

## 4

## 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

研究分担者：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科・神経科）

研究協力者：安尾 利彦（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター臨床心理室）

早林 綾子（エイズ予防財団/独立行政法人国立病院機構大阪医療センター臨床心理室）

大谷ありさ（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター臨床心理室）

仲倉 高広（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター臨床心理室）

森田 眞子（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター臨床心理室）

藤本 恵里（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター臨床心理室）

関山 隆史（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター精神科・神経科）

吉田 哲彦（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター精神科・神経科）

## 研究要旨

全国のブロック拠点病院を対象に、HIV 感染症患者に対する精神医学的介入の状況と、精神科等の受診状況と保健行動の関連性について明らかにするための調査を行った。対象は、2005年4月から2006年3月までの1年間に、各施設を新規で受診した HIV 感染症患者とし、2008年3月までの精神科等の精神疾患に対応する当該診療科（以下精神科等）への受診状況および保健行動について、診療録から抽出を行った。6施設からの協力を得た。6施設のうち、精神科等が院内にない施設が1施設、精神科等はあるが入院病床がない施設が1施設あった。2005年4月から2006年3月までの新規の HIV 感染症患者数は、6施設の合計が462名であり、うち精神科等が院内にある5施設における新規の HIV 感染症患者は454名であった。454名のうち、精神疾患によって精神科等を受診したのは44名（9.7%）であった。新規の HIV 感染症患者のうち、全体の約1割が精神科等を受診しており、一定数の HIV 感染症患者に対して精神医学的介入が必要となることが明らかとなった。精神科等を受診するきっかけとなった症状・問題としては、感情の問題など心理的な問題が多かったが、中には脳症などによる認知機能の変化や障害や注意力・集中力の低下なども少なからず認められた。診断名は、不眠症、うつ病や抑うつ状態、適応障害などが多かったが、それに加えて HIV 脳症や PML など認められ、心因的なものから器質的なものまで、多岐に渡っていた。精神医学的介入のためのアセスメントの上で必要であると考えられるポイントとしては、初診時およびその後の経過の中で、抑うつ気分や焦躁気分など感情面、睡眠のパターン、注意力や集中力、精神運動速度の緩慢さ、物忘れなどの認知機能、不安の程度、ドラッグなどの物質使用、行動面での特徴や変化が考えられる。また、診断名から推測できるものとして、うつ病や抑うつ状態に先行して生じる倦怠感などの身体症状、適応障害に伴いやすいとされる不定愁訴が挙げられる。より効果的なアセスメントのために、今回明らかとなったポイントを含むようなスクリーニング検査などのアセスメントツールの導入の検討が求められると考えられる（例えば心身の状態を広くアセスメントする GHQ など）。精神医学的介入と保健行動の関連については、精神科受診群と精神科未受診群と比較したところ、受診中断率、服薬の自己中断率、抗 HIV 薬の飲み忘れ率、服薬時間の大幅なズレの率のいずれにおいても、精神科受診群において高い率であった。しかしながら精神医学的介入の時期やそれが保健行動に与える影響については明確になっておらず、今後更なる検討が求められると考えられる。

## 研究目的

これまで、大阪医療センターにおける HIV 感染症患者の精神状態および精神医学的介入状況について調査が行われてきた（越智ら、2005、廣常ら、2006）。

それによると、HIV 感染症患者の 17.5% に抑うつ傾向、24.3% に高い不安、13.0% に認知機能スクリーニング検査でカットオフポイントを下回る認知機能低下が認められた（越智ら、2006）。また、精神科受診をし

ている HIV 感染症患者の診断名としては、うつ病 (25%)、適応障害 (12.5%)、人格障害 (10.7%)、HIV 脳症 (7.1%) が高頻度で認められている (廣常ら, 2007)。しかしながら、高い抑うつや不安がありながらも、精神科を受診していない人が少なくない可能性も指摘されている (越智ら, 2005)。

以上のように、HIV 感染症患者の精神状態への介入の必要性が示唆されるが、これまでの調査は大阪医療センターに限られたものであり、HIV 医療における精神医学的介入に関する現状についての全国的な調査が必要であると考えられる。また、精神科等を受診していない人が少なくない可能性を考えると、今後必要に応じて精神医学的介入が適切になされるために、HIV 感染症患者の精神状態について適切にアセスメントを行うための方策についての検討が必要であると考えられる。

また越智ら (2005) によると、過去1か月以上前に抗 HIV 薬の飲み忘れがあった群では精神科受診歴がある感染者が多いことが指摘されている。また海外の多くの研究において、精神障害が抗 HIV 療法の服薬アドヒアランスを阻害する要因の1つとして関連付けられている (Whetten, et al, 2008; Pence, et al, 2007; Sternhell & Corr, 2002; Paterson, et al, 2000)。わが国においても、精神障害がある HIV 感染症患者の服薬行動などの保健行動について検討することが必要であると考えられる。

以上により、昨年度までの研究で作成した調査票をもとに、HIV/AIDS 医療における精神科受診の実態を明らかにすること、その結果を基に、HIV 感染症患者の受診早期から使用することが可能な、精神医学的視点によるアセスメントの方策について検討することを目的とする。また、精神医学的介入の必要性がある HIV 感染症患者における受診行動や服薬行動などの保健行動について検討することを目的とする。

## 研究方法

全国ブロック拠点病院の HIV 実務担当看護師に協力を要請し、調査協力を得られた施設に調査票を配布した。調査項目は以下の通りである。①各施設の HIV 感染症および精神疾患の診療状況、HIV 感染症を担当する診療科による精神科等との連携に関す

る評価、②精神疾患によって精神科等を受診した HIV 感染症患者について、受診のきっかけとなった精神症状、精神科診断名、③受診行動や服薬行動などの保健行動。①②③いずれについても調査の対象は、2005年4月から2006年3月までの1年間に当該施設を HIV 感染症のために新規で受診した HIV 感染症患者とし、2008年3月までの期間の状況を診療録から抽出した。また受診行動や服薬行動などの保健行動については、精神科等を受診した群と精神科等を受診していない群で比較検討を行った。なお保健行動については、患者からの自己申告によって医療従事者が把握しているものに限る。

## (倫理面への配慮)

診療録からの抽出を行ったが、個人を特定するような情報は調査項目に含めなかった。また大阪医療センターの倫理委員会において審査を受け、調査実施の承認を得た。

## 研究結果

①各施設の状況：6施設から調査協力を得た。累積 HIV 感染症患者数は、2008年3月末現在で100名未満が1施設、100名以上500名未満が3施設、1000名以上が2施設であった。2005年4月から2006年3月までの新規の HIV 感染症患者数は、6施設の合計が462名であり、10名未満が1施設、10名以上50名以下が3施設、100名以上が2施設であった。精神科など精神疾患に対応する診療科が院内にあるのは5施設であり、1施設には該当する診療科がなかった。精神科等がある5施設のうち、入院病床がある施設は4施設、入院病床のない施設が1施設であった。精神科等が HIV 感染症患者の診療に対して積極的であると感じるかどうかわりについて、「非常にそう思う」を5、「全くそう思わない」を1とした場合の評価は、5施設を平均すると4.0であった。また精神科等と HIV 感染症の診療科との間の連携が機能しているかどうかについても、同様に評価したところ、5施設の平均は3.8であった。

