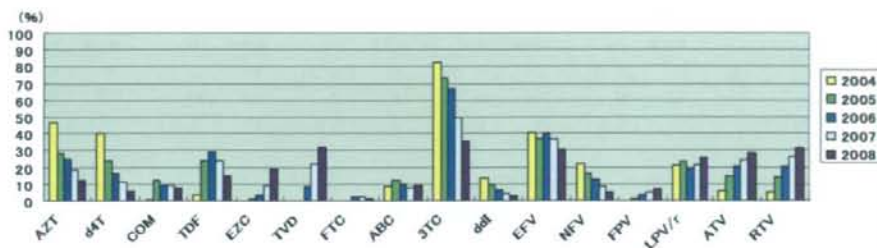


(図25)

薬剤別処方頻度の比較



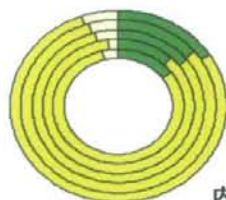
(表7) 施設回答例数別 組み合わせ上位比較 (2006年~2008年)

年	10例未満	10~30例未満	30~50例未満	50例以上
2008年	TVD,EFV	47 13.2	TVD,EFV	120 18.5
	AZT,3TC,EFV	28 7.3	TVD,ATV,RTV	75 11.6
	4AT,3TC,NRV	23 6.5	TVD,LPV/r	44 6.8
	AZT,3TC,NRV	20 5.6	EZC,ATV,RTV	39 6.0
	AZT,3TC,LPV/r	20 5.6	AZT,3TC,LPV/r	38 5.9
	TVD,ATV,RTV	20 5.6	AZT,3TC,EFV	34 5.2
	TDF,3TC,EFV	19 5.4	TDF,3TC,EFV	34 5.2
	COM,LPV/r	17 4.8	ABC,3TC,LPV/r	32 4.9
	4AT,3TC,EFV	13 3.7	AZT,3TC,NRV	30 4.6
	その他	188 53.0	TDF,3TC,ATV,RTV	30 4.6
	合計	393	その他	407 62.7
			合計	326
			その他	127 33.0
			合計	1099 84.3
	2007年	TVD,EFV	31 8.7	TVD,EFV
TDF,3TC,EFV		30 8.5	TDF,3TC,EFV	65 10.0
AZT,3TC,EFV		28 7.9	TVD,ATV,RTV	40 6.2
AZT,3TC,NRV		26 7.3	AZT,3TC,EFV	38 5.9
AZT,3TC,LPV/r		18 5.1	AZT,3TC,NRV	30 4.6
4AT,3TC,NRV		17 4.8	AZT,3TC,LPV/r	27 4.2
COM,EFV		16 4.2	ABC,3TC,LPV/r	23 3.5
4AT,3TC,EFV		13 3.7	TDF,3TC,ATV,RTV	22 3.4
TVD,ATV,RTV		13 3.7	COM,EFV	21 3.2
COM,LPV/r		12 3.4	COM,LPV/r	20 3.1
その他		152 42.8	その他	290 44.7
合計		355	合計	649
			合計	385
			合計	1710
2006年		TVD,EFV	31 12.2	AZT,3TC,EFV
	AZT,3TC,NRV	36 11.3	TDF,3TC,EFV	52 7.8
	TDF,3TC,EFV	23 7.2	AZT,3TC,NRV	49 7.2
	TVD,EFV	22 8.9	4AT,3TC,EFV	48 7.0
	AZT,3TC,LPV/r	21 8.0	TVD,EFV	44 6.4
	4AT,3TC,EFV	18 6.8	COM,EFV	39 5.7
	4AT,3TC,NRV	13 4.1	4AT,3TC,NRV	27 3.9
	TDF,3TC,ATV,RTV	12 3.8	AZT,3TC,LPV/r	23 3.4
	AZT,3TC,LDV	11 3.4	TVD,ATV,RTV	23 3.4
	COM,EFV	10 3.1	TDF,3TC,ATV,RTV	19 2.8
	その他	114 29.7	その他	306 49.0
	合計	319	合計	684
			合計	233
			合計	1371

