琢磨：大阪医療センターにお
ける HIV 感染症患者の対人関係、メンタルヘ
ルスと認知機能に対する調査：第 2 報。第 20
回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2006
年 12 月</p> <p>15) 仲倉高広、安尾利彦、尾谷ゆか、織田幸子、
下司有加、白阪琢磨：大阪医療センターにお
ける HIV 感染症患者の対人関係、メンタルヘ
ルスと認知機能に対する調査：第 3 報。第 20
回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2006
年 12 月</p> | <p>プログラム</p> <p>第一部 開催地の HIV 医療の現状(開催地か
ら)</p> <p>第二部 HIV 診療における外来チーム医療マ
ニュアル解説(国立大阪医療センター
から)</p> <p>第三部 総合討論</p> |
|---|--|

エイズ対策研究推進事業研究成果発表会

テーマ

HIV 診療における外来チーム医療

開催日時・場所・参加者数

平成 18 年 9 月 9 日(土)	仙台	33 名
平成 18 年 9 月 16 日(土)	大阪	93 名
平成 18 年 10 月 28 日(土)	沖縄	77 名
平成 19 年 3 月 10 日(土)	名古屋	71 名

分担研究報告

2

服薬開始および継続に関連する心理・社会的要因とその支援方法に関する研究

分担研究者：山中 京子（大阪府立大学 人間社会学部）

研究協力者：児玉 憲一（広島大学大学院 教育学研究科）

東 優子（大阪府立大学 人間社会学部）

山本 博之（東京福祉大学 社会福祉学部）

田垣 正普（大阪府立大学 人間社会学部）

栗原 健（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 薬剤科）

吉野 宗宏（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 薬剤科）

青木理恵子（NPO 法人チャーム）

研究要旨

研究 1 服薬継続に寄与する主観的な維持因子および阻害因子を明確にし、それらの結果より専門職による服薬継続への支援のあり方を考察するため、昨年度と同一条件で、服薬を良好に維持している HIV 感染者および AIDS 患者に対して面接調査を実施し、昨年度結果と今年度結果とを統合して、分析結果の精緻化を目指した。昨年度結果を整理し、内的維持因子として、『基底意識カテゴリー』、『日常化自己戦略カテゴリー』、『自己管理意識カテゴリー』を提示した。それらの各内的維持因子と外的維持因子である医療者からのソーシャルサポートの関係性を検討し、その関連を一つのストーリーラインとしてまとめた。**研究 2** 「HIV 診療における外来チーム医療マニュアル」の改訂に資するため、国内外の多職種連携およびチームワークに関する文献を検索し、連携の定義、連携の形態および連携形成プロセス、チームワークのモデルについて検討した。Germain によれば、連携の形態には、打ち合わせ (conferring)、専門的助言 (consulting)、協力 (cooperating)、チームワーク (teamwork) があり、また連携形成プロセスでは、役割分離 (role separation)、過剰な期待と失望 (overestimation and disappointment)、現実的な評価 (realistic appraisal)、適応 (accommodation)、役割統合 (integration of roles) の発達のプロセスがあることがわかった。また、チームワークのモデルとして、マルチディシプリナリー・モデル (multidisciplinary model)、インターディシプリナリー・モデル (interdisciplinary model)、トランスディシプリナリー・モデル (transdisciplinary model) について検討した。

研究 1 服薬良好維持群に対する面接調査（昨年度結果を基盤とする継続的研究）

研究目的

昨年度、本分担研究では、服薬継続に寄与する主観的な維持因子および阻害因子を明確にし、それらの結果より専門職による服薬継続への支援のあり方を考察するため、服薬を良好に維持している HIV 感染者および AIDS 患者に対して、面接調査を実施した。その結果、入院および発症経験のある 7 名と入院および発症経験のない 3 名、合計 10 名から面接の協力が得られ、その面接内容について分析と考察を行った。今年度は、面接対象者をさらに拡大し、入院および発症経験の有無