②各施設における新規患者の精神科等受診状況：2005年4月から2006年3月までの新規の HIV 感染症患者数の合計462名のうち、精神科等を持つ

5施設の合計は454名であった。454名のうち、精神疾患によって精神科等を受診したのは44名(9.7%)であり、精神科等を受診した患者がいたのは5施設中4施設であった。44名について、精神科受診時の平均年齢は36.8歳(SD=9.930)であり、HIV感染症による初診日から精神科等を受診するまでに要した日数は、平均して192.8日(SD=226.939、最小値0、最大値834)であった。

精神科等を受診するきっかけとなった症状・問題(重複回答あり)は、感情の障害と睡眠の問題が22名(50.0%)で最も多く、次いでストレスによる心身の状態の障害が9名(20.5%)、認知機能の変化や障害が4名(9.1%)、性格の偏りやそれと関連した行動上の問題が3名(6.8%)、精神作用物質の摂取と不定愁訴が2名(4.5%)と続き、注意力や集中力の低下、てんかん、痙攣、過呼吸、頭痛、自殺企図、自傷行為、抗HIV療法の副作用がそれぞれ1名(2.3%)、その他が5名(11.4%)であった。

それらの症状・問題に対してつけられた診断名(重複回答あり)としては、不眠症が11名(25.0%)で最も多く、次いで抑うつ状態が6名(13.6%)、うつ病と適応障害が5名(11.4%)、恐慌発作、HIV脳症、不安症、神経症、心因反応、境界性人格障害がそれぞれ2名(5.3%)、大うつ病性障害、躁うつ病、気分変調性障害、薬物性精神障害、幻覚妄想状態、統合失調症、パニック障害、てんかん、PML、器質性精神障害、クリプトコッカス髄膜炎がそれぞれ1名(2.6%)、不明が3名(6.8%)であった。

- ③保健行動：精神科等を受診している44名(以下精神科受診群とする)のうち、6ヶ月以上に渡る受診中断が認められたのは5名(11.4%)であり、精神科等を受診していない418名(以下精神科未受診群とする)のうち、受診中断が認められたのは28人(6.7%)であった。精神科受診群44名のうち、抗HIV療法が導入されているのは39名(84.0%)、精神科未受診群のうち抗HIV療法が導入されているのは194名(46.4%)であった。各群の服薬行動について検討したところ、抗HIV療法を自己判断で中断したことがある人は精神科受診群で5名(12.8%)、精神科未受診群で7名(3.6%)、抗HIV

療法の飲み忘れがあった人は精神科受診群で9名(23.1%)、未受診群で35名(18.0%)、服薬時間が前後2時間以上の大幅なズレがあった人は精神科受診群で11名(29.7%)、精神科未受診群で29名(14.9%)であった。

## 考察

①各施設の精神科等の診療状況：全てのブロック拠点病院から協力が得られていないため限定的な結果であるが、ブロック拠点病院の中に精神科等が設けられていない施設があること、また精神科等はあるが入院病床はない施設があることが明らかとなった。精神科等がある施設内では、精神科等のHIV感染症患者の診療に対する積極性や、精神科等とHIV感染症の診療科との間の連携度については中程度の評価であり、否定的な評価は認められなかった。

②精神医学的介入の状況：新規のHIV感染症患者のうち、全体の約1割が精神科等を受診しており、精神科等が併設されている施設の80%において精神科等がHIV感染症患者の診療を行っていた。施設の違いに因らず、一定数のHIV感染症患者に対して精神医学的介入が必要となることが明らかとなった。また精神科等の受診が必要となる時期については大きな幅があり、HIV感染症の初診時から直ちに精神医学的介入が求められる場合から、HIV感染症の長い療養生活の中で求められる場合まで、様々であった。中にはHIV感染症の初診当日に精神科等を受診するケースもあり、早い段階から精神医学的介入のスムーズな導入が求められる場合があることが推測される。精神科等を受診するきっかけとなった症状・問題としては、不眠などの睡眠の問題、抑うつなど気分の落ち込みや躁状態などの感情の障害、ストレスによる心身の状態の障害、性格の偏りやそれと関連した行動上の問題など、心理的な問題が多かったが、中には脳症などによる認知機能の変化や障害や注意力・集中力の低下なども少なからず認められた。また頭痛などの身体症状や不定愁訴も認められ、身体症状が精神医学的介入のきっかけとなる場合があることが推測された。診断名は、不眠症、うつ病や抑うつ状態、適応障害などが多かったが、それ

に加えて HIV 脳症や PML など認められ、心因的なものから器質的なものまで、多岐に渡っていた。

③精神医学的介入のためのアセスメント：本調査の結果から明らかとなったアセスメントの上で必要であると考えられるポイントとしては、精神科受診のきっかけとなった状態のまとめから、初診時およびその後の経過の中で、抑うつ気分や躁気分など感情面、睡眠のパターン、注意力や集中力、精神運動速度の緩慢さ、物忘れなどの認知機能、不安の程度、ドラッグなどの物質使用、行動面での特徴や変化が挙げられる。また、診断名から推測できるものとして、うつ病や抑うつ状態に先行して生じる倦怠感などの身体症状、適応障害に伴いやすいとされる不定愁訴が挙げられる。これらの点を踏まえてアセスメントを行い、精神医学的介入の必要性や時期、具体的導入について検討することが求められると考えるが、そのためにも今回明らかとなったポイントを含むようなスクリーニング検査などのアセスメントツールの導入の検討が求められると考えられる（例えば心身の状態を広くアセスメントする GHQ など）。

④精神医学的介入と保健行動の関連：精神科受診群と未受診群を比較すると、受診中断、服薬の自己中断、抗 HIV 薬の飲み忘れ、服薬時間の大幅なズレのいずれにおいても、精神科受診群において割合が高い結果であった。何らかの精神的な不調から精神科等を受診することと保健行動を取るものの困難さに関連性があることが示唆されるが、今回の調査では上記のような保健行動が取れないことが、精神医学的介入がなされた時期とどのように関連があるのかについては検討できていない。精神医学的介入と保健行動の関連については、更に詳細な調査が必要であると考えられる。また、精神科受診群では未受診群に比べて抗 HIV 療法が導入されている割合が高いが、これについてもどのような要因が考えられるのか、詳細な検討が求められると考える。

## 結論

各施設の精神科等の診療状況、精神医学的介入の状況、精神医学的介入のためのアセスメントのポイント、精神医学的介入と保健行動の関連などが明らか

かとなった。一定数の HIV 感染症患者に精神医学的介入が求められている一方で、精神科等が存在しない施設や入院病床のない施設が存在しており、各地域における既存の他施設等との連携が求められると考えられる。より適切に精神医学的介入が可能となるようなアセスメントの工夫と、その一助として今回明らかとなった精神医学的介入のためのアセスメントのポイントを含むようなアセスメントツールの導入の検討が求められると考えられる。精神科等の受診が必要となった人のほうがそうでない人に比べて受診行動や服薬行動などの保健行動に困難がある割合が高いことが明らかとなったが、精神医学的介入の時期やそれが保健行動に与える影響についてまでは明確になっておらず、今後更なる検討が求められると考えられる。

## 文献リスト

- 1) 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、31-47、2006。
- 2) 廣常秀人、仲倉高広、安尾利彦、尾谷ゆか、小川朝生、西野悟、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・維持に関する研究班 平成 18 年度研究報告書、51-54、2006。
- 3) 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.
- 4) Pence, B W, Miller W C, Gaynes B N, Eron J J. Psychiatric illness and virologic response in patients initiating highly active antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficit Syndrome* 2007; 44: 159-166.
- 5) Sternhell, Peter S & Corr, Mellissa J. Psychiatric morbidity and adherence to

antiretroviral medication in patients with HIV/AIDS 2002; 36: 528-533.