(図26)

抗HIV薬を含む院外処方箋発行の推移 (2004年～2008年)

	2004年 施設数 (%)	2005年 施設数 (%)	2006年 施設数 (%)	2007年 施設数 (%)	2008年 施設数 (%)
発行している	35 (15.0)	32 (12.3)	30 (14.9)	32 (14.2)	38 (16.2)
発行していない	188 (80.7)	222 (85.4)	163 (80.7)	183 (81.0)	184 (78.3)
無回答	10 (4.3)	6 (2.3)	9 (4.5)	11 (4.9)	13 (5.5)



内側より順に2004年～2008年

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：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）

尾谷 ゆか（元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）

金山あき子（元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）

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）

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）

小川 朝生（元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）

西野 悟（元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

HIV/AIDS 医療における精神医学的介入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、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して、研究①と研究②を実施した。

研究①：独立行政法人国立病院機構大阪医療センターにおける HIV 感染症患者の、精神科受診経緯、治療状況を把握するため、2004 年 4 月～2006 年 9 月までに精神科を受診した HIV 感染症患者 76 名のうち、神経内科的診察などを除く 70 名を対象とした。調査の項目は、受診経路、初診時の精神神経症状、気分状態、行動、精神科医師による診断分類とした。受診の経路としては、院内の免疫感染症科医師からの紹介が最も多かった。受診するきっかけとなった精神神経症状・気分状態・行動としては、抑うつ、不安、不眠の占める割合が 20%強と高かった。1 つの症状に留まらず、複数の症状が診られるケースもあった。また状態増は精神的なものから器質的なものまで多岐に渡っていた。精神科医師による ICD-10（国際疾病分類第 10 版 2003 年改訂）を用いた分類としては、全体に占める割合は気分 [感情] 障害（うつ病エピソードほか）が最も高く、F6 成人の人格および行動の障害（情緒不安定性人格障害ほか）、F0 症状性を含む器質性精神障害（HIV 脳症ほか）、F43.2 適応障害と続いた。

研究②：全国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、精神科等精神疾患に対応する診療科（以下精神科等）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なども認められ、研究①と同様に心因的なものから器質的なものまで、多岐に渡っていた。

研究①および研究②から、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、抑うつ気分や躁の気分など感情面、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た。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）。

また研究②において、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で比較したところ、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。

研究目的

HIV/AIDS 医療における精神医学的介入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

研究①：独立行政法人国立病院機構大阪医療センターにおけるHIV感染症患者の精神科受診経緯、治療状況を把握するため、2004年4月～2006年9月までに精神科を受診したHIV感染症患者76名のうち、神経内科的診察などを除く70名を対象とした。調査の項目は、受診経路、初診時の精神神経症状、気分状態、行動、精神科医師による診断分類とした。対象者の内訳は男性68名、女性2名、精神科初診時の年齢 37.1 ± 9.35 (mean \pm SD)であった。

研究②：研究①の結果および医師や看護師、臨床心理士によるフォーカスグループディスカッションの結果を踏まえ、全国の状況を把握するための調査票を作成した。これを用い、全国のブロック拠点病院におけるHIV感染症患者の精神科受診状況、治療状況を把握するため、各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。(1)(2)(3)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)

研究①および研究②ともに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まなかった。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

研究①

受診経路：院内からの紹介受診 50 名、院外からの紹介受診 5 名、自発的な受診 10 名、不明 5 名という結果であり、院内の免疫感染症科医師からの紹介が最も多かった。