などの条件の違いによる維持・阻害要因の検討を行いつつ、昨年度研究結果の精緻化を目指して研究を展開した。

すなわち、今年度の研究目的は、

- (1) 服薬良好維持群における維持要因および阻害要因の分析結果の蓄積および精緻化
- (2) 専門職による具体的な援助方法の提示である。

研究方法・対象

(1) 調査対象

上記目的を達成するため、以下のような条件を有する対象群に対して面接調査を計画した。

すべての対象者に共通の条件として、昨年度と同様に、以下の条件を設定した。

- ① 感染経路：性行為による感染者
- ② 年齢：20歳以上60歳未満
- ③ 就労形態：常勤就労者
- ④ 服薬を良好に維持している者
 - ◆少なくとも調査時期前の6ヶ月間継続的にVLが50コピー以下
 - ◆この期間に自覚的な飲み忘れが一回以下
 また、以下に示す個別条件によって、対象者を2群に分けた。

第1群：

- ① 入院経験および発症経験のある者
- ② 比較的長期間の服薬者
- ③ 1日2回以上の飲み方の者

第2群：

- ① 入院経験および発症経験がない者
- ② 比較的短期間の服薬者
- ③ 1日1回の飲み方の者

第1群については、少なくとも3名以上の対象者への面接を実施し、昨年度調査対象者に加えて10名を目ざした。また、第2群については、少なくとも7名以上の対象者への面接を実施し、昨年度調査対象者に加えて10名を目ざした。

(2) 調査方法

面接対象者の紹介は、上記の条件を近畿圏にある医療機関の医療者に説明し、医療者を通じてそれらの条件を有する患者に協力を打診し、了解を得られた者に対して面接を実施した。

各面接における面接内容の統一をはかるため、昨年度調査で作成したインタビューガイドを用いて面接を実施した。面接は対象者が受診している医療機関内の個室で行った。

(3) 分析方法

面接内容の録音テープはすべて逐語的にテープ起こしをし、逐語録を作成した。この逐語録の内容をグラウンデドセオリアプローチによって分析した。すなわち、各逐語録の中で本調査の目的に関連する発言部分を抜き出し、その各部分を概念化した。今年度は、昨年度の調査によってすでに抽出された各維持・阻害因子と今年度調査によって導き出された結果を比較し、すでに抽出

された昨年度結果が今年度結果によって支持されるか否か、また新たな因子があるか否かを検討した。

(倫理面への配慮)

調査協力に関するインフォームドコンセントを実現するため、調査の概要（調査実施主体、調査目的、調査方法・手順、個人情報保護方法、など）については、調査協力を求める際に書面によって情報提供し、実際に面接開始前に、調査協力の同意を得た。逐語録作成にあたって、録音テープに録音されている個人名、機関名など個人が特定化されるおそれのある情報はすべて匿名化した。また、逐語録および録音テープの保管は、鍵のかかる研究室で行った。

研究結果

第1群に関して、目標であった3名の面接調査を実施した。しかし、第2群に関しては、調査依頼の時期、日程調整の問題などのために、面接調査を実施することができなかった。本報告では、第1群の結果のみを報告する。

(1) 面接対象者の基本属性

性別は、男性2名、女性1名であった。年齢は、30代2名、40代1名であった。家族・配偶者・パートナーと同居している者2名、独居の者1名であった。周囲への告知では、医療者および他の感染者以外には告知していない者2名、家族・パートナーに告知している者1名であった。

(2) 面接内容

① 内的維持因子

継続的な服薬維持に寄与する内的維持因子として、昨年度結果では、「生命維持への直結意識」「生活維持のための基盤意識」「日常生活との同一視意識」「日常生活化への自己戦略」「自己管理意識」が抽出された。本年度の3人に対する面接調査結果からも、上記5つの内的維持因子と同様の因子が概念化され、昨年度結果が支持された。

しかし、その一方で、新たに「周囲への責任意識」が抽出された。これは、生きていくことは周囲の人への責任を果たすことであり、そのための服薬であるという意識である。第1群では、対象者は、服薬の開始以前に日和見感染症や明らかな

日和見感染症ではないが HIV 感染症と関連する疾患の発症および入院経験があり、重篤な症状や治療が奏功しないという経験を持っている者もいた。また、そのような局面で、いままで経験したこともなかった周囲の人との交流や対話を持つ機会を得た者もいた。それらの経験は対象者にいままで意識しなかった自分の命を実感させ、過去の自分の人生を振り返らせ、そこから、自分の人生を支えてきた周囲の人々の存在（家族や配偶者）を改めて認識させていた。その結果、自分を支えるその人たちへの「責任」として生き続けることとそれを支える行為として服薬を位置づける意識が形成されたと思われる。