- 6) Paterson D P, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis, E N, Squier C, Wagener M M, Singh N. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine* 2000; 133: 21-30.

#### 健康危険情報

該当なし

#### 研究発表

- 1) 安尾利彦、早林綾子、大谷ありさ、森田眞子、藤本恵里、仲倉高広、下司有加、廣常秀人、白阪琢磨、大阪医療センターにおけHIV 感染症患者の精神状態および保健行動に関する分析：第一報。第22回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2008年11月
- 2) 早林綾子、安尾利彦、大谷ありさ、森田眞子、藤本恵里、仲倉高広、下司有加、廣常秀人、白阪琢磨、大阪医療センターにおけHIV 感染症患者の精神状態および保健行動に関する分析：第二報。Q第22回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2008年11月

#### 知的所有権の出願・取得状況

該当なし



## 5

## 服薬の開始および継続に関する心理・社会的要因とその援助方法に関する研究

研究分担者：山中 京子（大阪府立大学人間社会学部社会）

研究協力者：小西加保留（関西学院大学人間社会学部）

松岡 千代（兵庫県立大学看護学部）

## 研究要旨

HIV 医療におけるチームアプローチの推進に資するため、多職種によるチームアプローチの現状とその意識について明らかにすることを目的として、全国8ヶ所のブロック拠点病院のチームメンバーを対象に、質問紙調査を実施した。質問紙は本人および所属する医療機関とチームに関する基本属性の他、「多職種チームとチームアプローチに対する考え方」、「多職種チームに対する自分自身のかかわり」、「多職種チームの状況」に関する質問で構成された。

多くの回答者が、自分たちの通常チームを医師、看護師、薬剤師、カウンセラー、ソーシャルワーカーの5職種から構成されるチームと認識していた。また、拡大チームに関する結果では、半数近い回答者が在宅あるいは地域生活を支える訪問看護師とヘルパーを拡大チームのメンバーとしてあげており、ブロック拠点病院においても、院内チームのみならず、院外の地域スタッフとの連携・協働が実働していることを伺わせた。「多職種チームに対する考え方」、「多職種チームに対するかかわり方」および「チーム全体の状況」についてそれぞれ職種を要因にした一元配置の分散分析を試みたが、全体的に職種による差がほとんど見いだせなかった。ただその中で、唯一多重比較分析で有意差があったのは、「多職種チームに対する考え方」の中の「医師の中心性」についてであり、医師と薬剤師の間に差が認められた。しかし、それ以外の「多職種チームに対するかかわり方」と「チーム全体の状況」については職種による相違が見いだせなかった。このことは、実際のチームのかかわり方や全体状況に対してチームメンバーが同等の意識や態度であることを示しており、つまり HIV 医療チームはチームメンバー間で意識や態度に格差や齟齬のない多職種チームとして機能している状況であると考えられた。また、専門職としての経験、HIV 医療の経験による相違については、「多職種チームとのかかわり方」において「HIV 医療臨床・実践経験」による有意差が認められた。しかも、それが長くなればなるほどスコアの平均値が高くなる傾向が認められた。このことから、チームメンバーとしての実際的なかかわりは、HIV 医療の経験が長いほどプラスに働く傾向があることを示した。

## 研究1 HIV 医療におけるヘルスケアチームに関する研究

## 研究目的

HIV 感染者およびエイズ患者の服薬アドヒアランスの向上・維持に関して、多職種が協働して取り組むチームアプローチが推奨されている。診療報酬においても、多職種チーム体制に対してチーム医療加算が付加され、現在までに、チームアプローチの体制整備が進められてきた。チームアプローチに関して、現在までに職種間連携の具体的な方法の明確化に関する質的な研究や多職種が関わる事例報告・事例検討は多くなされてきたが、さらに規模の大きい

対象者に対する量的研究方法によるチームアプローチの研究は日本においてほとんどなされていない。本研究は、HIV 医療におけるチームアプローチの推進に資するため、量的研究方法により HIV 医療に従事する幅広いスタッフを対象とし、多職種によるチームアプローチの現状とその意識について明らかにすることを目的とする。この目的を果すために、まずチームアプローチに対する意識に関しては、「チームに対する考え」、「チームに対する自らの関わり」、「参加しているチーム全体の状況認識」の観点から検討し、さらに経験年数や職種等の基本属性による相違についても検討することとする。

## 研究方法

### (1) 研究対象

HIV 感染症の診療拠点として、その診療体制が重点的に整備され、チームアプローチに関しても一定の発展があると思われる全国8ヶ所のブロック拠点病院のHIV 医療チームに所属する各スタッフを対象として無記名自記式の質問紙調査を行った。

### (2) 研究方法

#### ① 調査方法

本調査は、研究対象に対して質問紙を配布し、回答後に返送してもらい郵送調査である。具体的には、全国8ヶ所のブロック拠点病院のHIV 診療責任者に本調査の主旨を説明し、調査の協力を得た。その診療責任者からHIV 医療チームのスタッフに対して質問紙を配布してもらい、回答後各スタッフから個別に郵送で質問紙を返送してもらうこととした。

#### ② 質問紙の内容

質問紙の内容は、回答者の基本属性に関する質問部分とチームアプローチに関する質問部分から構成された。

##### a. 基本属性

基本属性に関しては、年齢、性別、専門職種とその経験年数、HIV 医療の実践経験（年数、担当者数等）、所属病院に関すること（種類、ベッド数等）、HIV 医療チームについて（人数、メンバー職種、ミーティングの回数・時間、チーム参加の容認等）である。

##### b. 多職種チームアプローチについて

##### ・多職種チームとチームアプローチに対する考え方

この質問項目は、HIV 医療チームに参加しているメンバーのチームアプローチに対する意識を問うものである。

##### ・多職種チームに対する自分自身のかかわり

この質問項目は、チームメンバーに対して、自分自身のチームに対する参加や寄与の程度、チームとの一体感に関する意識を問うものである。

##### ・多職種チームの状況

この質問項目は、チームメンバーからみたチーム全体の状況に関する認識を問うものであ

る。

#### ③ 質問紙の質問項目の検討

質問紙の質問項目について、言葉の分かりやすさ、見やすさ、回答のしやすさ等についてA病院のHIV 医療チームに所属する医師1名、看護師1名、ソーシャルワーカー1名、カウンセラー1名の計4名に回答してもらい、意見を聴取した。その結果、いくつかの項目について回答のしにくさが指摘されたため、それらについて修正し、最終的な質問紙を作成した。

#### ④ データ収集期間

データ収集期間は、平成20年10月1日から平成20年11月7日までである。

#### ⑤ データ分析

収集された質問紙の回答は、まず単純集計によって回答の傾向について分析し、さらに対象者の基本属性別に相違があるかどうかについて分析を行うこととした。

### (3) 倫理的配慮

研究協力者に質問紙を配布する際には、質問紙の表紙に研究協力依頼を記載し、研究協力は本人の自由意思であること、回答を返送しない場合においても何ら不利益を被らないことを説明し、研究協力に関する強制力が働かないように配慮した。なお、質問紙の回収は、郵送による個別の返送としたため、質問紙の返送をもって研究協力への同意が得られたものとした。さらに、質問紙の自由回答欄への回答の引用に関しては、質問紙の最後に引用の諾否に関する記載を設けて、回答者からの同意を得るようにした。

プライバシーの保護について、質問紙は無記名で回答してもらい、個人が特定されるような情報は収集しないようにした。また、研究依頼書には、データは本研究以外の目的には使用しないこと等を記載した。

収集したデータは研究期間中、厳重に管理し、研究終了後は研究者が責任を持ってデータを破棄することとした。

## 結果

### (1) 回収率

質問紙の配布総数は129、回収数は100であり、



回収率は77.5%であった。

## (2) 単純集計結果

### ① 基本属性

#### a. 性別と年齢

回答者の性別は、男性40%(40人)、女性60%(60人)であった。

年齢の平均は40.3歳(SD=9.7)であり、年代別の内訳は以下のとおりであり、30歳代が33.0%と最も多く、次に50歳代26.8%、40歳代23.7%と続く(表1)。

表1. 年齢階層別

	度数	%
20歳代	15	15.5
30歳代	32	33.0
40歳代	23	23.7
50歳代	26	26.8
60歳以上	1	1.0
合計	97	100.0

#### b. 専門職種と経験年数

HIV 医療に携わるにあたって最も該当する職種を一つ選んでもらった。その内訳は以下のとおりであり、医師33.3%、看護師25.3%、薬剤師12.1%、カウンセラー11.1%と続く。「その他」の中には、歯科衛生士、歯科医師、研究員などが含まれていた。また、専門職としての経験年数の平均は15.0年(SD=10.5)であった。

専門職種と経験年数のクロス集計表は、文末表2のとおりである。

#### c. HIV 医療の臨床・実践経験

HIV 医療の臨床・実践経験年数の平均は6.7年(SD=5.4)であった。

また、これまでに担当したHIV感染者/AIDS患者のおよその人数の内訳は表3のとおりである。また、この1か月に担当したHIV感染者/AIDS患者のおよその人数は表4のとおりであり、回答者のHIV/AIDS担当患者数に幅があることがわかる。

表3. これまでのHIV/AIDS担当人数

	度数	%
10人未満	22	22.7
10人以上50人未満	30	30.9
50人以上100人未満	19	19.6
100人以上200人未満	9	9.3
200人以上	17	17.5
合計	97	100.0

表4. この1ヶ月のHIV/AIDS担当人数

	度数	%
0人	7	7.4
1人以上10人未満	37	38.9
10人以上50人未満	28	29.5
50人以上100人未満	14	14.7
100人以上	9	9.5
合計	95	100.0

#### d. 所属病院の種類とベッド数

回答者の所属病院の種類は、国立病院機構が51.0%(51人)、公立病院25%(25人)、国立大学病院24%(24人)であった。

所属病院の総ベッド数の平均は696.6床(SD=113.6)であり、またHIV/AIDS患者向けのベッド数の平均は、10.3床(SD=8.8)であった。それぞれの内訳について、表5と表6に示す。

表5. 所属病院のベッド数

	度数	%
600床未満	7	7.3
600~700床未満	34	35.4
700~800床未満	37	38.5
800床以上	18	18.8
合計	96	100.0

表6. HIV/AIDS患者向けベッド

	度数	%
10床未満	28	49.1
10~20床未満	14	24.6
20床以上	15	26.3
合計	95	100.0

## ② HIV 医療チームについて

### a. HIV 医療チームメンバーの職種と人数

HIV 医療チームの通常のメンバーの数の平均は15.4人(SD=7.2)であり、その詳細は表7のとおりである。また、通常のチームメンバーの職種に

ついて、当てはまる職種を全て挙げてもらったところ、通常チームの主要メンバーは、看護師、医師、薬剤師、カウンセラー、ソーシャルワーカーであった(図1)。「その他」の中では、歯科衛生士、歯科医師、情報担当官、事務職などが含まれていた。

表7. 通常HIV医療チームの人数

	度数	%
10人未満	11	11.3
10~15人未満	36	37.1
15~20人未満	20	20.6
20~25人未満	16	16.5
25人以上	14	14.4
合計	97	100.0



図1. 通常HIV医療チームの職種

(複数回答)

次に、在宅生活への援助時など、患者の状況によって通常HIV医療チームメンバーの数が変化する場合(拡大HIV医療チーム)、どの職種が加わるかについて回答を求めたところ、新たな職種は、訪問看護師、ヘルパー、行政担当者、ケアマネジャー、介護士、保健師などであった(図2)。拡大HIV医療チームメンバーの最大人数の平均は19.8人(SD=8.0)であった。

「その他」の中には、NPO・NGO職員、歯科衛生士、医事課職員等が含まれていた。

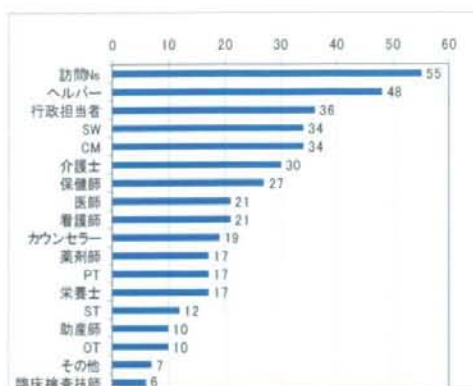


図2. 拡大HIV医療チームの職種

(複数回答)

## b. HIV医療チームのミーティング

HIV医療チームのミーティングについて、定期的な開催の有無を訪ねたところ、定期的なミーティングが「ある」との回答割合は95.9%(93人)、「ない」4.1%(4人)であった。

また、チームミーティングの頻度について、最も回答が多かったのは「週に1回」41.5%(39人)、次に「1ヶ月に1回」36.2%(34人)であった(表8)。

HIV医療チームミーティングの1回当たりの時間に関して、最も回答が多かったのは「60分」54.3%(51人)であり、「45分」16.0%(15人)、「30分」13.8%(13人)であった(表9)。

表8. HIV医療チームミーティングの頻度

	度数	%
毎日	1	1.1
2日に1回	1	1.1
2~3日に1回	2	2.1
3日に1回	4	4.3
週2回	1	1.1
週1回	39	41.5
2週間に1回	7	7.4
1ヶ月に1回	34	36.2
2ヶ月に1回	5	5.3
合計	94	100.0

表9. HIV 医療チームミーティングの時間

分	度数	%
25	1	1.1
30	13	13.8
35	1	1.1
40	2	2.1
45	15	16.0
60	51	54.3
75	3	3.2
90	6	6.4
100	1	1.1
120	1	1.1
合計	94	100.0

## c. HIV 医療チームの活動の承認について

自分が所属する HIV 医療チームの活動に関して、病院組織、所属部署、同僚から認められているかどうかについて尋ねた。所属部署と同僚から承認されている割合は、それぞれ 96.9%、95.8%とかなり高いが、病院組織からの承認割合は 87.2%であった(文末表 10)。

## (3) 多職種チームアプローチに関して

## ① 多職種チームに対する考え方

## a. 単純集計結果

「多職種チームに対する考え方」に関する質問項目に対して、「6. 非常にそう思う」から「1. 全くそう思わない」までの 6 段階で回答してもらった。それぞれの質問項目に対する回答の平均値等について示したものが文末表 11 である。