② 外的維持因子

昨年度結果では、継続的な服薬維持に寄与する外的維持因子として、「信頼できる専門的情報リソース」、「がんばりの証人・評価役」、「スタンバイしている支援」という医療者からのソーシャルサポートが抽出された。本年度の3人に対する面接調査結果からも、「信頼できる専門的情報リソース」、「がんばりの証人・評価役」の2つの外的維持因子が概念化され、これらの因子に関して昨年度結果が支持された。

また、昨年度結果は、周囲の人々からのソーシャルサポートとして、「病気を知っていても普通に接する支援」、「スタンバイしている支援」の2つが抽出されたが、今年度結果では、これらの因子は抽出されなかった。

考察

今年度抽出された因子の多くは昨年度結果を支持していた。これらの両結果を統合し、さらに、各因子の内容を再検討するとともに、因子間の関係について考察した。

(1) 内的維持因子

対象者の多くが、「生命維持への直結意識」（服薬を自分の生命の維持と直接的に関連づけて捉える意識）、「生活維持のための基盤意識」（服薬を自分の現在の生活を支えている基盤であると捉える意識）を持っていた。しかし、それらの意識について、対象者は「そのことは薬を飲む度毎に意識し、思い出しながら飲んでいるのではない。

日常生活ではそんなことは忘れて」と語っている。これらの意識は、服薬行為を動機づける最も基底にある意識であると言えるだろう。分析結果の精緻化にあたり、これらの意識をまとめ、『基底意識カテゴリー』と名付けた。

これら基底意識に支えられて、服薬行動が実際に開始されるが、その行動化の初期には、服薬を自分が毎日行っている日常的な行為（食事、おやつ、コンタクトレンズの装着など）と同一視する意識がまず獲得され、その意識の上に服薬を「日常化」する過程があり、その意識の上に立って、服薬行動を実際の日常生活に組み込むための「日常生活化への自己戦略」として携帯アラーム、ピルケース、手帳のメモなどが利用されていた。これらの意識をまとめ、新たに『日常化自己戦略カテゴリー』と名付けた。

このようにして、服薬行動が自分の日常生活に組み込まれてくると、服薬行動を実施できている自分に対する自信が形成されていた。また、ここでは、服薬行動を行う自己が強く意識されていた。この自己の強調には、毎日の服薬行動は「自己責任の遂行」であるという意識が作用していると思われる。再度データを分析した結果、昨年度結果では、「自己管理意識」として提示した因子を「自己管理への自信」と「自己責任の遂行」という因子に分け、それら二つをまとめ、新たに『自己管理意識カテゴリー』と名付けた。

(2) 外的維持因子

外的維持因子すなわち医療者あるいは周囲の人からのソーシャルサポートと内的維持因子の関係を検討した。

「信頼できる専門的情報リソース」として、医療者からのソーシャルサポートが肯定的に評価されている場面は、服薬導入時あるいは開始直後が多く、服薬行動が日常化された後には、このソーシャルサポートはほとんど言及されていなかった。医療者からの専門的情報は、すでに「生命維持への直結意識」や「生活維持のための基盤意識」をもつ対象者の意識を現実場面での服薬に向かわせる働きを持っていると思われる。しかし、ひとたび意識が現実場面、あるいは換言すれば日常場面向いた後の服薬の日常生活への取り込み

／定着過程では、医療者からのソーシャルサポートはほとんど意識されていなかった。医療者からのソーシャルサポートが再び意識されるのは、服薬が日常化され、自己管理できていると対象者が思えた後である。この時期に自己管理している自分自身を側面から見つめ続け、その努力を評価する支援あるいは今は必要ないがいざとなった時にはすぐ助けにきてくれる支援、すなわち「がんばりの証人・評価役」、「スタンバイしている支援」のほうがこの時期にはより強く意識されていた。