最も平均値が高かったのは、「1. チームアプローチは患者ケアの質を向上する」5.7、次に「2. チームミーティングは異なった領域のチームメンバー間のコミュニケーションを育成する」5.6、「13. チームメンバーが相互作用することによってより患者ケアの決定ができる」5.3、「7. チームメンバーとともに計画を立てることはミスを防ぐことにつながる」5.1 であった。

一方で、平均値が低かったのは、「10. 患者は、チームによるケアにはあまり満足していない」2.3、「チームミーティングに要する時間は、他で使う方が有効である場合が多い」2.3、「多職種による計画を立案するとき、多くの時間が他領域での専門用語の解釈に費やされる」2.7 などであった。

## b. 因子分析結果

「多職種チームに関する考え方」について、類似した項目の収束を試みて、因子分析を行った。なお、「12. 医師は、チームによってなされた決定に対して最終的な決定権を持つべきではない」に関しては反転項目のため、分析に先だって回答を反転させた。

各変数(項目)の回答分布について、歪度、尖度を用いて検討したところ、分布の偏りがみられた質問項目(歪度( $\geq |1.2|$ ), 尖度( $\geq |2.0|$ ))は、No. 1, 4, 7, 10, 13 の 5 変数であり、以下の分析から省くこととした(文末表 11)。

## ア. 因子分析 1 回目

残りの 14 変数について、因子分析(主因子法、プロマックス回転)を行ったところ、共通性が低い変数(0.2 以下)があり、No. 11, 15 を以下の分析から省くこととした。

## イ. 因子分析 2 回目

残りの 12 変数について再度因子分析(主因子法、プロマックス回転)を行ったところ、固有値が 1 以上の 3 因子が抽出された(文末表 12)。第 1 因子は、その意味内容からチームアプローチによるケアの質の向上を示していることから「ケアの質向上」と命名した。第 2 因子は、チームにおける医師のリーダー性や中心性を示しているためチームアプローチにおける「医師の中心性」と判断した。第 3 因子は、主にチームアプローチによる時間の浪費を示しているため「チームケアの時間的コスト」とした。

## c. 職種と経験年数による相違

## ア. 職種

職種に関しては、回答者数の多かった医師、看護職(看護師・助産師)、薬剤師、ソーシャルワーカー、カウンセラーに限定して分析することとした。

職種による平均値の差異を検討するために、従属変数を「T-1 ケアの質向上」「T-2 医師の中心性」「T-3 チームケアの時間的コスト」、因子を「職種」として一元配置分散分析を行った。さらに、どの職種間で相違が認められるかについては、多重比較(Bonferroni 検定)を行って検討した。

その結果、職種間で有意差が認められたのは

「T-2 医師の中心性」であり、多重比較の結果、「医師」と「薬剤師」の間に意識の差が認められた。すなわち、「薬剤師」は「医師」に比べて、多職種チームにおける「T-2 医師の中心性」をより高く認識していることが示された。

#### イ. 経験年数

HIV 医療チームメンバーのこれまでの経験による相違を検討するため、従属変数を「T-1 ケアの質向上」「T-2 医師の中心性」「T-3 チームケアの時間的コスト」、因子を「専門職としての経験年数」、「HIV 医療臨床・実践経験」として一元配置分散分析を行った。

その結果、「専門職としての経験年数」による相違は認められなかった（「T-1 ケアの質向上」(F=1.039, p=.379)、「T-2 医師の中心性」(F=1.317, p=.274)、「T-3 チームケアの時間的コスト」(F=1.780, p=.156)）。

また、「HIV 医療臨床・実践経験」に関しても相違は認められなかった（「T-1 ケアの質向上」(F=1.040, p=.391)「T-2 医師の中心性」(F=2.360, p=.059)「T-3 チームケアの時間的コスト」(F=2.334, p=.061)）。

### ② 多職種チームに対するかかわり

#### a. 単純集計結果

回答者自身の「多職種チームに対するかかわり」に関する質問項目に対して、「6. 非常にそう思う」から「1. 全くそう思わない」までの6段階で回答してもらった。それぞれの質問項目に対する回答の平均値等について示したものが表14である。

回答の平均値が高かったのは、「2. 私は、チームケアの中で自分の専門知識を活用している」4.8、「3. 私は、チームの計画立案時に、患者や家族の希望や目標を常に考慮している」4.8、「1. 私は、チームケアにおいて、他専門職が貢献できる部分を明確に知っている」4.6、「6. 私は、チームにおいて自分の領域に課せられた役割を果たしている」4.5などであった。

一方で、平均値が低かったのは、「14. 私は、ミーティングに積極的に参加していないメンバーがいる場合、引き入れるようにここがけている」3.4、「12. 私は、どういうときにチームがうまく機能していないかわかっている」、「13. 私は、チ

ームの機能を改善するために効果的に介入している」3.7などであった。

#### b. 因子分析結果

「多職種チームに対するかかわり」に関する21変数について、変数の収束が可能かどうかを判断するため因子分析（主因子法、プロマックス回転）を実施した。なお、分析に先だって各変数の回答分布を歪度・尖度によって検討したところ、分布の偏りが著しい変数は認められなかった。

因子分析の結果、初期の固有値に関して、第1因子11.283、第2因子1.283、第3因子1.116と、第1因子の固有値が他の因子に比べてかなり大きく、1因子構造であることが推測された。従って、21変数の合計得点でもって「多職種チームに対するかかわり」尺度とした。21変数から構成される尺度のクロンバック $\alpha$ 係数は.954と非常に高く、内的一貫性信頼性はあると判断した。

#### c. 職種と経験年数による相違

##### ア. 職種

職種による平均値の差を検討するために、従属変数を「多職種チームに対するかかわり」、因子を「職種」として一元配置分散分析を行った。その結果、職種による有意な差は認められなかった (F=.283, p=.096)。

##### イ. 経験年数

HIV 医療チームメンバーのこれまでの経験による相違を検討するため、従属変数を「多職種チームに対するかかわり」、因子を「専門職としての経験年数」、「HIV 医療臨床・実践経験」として一元配置分散分析を行った。

その結果、「専門職としての経験年数」による相違は認められなかった (F=2.259, p=.087)。

一方で、「HIV 医療臨床・実践経験」による有意な差が認められた。さらに、どの水準間で相違が認められるかについて多重比較を用いて検討したところ、「1年未満」と「10年以上15年未満」「15年以上」、「1年以上5年未満」と「15年以上」、「5年以上10年未満」と「15年以上」との間に有意差が認められた（文末表15）。

以上のことから、多職種チームに対する自らのかかわりについては、専門職としての経験年数ではなく、HIV 医療の経験年数の長さが影響

しているといえ、長い方が自ら積極的にチームにかかわっている傾向のあることが示された。

### ③ チーム全体の状況

#### a. 単純集計結果

回答者からみた自分の所属する「チーム全体の状況」に関する意識に関する質問項目について、「6. 全くそのとりである」から「1. 全く当てはまらない」までの6段階で回答してもらった。それぞれの質問項目に対する回答の平均値等について示したものが表16である。

平均値が高かった項目は、「1. チームメンバーは同等の発言権を持っている」4.9、「5. チームメンバーは、それぞれの責務を果たしている」4.9、「25. それぞれのチームメンバーは自分の役割を果たしている」4.9、「3. チームメンバーは他のメンバーが信頼できるとわかっている」4.7、「11. チームメンバーからの意見は可能な限り活用される」4.7などであった。

一方で平均値が低かった項目は、「13. チームメンバーは、チームの成果を妨げるような個人的な優先事項や日程を認めない」3.3、「19. チームの優先順位リストをあげてと言われたら、各々があげるリストはお互いよく似ているだろう」3.8、「17. チームミーティングは、脱線せず予定どおりに終わる」3.9などであった。

#### b. 因子分析結果

多職種チーム全体に関する25変数について、変数の収束が可能かどうかを判断するため因子分析（主因子法、プロマックス回転）を実施した。なお、分析に先だって各変数の回答分布を歪度・尖度によって検討したところ分布の偏りが著しい変数はなかった（文末表16）。

因子分析の結果、初期の固有値が1以上の因子は5因子であった。ただ、それらの固有値は、第1因子10.718、第2因子1.995、第3因子1.377、第4因子1.242、第5因子1.047であり、第1因子の固有値が他の因子に比べてかなり大きく、1因子構造であることが推測された。従って、25変数の合計得点をもって「多職種チーム全体の状況」尺度とした。

25変数から構成される尺度のクロンバック $\alpha$ 係数は935と非常に高く、内的一貫性信頼性はあると判断した。

### c. 職種と経験年数による相違

#### ア. 職種

職種による平均値の差を検討するために、従属変数を「多職種チーム全体の状況」、因子を「職種」として一元配置分散分析を行った。その結果、職種による有意な差は認められなかった( $F=6.25, p=.646$ )。

#### イ. 経験年数

「多職種チーム全体の状況」について、HIV医療チームメンバーのこれまでの経験による相違を検討するため、従属変数を「多職種チーム全体の状況」、因子を「専門職としての経験年数」、「HIV医療臨床・実践経験」として一元配置分散分析を行った。

その結果、「専門職としての経験年数」による相違が認められた( $F=3.890, p=.011$ )。さらに、どの水準間で相違が認められるかについて多重比較を用いて検討したところ、「10年以上20年未満」と「20年以上」の間に有意差が認められた（文末表17）。

また、「HIV医療臨床・実践経験」についても有意な差が認められた。多重比較による検討の結果、「1年以上5年未満」と「5年以上10年未満」との間に有意差が認められた（文末表18）。

以上のことから、自分の所属する「多職種チームの全体の状況」について、専門職としての経験年数からみると、「10年以上20年未満」において他の経験年数層と比べてチーム全体の状況が芳しくないと回答する傾向があり、「20年以上」のベテラン層との間で有意な差が認められている。また、HIV医療臨床・実践経験からみると、「1年未満」と「5年以上10年未満」の層で平均値が低く、一方で「1年以上5年未満」で高い傾向が認められた。

## 考察

### (1) 調査結果の考察

#### ① ブロック拠点病院におけるチーム構成の現状

結果で示されたように、多くの回答者が、自分たちの通常チームを看護職、医師、薬剤師、カウンセラー、ソーシャルワーカーの主要な5職種から構成されるチームと認識していることが伺えた。これらのチーム構成を現時点でのHIV医療における最も基本的なチーム構成と考えてよいのではないだろうか。診療報酬におけるチーム医療加算では、医師、看護職、薬剤師、ソーシャルワーカーの配置が加算

の要件として明記されているが、国家資格ではないカウンセラーについては要件として明記されていない。今後は、本研究の結果から伺えた現実に基づいてなんらかの方法でカウンセラーをチーム医療加算の要件として含めていくべきであると考えられる。

また、拡大チームに関する結果では、半数近い回答者が在宅あるいは地域生活を支える訪問看護師とヘルパーを拡大チームのメンバーとしてあげており、ブロック拠点病院においても、院内チームのみならず、院外の地域スタッフとの連携・協働が実現していることを伺わせた。特殊なケースではなく、今後は、一般的な診療やケアのケースとして、これらの地域スタッフとのチームアプローチが求められることは明らかであり、その拡大チームにおける連携・協働の具体的方策の提示が現在すでに重要な課題となっていることが確認された。

## ② 職種による相違について

今回の調査では、「多職種チームに対する考え方」、「多職種チームに対するかかわり方」および「チーム全体の状況」についてそれぞれ職種を要因にした一元配置の分散分析を試みたが、全体的に職種による差がほとんど見いだせなかった。

ただその中で、唯一多重比較分析で有意差があったのは、「多職種チームに対する考え方」の中の「医師の中心性」についてであり、医師と薬剤師の間に差が認められた。これは、薬剤師の薬剤処方業務が医師の指示がなければ動けないという事情による点が多いものと推測される。

この「医師の中心性」については他の職種の組み合わせで統計的な差を検証できなかったが、平均値を見る限りでは職種毎のバラツキを視覚的には認めることができる。医師が最もスコアが低いが、カウンセラーと看護師については、薬剤師ほどではないにしても相対的にスコアが高く、ソーシャルワーカーは逆に相対的に低かった。もちろん統計的な有意差により支持されたものではないが、それでも職種による医師の中心性に対する微妙な意識の差を示唆していると思われ、興味深い結果である。

このように、「多職種チームに対する考え方」の「医師の中心性」においてのみ職種による捉え方の差異があったが、このことは医療現場における多職種チームの階層性をチームメンバーが若干意識し

ている状況があることを示唆していると考えられる。

しかし、それ以外の「多職種チームに対するかかわり方」と「チーム全体の状況」については職種による相違が見いだせなかった。このことは、実際のチームのかかわり方や全体状況に対してチームメンバーが同等の意識や態度であることを示しており、つまりHIV医療チームはチームメンバー間で意識や態度に格差や齟齬のない多職種チームとして機能している状況であると考えられた。

## ③ 専門職としての経験、HIV医療の経験による相違について

「多職種チームに対する考え方」について、「専門職としての経験年数」と「HIV医療臨床・実践経験」の影響が見いだせなかったことは、チームに対する考え方というものは、単に経験の長短によって形成されるものではないことを示している。つまり、先の「医師の中心性」についてチームメンバーによって差が生じたとしても、それは経験の長さでなく、むしろ上記のように職種によるところが大きいと推測される。

これに対して「多職種チームとのかかわり方」については、「HIV医療臨床・実践経験」による有意差が認められた。しかも、それが長くなればなるほどスコアの平均値が高くなる傾向が認められた。このことから、チームメンバーとしての実際的なかかわりは、HIV医療の経験が長いほどいけばプラスに働く傾向があることを示している。一方で「専門職としての経験」が及ぼす影響には有意差が認められなかったことから、当該専門職としてはベテランであっても、HIV医療での経験が浅ければ「多職種チームとのかかわり方」は積極的とはいえないことが示された。

最後に、「チーム全体の状況」に対する評価における経験の影響についてであるが、「専門職としての経験」も「HIV医療臨床・実践経験」のいずれにおいても、ある程度の年数に達したグループのスコアがその前後の年数のグループと比較して有意に低くなっているという点が指摘できる。これは、経験が浅いうちはそれなりの評価であったのが、一定の年数を積み上げるうちにチーム状況に対する評価が低下し、その後さらに経験を積むうちに再び評価を上げていく傾向が示唆される。