上述した各内的維持因子および各外的維持因子の関係を文末の図1に示す。

結論

継続的服薬における服薬維持因子を明確化するため、服薬を良好に維持しているHIV感染者およびAIDS患者に対して面接調査を実施した。今年度は、日和見感染症による発症経験、あるいは他疾患による入院経験のある3名に対して面接を実施し、その結果を昨年度実施した面接結果と比較検討し、昨年度結果の精緻化をめざした。その結果、内的維持因子は、『基底意識カテゴリー』、『日常化自己戦略カテゴリー』、『自己管理意識カテゴリー』に分類されることが判明した。また、内的維持因子と外的維持因子との関係性を検討し、一つのストーリーラインとして図示した。

研究2 多職種間連携およびチーム医療に関する文献研究（小西グループとの協働）

研究目的

「HIV診療における外来チーム医療マニュアル」の改訂に資するため、国内外の多職種連携およびチーム医療に関する文献を分析し、連携のプロセス、連携の形態および連携形成プロセス、チームワークのモデルについて考察した。

研究方法

連携およびチームアプローチをキーワードとして、心理学、社会福祉学、看護学などの和文著書および雑誌論文を検索し、主要な著書および雑誌論文の内容を分析した。また、英文文献では、上記の和文著書および雑誌論文における引用文

献を中心に文献検索を行い、主要な著書および雑誌論文の内容を分析した。

研究結果

(1) 連携の定義

「連携のプロセス」の分析に入る前に、その分析の前提となる連携という用語の定義を確認したい。欧米あるいは日本の研究者らによって現在までに提示された連携の定義を表1に示す。これらの定義を詳細に検討した結果、どの定義も連携の①主体、②目的、③行為と活動、に関する記述を含んでいることがわかった。それらを連携の定義における基本的要素と考え、各要素に関して若干の議論を行った。また、その議論に基づき、最後に本報告における連携の定義を提案した。

表1 欧米および日本の研究者による連携の定義

Germain (1984) ⁽¹⁾	専門職連携とは、単独では達成できないヘルスケアに関する目標を遂行するための、二つあるいはそれ以上の領域でのコミュニケーション、計画、行動等の交換プロセスである。
Andrew (1990) ⁽²⁾	専門職間連携は、異なった専門職が共通の目標を達成するために、独自の知識・技術・組織の展望・個人的態度を駆使して問題解決を行う時に起こる。
Abramson & Rosenthal (1999) ⁽³⁾	異なったグループに属して自立した実践家が、共同主導権を持ちながら共有問題を解決し、共通の目標達成を通じて行われる流動的なプロセスである。
高山 (1993) ⁽⁴⁾	保健・医療・福祉に関連する専門職および施設機関が従来の自己完結的な支援に留まらず、より一貫性の高い、総合的な支援を実施する目的で協力体制を築くこと。
前田 (1990) ⁽⁵⁾	異なる分野が一つの目的に向かって一緒に仕事をすることである。(中略)別々の組織に属しながら、違った職種の間で定期的な協力関係である。その時々いくつかの組織間の単なる連絡よりは、業務のうえで確立された協力関係といつてよい。
久保 (2000) ⁽⁶⁾	保健・医療・福祉の各専門職ないしは各機関がある共通の目標に向けて互いに協力しながら業務を遂行すること。
松岡 (2000) ⁽⁷⁾	主体性を持った多様な専門職間のネットワークが存在し、相互作用性、資源交換性を期待して、専門職が共通の目標達成を目指して展開するプロセス。

(この表は、松岡⁽⁷⁾が作成した表を原案とし、その原案からチームワークに限定した定義を除き、さらに日本の論者による定義を加えて、山中が修正・加筆して作成したものである。なお、英文論文からの引用は新たに山中が訳出した。)

① 連携の主体

【専門職と非専門職】

表1をみると、多くの定義が連携の主体を専門職と記述している。実際日本で連携という言葉が用いられる場合、専門職という言葉と共に「専門職間連携」や「専門職連携」という複合語として用いられることが多い。それほど連携は専門職間で展開する援助形態であるという認識が広まっている。

しかし、現在では一人の患者への援助は専門家のみならず、ボランティアや当事者であるピアサポーターやピアカウンセラーなど非専門的な援助者によっても担われており、これらの人々からの援助は専門家の援助と同時並行して行われる場合が多い。この現状を勘案すれば、連携の主体を従来のように専門職のみと狭く捉えるのではなく、Abramson & Rosenthal が定義の中で明確に提示した「多様だが各自自立した行為者（組織あるいは個人）」⁽³⁾というより包括的な概念で捉えるほうが援助の現状をより正確に反映し、妥当だろう。

【同一機関と外部機関】

また、主体の条件として共通してあげられているのは、お互いが異なった分野、領域、職種に属していることである。お互いが異なった分野、領域、職種に属している主体といった場合、病院内の場合には、まず始めに同一組織内の多職種を考えるだろう。しかし、上記の多くの定義は同一組織の枠を超え、異なった組織、機関、団体に所属する専門職や実践家を主体として規定している。疾患の慢性化傾向によって、援助は入院や外来診察を中心とする一機関内での援助から、在宅・地域生活での援助へと展開し、その結果院外の機関・施設・団体と共に進めていく援助へと多様化している。これらの変化によって、一つの組織の枠を越えた異なった組織間の連携が今後ますます

求められるだろう。

【援助者と当事者】

たとえば、専門職などの援助者だけでなく、家族や配偶者あるいは、時には本人を含んだメンバーによって、今後の治療や生活の方針を話し合い、決定する場をケースカンファレンスと呼び習わしている例も実践ではみられる。確かに、家族や配偶者は、今後本人が治療や生活を続けていくために欠かせぬソーシャルサポートの資源であり、その点では、他の援助者と立場を同じくしている。しかし、家族や配偶者自身も援助の過程の中で、自分が援助を必要とする当事者になる可能性もある。また、日常生活での服薬実践において、服薬を実践するための最大の資源は当事者自身であるとも言える。ただし、当事者本人あるいは家族・配偶者などと専門的あるいは非専門的援助者との関係は、相互性から検討すると、援助者同士の間での相互性に比べれば、互酬性は低いと言える。連携を援助者間の相互的行為という点から規定すれば、本人や家族などをその主体に含めることには限界があるだろう。

② 連携の目的

連携の目的は、多くの定義でごく簡略に、「主体間で共有されていること」のみが記述されている。ここで、あらためて確認すると、各主体は各々独自の目的を達成するために連携するのではなく、共通の目的を実現するために連携するのである。定義の中では、その目的に関するさらに具体的な記述は多く見られない。ただし、Germainはその定義のなかで「単独の分野（あるいは個人）だけでは達成できないあるいは充分には達成できない（中略）目標や職務」⁽¹⁾であると記述し、また高山は「自己完結的な支援に留まらず、より一貫性の高い、総合的な支援を実施する目的で」⁽⁴⁾と表現している。両者の記述は「連携」が単独援助者の限界性の認識を前提とすること、そしていままでの援助よりさらに多様で総合的な援助の実現を目指していることを示唆している。

③ 連携の行為・活動

各定義において連携の行為や活動に関する記

述は目的の記述と比べて非常に多彩である。その記述を分析すると「行為・活動のプロセス」と「関係性」という二つの内容に分類できる。

特に欧米の研究者による定義は、連携の「行為・活動のプロセス」という側面により着目しているように思われる。具体的な行為や活動として「問題解決」と「コミュニケーション、計画、行動の交換」などを挙げている。またそれらの行為・活動は単発で起こるのではなく、継続性、連続性、時系列性、発展性、双方向性などを特徴とするプロセスの中で起こると指摘している。

一方日本の研究者らの定義ではプロセスという言葉は松岡⁽⁷⁾以外には見あたらず、具体的な行為や活動の記述もない。その代わりに「協力体制」、「協力関係」、「互いに協力しながら」という表現が頻出している。このことより日本の研究者らが、連携を具体的な行為や活動という側面より主体間の「関係性」という側面から捉えようとしていることがうかがえる。また彼らはその関係性は「協力」という状態にあると繰り返し定義している。このことから、日本の研究者らが連携において「協力的な関係」を重要視していることが考察される。

いままでの基本的要素の検討を踏まえ、本報告における連携の定義をここに示す。連携とは、「援助において、異なった分野、領域、職種に属する複数の援助行為者（専門職や非専門的な援助者を含む）が、単独では達成できない、共通の目標を達成するために、相互促進的な協力関係を通じて行為や活動を展開するプロセスである」。

(2) 連携の形態および連携形成プロセス

Germain⁽¹⁾はヘルスケア領域における専門職間の連携に関してその著書の中で以下のような具体的な形態を示している。

a 打ち合わせ (conferring)