この結果は非常に興味深いのであるが、なぜ一定の経験を経ると「チーム全体の状況」への評価が辛くなり、さらに経験をのぼすと再び評価が好転していくのかについては、今回の調査では考察する材料が不足している。そのため、今後その理由を探るためには、質的調査法等を用いてより詳細な分析を試みることが望まれる。

## (2) 調査結果などからチーム医療マニュアルの改訂への示唆

本研究班では、服薬アドヒアランスの向上・維持をめざし、「HIV診療における外来チーム医療マニュアル」を作成して、時系列的流れに添った服薬支援の各職種による具体的な考え方や方法の提示を試みた。このマニュアルの基本的ねらいは、診療の流れに基づいて各職種の関わりを簡潔に説明し、服薬支援におけるチームアプローチの実際を全体像として提示することであった。このマニュアルのメリットは、各職種の関わりを具体的に説明しており、各職種の関与や動機付けが一定水準に達している医療機関にとっては、各職種が具体的に動き出すための活動の指針を示したことにある。しかし、各職種のチームにおける関与そしてその結果の総体としてのチームアプローチは、短期間に実現するものというより、一定のプロセスをたどって、成長あるいは成熟するものであり、その成長あるいは成熟過程にある医療機関では、各職種によって関与や動機付けが異なる状況もみられる。そのようなチームアプローチの発達段階にある機関においては、自分たちのチームの成長や成熟の状況を何らかの形で測る、あるいは評価する指標が求められると考える。

このように自らのチームの現状を評価する指標作成に資するため、今年度の調査結果を考察したい。

本アンケート調査では、自分が所属する「チーム全体の状況」への意識を25項目の質問(表16を参照)で尋ね、各質問に6段階で回答してもらった。25項目の質問は、欧米の量的調査論文およびチームアプローチと連携に関する理論論文を参考に研究グループで作成した。この項目は、理論論文に繰り返し定義されているチームアプローチの以下の特徴をできるだけ網羅するように作成されている。それらの特徴とは、すなわち、チームにおける、

① 共同主導性(「チームは同等の発言権を持って

いる」)

- ② 各職種の独自性・自立性・主体性(「チームメンバーはそれぞれの責務を果たしている」「それぞれのチームメンバーは自分の役割を果たしている」)、
  - ③ 相互作用性(「チームメンバーはお互いに尊敬し合っている」「チームメンバーは他のメンバーが信頼できるとわかっている」)、
  - ④ 資源交換性(「チームメンバーはお互いによく情報交換している」「チームメンバーには情報が十分もたらされている」「チームメンバーからの意見は可能なかぎり活用される」)
  - ⑤ 目標の共有性(「意思決定がなされるときには、チームの優先事項に合意している」)
- である。

この質問への回答は、チームメンバーが自分たちのチームの諸特徴のあり方を各自評価した結果とも言える。各項目の平均値の結果から言えることは、ブロック拠点病院のチームメンバーは全体で、共同主導性、各職種の独自性・自立性・主体性、相互作用性、資源交換性に関してそれらが一定自分たちのチームでは実現していると評価していることである。結果でも説明したように、この25の質問項目全体の因子分析結果では、1因子構造であり、25変数から構成されるこの尺度のクロンバック $\alpha$ 係数は.935と非常に高く、内的一貫性信頼性はあると判断された。

今後は、調査対象者を今回のブロック拠点病院から他の医療機関におけるチームメンバーへと拡大し、この尺度がチームの諸特徴のあり方を評価するに妥当であるかどうかをさらに検討する必要がある。

また、San Martin-Rodriguez (1)らは、連携・協働の成功を決定づける影響要因として、上述したチーム内の共同主導性、各職種の独自性・自立性・主体性、相互作用性、資源交換性、目標の共有性といったいわば对人的決定要因の他に、

- ① そのチームが所属する組織の決定要因(組織構造、組織哲学、管理職からの支援、時間と場所の資源など)、
- ② さらに高次のシステム上の決定要因(社会システム、文化システム、専門職システム、

教育システム)

を指摘している。今後は、チームの現状を評価するにあたって、これらのチームが所属する医療機関の組織要因および社会全体のシステム要因についても考慮する必要があると考える。

## 結論

HIV医療におけるチームアプローチの推進に資するため、多職種によるチームアプローチの現状とその意識について明らかにすることを目的として、8ヶ所のブロック拠点病院のスタッフを対象に、質問紙調査を実施した。多くの回答者が、自分たちの通常チームを看護職、医師、薬剤師、カウンセラー、ソーシャルワーカーの5職種から構成されるチームと認識していることが伺えた。また、拡大チームに関する結果では、半数近い回答者が在宅あるいは地域生活を支える訪問看護師とヘルパーを拡大チームのメンバーとしてあげており、ブロック拠点病院においても、院内チームのみならず、院外の地域スタッフとの連携・協働が実働していることを伺わせた。今回の調査では、「多職種チームに対する考え方」、「多職種チームに対するかかわり方」および「チーム全体の状況」についてそれぞれ職種を要因にした一元配置の分散分析を試みたが、全体的に職種による差がほとんど見いだせなかった。ただその中で、唯一多重比較分析で有意差があったのは、「多職種チームに対する考え方」の中の「医師の中心性」についてであり、医師と薬剤師の間に差が認められた。しかし、それ以外の「多職種チームに対するかかわり方」と「チーム全体の状況」については職種による相違が見いだせなかった。このことは、実際のチームのかかわり方や全体状況に対してチームメンバーが同等の意識や態度であることを示しており、つまりHIV医療チームはチームメンバー間で意識や態度に格差や齟齬のない多職種チームとして機能している状況であると考えられた。専門職としての経験、HIV医療の経験による相違については、「多職種チームとのかかわり方」において「HIV医療臨床・実践経験」による有意差が認められた。しかも、それが長くなればなるほどスコアの平均値が高くなる傾向が認められた。このことから、チームメンバーとしての実質的なかかわりは、HIV医療の経験が長いほどいわずにプラスに働く傾向があることを示した。

## 文献リスト

- (1) San Martín-Rodríguez, L. et al. "The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies", *Journal of Interprofessional Care*, May 2005 Supplement1:132-147

## 健康危険情報

該当なし

## 研究発表

該当なし

## 知的財産権の出願・登録状況

該当なし



表2. 専門職種と経験年数

		合計	5年未満	5年以上 10年未満	10年以上20 年未満	20年以上
医師	度数(%)	32 (100.0%)	1 (3.1%)	6 (18.8%)	11 (34.4%)	14 (43.8%)
看護師	度数(%)	25 (100.0%)	4 (16.0%)	3 (12.0%)	8 (32.0%)	10 (40.0%)
助産師	度数(%)	2 (100.0%)	0 (0%)	1 (50.0%)	0 (0%)	1 (50.0%)
薬剤師	度数(%)	12 (100.0%)	3 (25.0%)	4 (33.3%)	3 (25.0%)	2 (16.7%)
理学療法士	度数(%)	1 (100.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100.0%)
臨床検査技士	度数(%)	2 (100.0%)	1 (50.0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (50.0%)
栄養士	度数(%)	2 (100.0%)	1 (50.0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (50.0%)
ソーシャルワーカー (SW)	度数(%)	6 (100.0%)	4 (66.7%)	1 (16.7%)	1 (16.7%)	0 (0%)
カウンセラー	度数(%)	11 (100.0%)	3 (27.3%)	3 (27.3%)	4 (36.4%)	1 (9.1%)
その他	度数(%)	5 (100.0%)	2 (40.0%)	1 (20.0%)	0 (0%)	2 (40.0%)
合計	度数(%)	98 (100.0%)	19 (19.4%)	19 (19.4%)	27 (27.6%)	33 (33.7%)