多職種間のインフォーマルな話し合いを示す。そこでは、クライアントに関する情報や判断、援助の方針や計画等が交換される。相互性が高い。

b 専門的助言 (consulting)

ある分野の専門家がその専門性に基づく知識や判断を他の分野の専門家に提供することを示す。相互性は比較的低い。

c 協力 (cooperating)

特定の問題を解決するため、多職種がお互いの活動を調整しながら、共に働くことを示す。

d チームワーク (teamwork)

共に働くことを目的に組織され、その組織化が継続的に維持されている状態。また、その組織が多職種間で認知されている点で、フォーマルな側面が強い。連携の最も組織化された形態

松岡⁽⁷⁾はこの形態を分析する概念軸として「公式性」と「相互関係性」を導き出している。「相互関係性」とは、松岡⁽⁷⁾によれば相互利益性、相互依存性、相互作用性を包括する概念軸である。もう少し具体的に言えば、「相互関係性」とは連携の行為・活動がお互いにとってどの程度利益となっているか、また連携によってどの程度助け合い、支え合いが起こっているか、あるいはお互いが影響しあっているかという程度を測る概念ということになるだろう。松岡は「公式性」に関して詳しい説明を行っていないが、Germain⁽¹⁾の記述からその意味を直接読みとると、「公式性」とは援助者間でその連携行為や活動がどれほど認知されているか、あるいは一つの形式としてどれほど定着しているかの程度を表す概念軸と言えるだろう。この概念軸を用いてGermainの連携形態を見れば、「打ち合わせ」は「相互関係性」は比較的高いが、「公式性」が低く、チームワークは「公式性」も「相互関係性」も高いという特徴をもっていると言える。

また、Germain⁽¹⁾は、連携の形成プロセスとして、以下の5つのステージを示している。

a 役割分離 (role separation)

連携の第一段階である。各領域や専門職は、いままで慣習的に行ってきた機能や役割に従って行動しようとし、各専門職の境界は明確に維持されている。各専門職間の関わりは、まだ抽象的で理論的なレベルにとどまっている。専

門的な関心や目標が似通った領域では、お互いの機能と役割が十分理解されておらず、役割葛藤や「縄張り争い」が起こる。

b 過剰な期待と失望 (overestimation and disappointment)

それぞれの専門職が、共有された目標を達成することの複雑さを認識するとその解決を焦るために、他の領域や専門職の知識や技術に過剰に期待したり、あるいは目標を達成するために必要な作業を過剰に単純化して考える傾向に陥る。そうすると、他の職種の仕事に対して、期待が裏切られたと失望したり、そのことに怒りを覚えることになる。この段階では、各専門職はまだ専門職独自の視点を患者ニーズの包括的理解の中に、十分統合できていない。

c 現実的な評価 (realistic appraisal)

しだいに各領域は共有された目標を達成するために他の領域がどのように貢献できるか自覚できるようになり、他領域に対して現実的な評価ができるようになる。この段階になると、専門職間の境界はそれほど強固ではなくなってくる。

d 適応 (accommodation)

各専門職間でお互いの違いははっきり認識されているが、援助すべき対象者やできごとを理解するにあたって、各専門職が自分の領域独自の考えを出しつつ、お互いを補い合えるようになる。

e 役割統合 (integration of roles)

この段階では、対象者やその状況の理解に関して、各専門職はそれぞれの領域専門性に基づいた断片的な思考から脱し、包括的で体系的な見方ができるようになる。各専門職は、他の専門職から学ぶことができる。この段階では、各専門職間で役割の重複が起こるが、どちらがその役割を行うかの調整はもっとスムーズで容易になる。各専門職は、お互いの領域の価値観、哲学、教育、知識、技術を理解し、尊重することができる。

(3) チームワークのモデル

Germain による連携形態の類型では、連携のも

っとも組織化された形態としてチームワークが提示されていた。実践の場面で連携について語る際、チームワークはもっとも頻りに用いられる用語であり、時には、連携をチームワークそのものと捉えている発言に出会うことすらある。そこで、ここでは、チームワークについてやや詳しくみていくことにする。従来ヘルスケア領域において、もっとも、多く言及されてきたモデルは、マルチディシプリナリー・モデル (multidisciplinary model)、インターディシプリナリー・モデル (interdisciplinary model)、トランスディシプリナリー・モデル (transdisciplinary model) であろう。ここでは、菊池⁽⁸⁾の説明を中心にこれらのモデルを紹介する。

a マルチディシプリナリー・モデル (multidisciplinary model)

チームに課せられた人命にかかわる可能性のある緊急の課題を達成するため、しばしば一人の人物の指示により、各専門職が明確な役割を果たすことに重点をおいたチームである。医療機関においては、指示を行う人物は医師であり、医師のリーダーシップによってこのチームの活動が統率される。人命にかかわる緊急の課題を達成するという目標を持っているため、このチームでは、各専門職の役割は、明確に規定されており、独立的な実践が基本となる。

b インターディシプリナリー・モデル (interdisciplinary model)

チームに課せられた複合的な、しかし緊急性がなく直接人命にかかわることが少ない課題を達成するために、各専門職がチームの意思決定に主体的に関与し、それぞれの役割を協働しながら果たすことに重点を置いたチームである。

c トランスディシプリナリー・モデル (transdisciplinary model)

チームに課せられた課題を達成するために、各専門職がチームの中で果たすべき役割を、意図的・計画的に専門分野を超えて横断的に共有した「役割開放」を行うチームである。

松岡⁽⁷⁾は、この3つのモデルを相互作用性、役割の開放性、階層性から分析し、表2のようなマトリックスを提示している。

表2 チームワーク・モデルの特徴

	相互作用性	役割の開放性	階層性
マルチディシプリナリー・モデル	小	無	有
インターディシプリナリー・モデル	大	一部有り	無
トランスディシプリナリー・モデル	大	有	無

(松岡⁽⁷⁾による)

また、菊池⁽⁸⁾は、「チームは与えられた課題を達成するために最も適したモデルを用いるものであり、実際のチームは達成すべき課題の多様性ゆえに多様なモデル（意思決定の方法と役割開放の有無の様々な組み合わせ）を用いる可能性がある」と指摘している。

考察

上記のような文献研究の結果から、今後の「HIV 診療における外来チーム医療マニュアル」の改訂に向け、若干の考察を行う。

服薬良好維持群に関しては、その服薬実践は、研究1で示されたように自己管理と院内医療職のソーシャルサポートにより、維持されると考えられる。しかし、さまざまな理由により、服薬の安定的な継続が困難な群に対しては、その対象者が生活している地域の支援資源、たとえば保健所、福祉事務所、NGO や NPO、介護支援施設などとの連携が必要となる。つまり、連携の主体は、同一施設内から施設外機関に広がる傾向はこれからもさらに強くなるであろう。院外施設や機関との連携を明確に視野にいたれたマニュアルの改訂が必要だろう。

Germain は、連携の形成プロセスの説明におい

て、連携が役割統合に至る過程においては、役割葛藤や「縄張り争い」、役割の過剰期待と失望といった援助専門職間の一見否定的な関係性が起こることを指摘している。また、連携の定義に関して日本の研究者による定義では連携における援助者間の「協力的関係」が重要視されていることを紹介した。Germain における役割統合のステージにおいては「協力的関係」が実現されているわけであるが、そこに至る過程では、「縄張り争い」、怒り、失望といった非協力的な関係が起こるのである。これら非協力的な関係が起こるのはごく自然なことだと言える。始めから協力的な関係性が作られるのではなく、結果として協力的な関係に至るのである。今後のマニュアルでは、このような葛藤や非協力的な関係性がおこる根拠を示して、その状態を過剰に問題視することによってかえってそれらが表面化することを回避させ、問題を温存させるのではなく、当然視することから出発して、葛藤や非協力的な関係性の解決方法を活発に検討して、提示することがぜひ必要であろう。

また、連携の萌芽期にある医療機関に対しては、連携の発達のプロセスを積極的に明示することによって、大きな変化の実現ではなく、小さな変化の実現から始めることが可能であることを伝えることが重要であろう。