表10. HIV医療チーム活動の承認

	全体(%)	はい(%)	いいえ(%)
病院組織からの承認	94 (100)	82 (87.2)	11 (11.7)
所属部署からの承認	96 (100)	93 (96.9)	3 (3.1)
他の同僚からの承認	96 (100)	92 (95.8)	2 (2.1)

表11. 多職種チームアプローチに対する考え方

	平均値	標準偏差	歪度	尖度
1. チームアプローチは、患者ケアの質を向上する	5.71	.537	-1.706	2.063
2. チームミーティングは、異なった領域のチームメンバー間のコミュニケーションを育成する	5.55	.626	-1.076	.114
3. 医師は、チームによって計画された内容を変更する権限を持っている	3.88	1.328	-.489	-.195
4. チームケアを受けた患者は、そうでない患者に比べて全人的にケアされる	4.74	1.036	-1.024	2.116
5. チームで仕事に取り組むことは、仕事への情熱と関心を維持することにもつながる	4.79	.856	-.662	.973
6. チームでの仕事は、必要以上に時間を費やすし、物事を複雑にもする	3.10	1.185	.323	-.530
7. チームメンバーとともに計画を立てることはミスを防ぐことにつながる	5.05	.783	-1.246	3.397
8. チームの第一の目的は、患者の治療目標を達成するために医師を補助することである	2.98	1.180	.302	-.388
9. 多職種による計画を立案するとき、多くの時間が他領域での専門用語の解釈に費やされる	2.67	1.045	.593	.271
10. 患者は、チームによるケアにはあまり満足していない	2.25	.809	1.381	4.721
11. チームで働く専門職は、患者の心理的・社会的ニーズに対する責任を担っている。	4.78	.927	-.552	.264
12. 医師は、チームによってなされた決定に対して最終的な決定権を持つべきではない	3.03	1.105	.444	.227
13. チームメンバーが相互作用することによって、よりよい患者ケアの決定ができる	5.28	.753	-1.239	2.860
14. チームミーティングに要する時間は、他で使う方が有効である場合が多い	2.25	.903	.908	1.221
15. 医師は、チームの決定に対する最終的な法的責任を持っている	4.10	1.446	-.710	-.229
16. チームケアを受けると、受けない患者に比べてよりよい退院支援が受けられる	4.74	.949	-.393	-.063
17. 医師はチームのリーダーである	4.26	1.315	-.713	.034
18. チームアプローチは、ケアの提供をより効率的にする	4.89	.848	-.714	1.212
19. チームアプローチは、患者と同じく家族などのニーズにも対応できる	5.02	.829	-.473	-.407

表 12. 「多職種チームに対する考え方」の因子分析結果

	因子		
	1	2	3
1-16 チームケアによるよりよい退院支援	.734	-.111	
1-18 チームアプローチのケア効率化	.717		
1-19 チームアプローチの家族のニーズへの対応	.704		
1-2 チームミーティングによるコミュニケーション育成	.546		-.194
1-5 チームでの仕事による情熱・関心の維持	.503	.158	
r 1-12 医師はチームの最終決定権を持つべきではない	-.152	.802	-.279
1-17 医師はチームリーダー	.108	.661	
1-3 医師によるチーム計画変更権限の保持		.627	.108
1-6 チームでの仕事による時間の浪費・物事の複雑化	-.118	-.154	.700
1-9 他領域専門用語の解釈にかかる時間の浪費	-.110	.200	.583
1-14 チームミーティング時間の他への有効利用	-.176		.540
1-8 チーム目的は治療目標達成への医師の補助	.257	.368	.518
初期の固有値	3.687	2.304	1.270
因子間相関	1.000	-.032	-.392
	-.032	1.000	.326
	-.392	.326	1.000
クロンバック $\alpha$ 係数	.791	.717	.690

表 13. 「多職種チームの考え方」に関する職種間の相違

		度数	平均値	標準偏差	F値	多重比較
T-1 チームケア の質向上	医師	33	25.03	3.746	.283	
	看護職	27	25.33	2.774		
	薬剤師	12	24.50	2.468		
	SW	6	25.00	3.347		
	カウンセラー	11	24.27	3.069		
T-2 医師の 中心性	医師	33	10.85	3.429	2.661*	]
	看護職	27	12.15	2.783		
	薬剤師	12	13.92	2.021		
	SW	6	11.67	11.67		
	カウンセラー	11	12.55	12.55		
T-3 チームケア の時間的コスト	医師	33	10.67	3.838	.186	
	看護職	27	10.63	2.204		
	薬剤師	12	11.42	3.059		
	SW	6	11.17	11.17		
	カウンセラー	11	10.64	10.64		

\*p&lt;.05, \*\*p&lt;.01, \*\*\*p&lt;.001

表14. 多職種チームに対するかかわり方

	平均値	標準偏差	歪度	尖度
1. 私は、チームケアにおいて、他専門職が貢献できる部分を明確に知っている	4.63	.975	-.937	1.783
2. 私は、チームケアの中で自分の専門知識を活用している	4.76	.938	-.706	.371
3. 私は、チームの計画立案時に、患者や家族の希望や目標を常に考慮している	4.75	.761	.178	-.743
4. 私は、チームメンバー間の意見の相違にうまく対処している	4.02	.799	-.408	.224
5. 私は、専門領域間の協力を促進している	4.33	.809	.165	.823
6. 私は、チームにおいて自分の領域に課せられた役割を果たしている	4.49	.813	-.449	.726
7. 私は、チームミーティングでは、課題を簡潔に提示している	3.88	.900	-.274	-.424
8. 私は、チームミーティングに積極的に参加している	4.41	1.040	-.460	-.226
9. 私は、自分のケアの内容をチームの目標達成のために調整している	4.14	1.010	-.172	-.271
10. 私は、患者が目標を達成するために介入的な戦略を立てている	3.98	.962	-.247	-.402
11. 私はチームミーティングでは、的確に問題を提示している	3.89	.945	-.072	-.347
12. 私は、どういうときにチームがうまく機能していないか分かっている	3.71	.979	-.137	.139
13. 私は、チームの機能を改善するために効果的に介入している	3.67	.890	-.291	.275
14. 私は、ミーティングに積極的に参加していないメンバーがいる場合、引き入れるようにこころがけている	3.38	1.045	-.265	-.451
15. 私はチームメンバーに十分に情報を提供している	4.18	.979	-.362	-.148
16. 私はチームメンバーの情報を自分なりに分析して解釈している	4.37	.795	-.773	1.022
17. 私は気がねなく他の人に異なった意見をいっている	3.90	1.108	-.120	-.309
18. 私は気軽に自分からチームに参加している	4.37	.978	-.597	.923
19. 私は批判するだけでなく、代替案をいつも提供している	3.87	.885	-.284	.566
20. 私は提案された代替案を自分なりにきちんと評価している	4.17	.825	-.784	.643
21. 私はチームの意思決定に参加している	4.40	.954	-.081	-.329