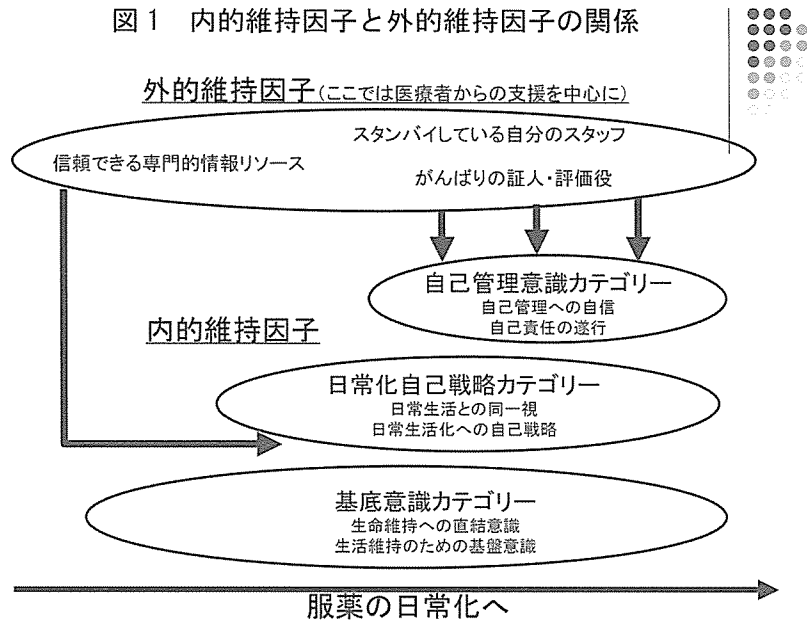
最後に、一般的なチームワーク・モデルの検討から翻って、HIV 診療におけるチームのモデルを再度相互作用性、役割の開放性、階層性などを軸に検討することにより、HIV 診療におけるチームのモデルをさらに明確に提示できるものと思われる。

結論

「HIV 診療における外来チーム医療マニュアル」の改訂に資するため、国内外の多職種連携およびチーム医療に関する文献を分析し、連携の定義、連携の形態および連携形成プロセス、チームワークのモデルについて考察した。Germain によれば、連携の形態には、打ち合わせ (conferring)、専門的助言 (consulting)、協力 (cooperating)、チームワーク (teamwork) があり、また連携形成

プロセスでは、役割分離 (role separation)、過剰な期待と失望 (overestimation and disappointment)、現実的な評価 (realistic appraisal)、適応 (accommodation)、役割統合 (integration of roles) の発達的なプロセスがあることがわかった。

図1 内的維持因子と外的維持因子の関係



文献リスト

(1) Germain, C., Social Work Practice in Health Care, Free Press, 1984, p.198-229
 (2) Andrews, A., "Interdisciplinary and Inter-organizational Collaboration", In L. Ginsberg, et al. (Eds.) Encyclopedia of Social Work (18th edition), NASW Press, 1990, pp.175-176
 (3) Abramson, J. & Rosenthal, B., "Interdisciplinary and Inter-organizational Collaboration", In R. L. Edwards (Ed.) Encyclopedia of Social Work (19th edition), NASW Press, 1995, p.1479
 (4) 高山忠雄「保健・医療・福祉の連携」、京極高宣 (監)『現代福祉学レキシコン』雄山閣出版、1993、76-77 頁
 (5) 前田信雄『保健医療福祉の統合』頸草書房、1990、13 頁
 (6) 久保元二「保健・医療・福祉の連携についての概念整理とその課題」、右田紀久恵ら (編)『社会福祉援助と連携』中央法規出版、2000、111 頁
 (7) 松岡千代「ヘルスケア領域における専門職間連携-ソーシャルワークの視点からの理論的整理-」『社会福祉学』第 40 卷 2 号、2000、17-37 頁

(8) 菊地和則「チームアプローチ」『リハビリテーション看護』学習研究社、2003、41-50 頁

健康危険情報

該当なし

研究発表

1) 論文

山中京子 「HIV 感染症をめぐる心理的不安の高まりとその対応-相談資源の利用と紹介を含んで-」『治療』第 88 卷 12 号、南山堂、pp.2989-2994
 2006 年 12 月

2) 学会発表

山中京子 「HIV 感染者の服薬日常化プロセスの分析-当事者にとって「病い」の経験としての継続的服薬とは-」、第 54 回日本社会福祉学会全国大会、2006 年 10 月、東京

知的財産権の出願・登録状況

該当なし