初診時の精神神経症状・気分状態・行動：不安が 27 名で最も多く、次いで不眠 25 名、抑うつ 23 名、記憶障害 9 名、幻覚妄想 6 名、意識障害 3 名、注意力障害 2 名と続き、ほか全般性硬直間代発作、焦燥感、社会関係の質的障害、不安発作、前頭葉症状、左半身錯感覚、アテトーゼ、易怒性、右同名半盲、軽度運動性失語、躁、頭痛が各 1 名であった。抑うつ、不安、不眠の占める割合が 20% 強と高かった。1 つの症状に留まらず、複数の症状が診られるケースもあった。また状態像は精神的なものから器質的なものまで多岐に渡っていた。

精神科医師による診断分類：ICD-10（国際疾病分類第 10 版 2003 年改訂）による分類を行った。全体に占める割合は気分〔感情〕障害（うつ病エピソードほか）が最も高く 19 名、F6 成人の人格および行動の障害（情緒不安定性人格障害ほか）が 13 名、F0 症状性を含む器質性精神障害（HIV 脳症ほか）が 10 名、F43.2 適応障害が 8 名と続いた。そのほか F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害が 5 名、F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害が 4 名、F1 精神作用物質による精神及び行動の障害と G4 挿間性及び発作性障害がそれぞれ 3 名、F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群と F7 知的障害（精神遅滞）が 2 名、F8 心理的発達の障害が 1 名であった。

研究②

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。**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。

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

各施設の精神科等の診療状況：研究②より、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。

精神医学的介入の状況：研究①より、大阪医療センターでは院内のHIVを担当する診療科からの紹介受診となることが多く、HIV診療において患者の精神症状の観察が重要であることが示唆された。研究②より、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。研究①及び研究②より、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なども認められ、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：研究①及び研究②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)。

精神医学的介入と保健行動の関連：研究②より、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こと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

研究①及び研究②を通して、大阪医療センターを含む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となった。一定数の HIV 感染症患者に精神医学的な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。

健康危険情報

該当なし

研究発表

- 1) 尾谷ゆか、仲倉高広、安尾利彦、廣常秀人、白阪琢磨、大阪医療センターにおける HIV 感染症患者の精神神経科受診状況についての調査。第 21 回日本エイズ学会学術集会総会、広島、2007 年 11 月。
- 2) 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。
- 3) 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。第 22 回日本エイズ学会学術集会総会、大阪、2008 年 11 月。

知的財産権の出願・登録状況

該当なし

5

服薬アドヒアランスの維持および阻害要因の分析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）

研究協力者：桑原 健（独立行政法人国立病院機構南京都病院薬剤科）

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）

小西加保留（関西学院大学人間福祉学部）

松岡 千代（兵庫県立大学看護学部）

東 優子（大阪府立大学人間社会学部）

児玉 憲一（広島大学大学院教育学研究科）

山本 博之（東京福祉大学社会福祉学部）

研究要旨

研究1 継続的服薬における服薬維持因子を明確化し、継続的服薬のための支援について検討するため、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、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』が抽出された。また、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とが、また一方、医療者ではない周囲の家族、友人、職場の上司・同僚など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。**研究2** 服薬アドヒアランスの阻害因子を明確化する目的で、明らかに服薬中断期間が3ヶ月以上ある HIV 感染者および AIDS 患者に対して面接調査を行なったが、面接の実施は3名に留まった。面接内容の分析結果として、「病気への直面化の回避意識」、「職場におけるストレスフルな対人関係」、「職場の多忙さ」、「安定した支援の人間関係のなさ」を阻害因子として抽出した。**研究3** 多職種連携およびチーム医療に関する文献研究およびチームに関するアンケート調査「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」、「専門的助言」、「協力」、「チームワーク」があり、また連携形成プロセスでは、「役割分離」、「過剰な期待と失望」、「現実的な評価」、「適応」、「役割統合」の発達のなプロセスがあることがわかった。

研究1 服薬良好維持群に対する面接調査（平成17年度の先行研究を基盤に平成18・19年度に実施した研究）

研究目的

本研究は、（1）服薬アドヒアランスに関連する HIV 感染者本人の主観的維持因子の明確化、および（2）それらの結果を踏まえた専門職による服薬アドヒアランスに寄与する支援方法の検討を目的に、服薬を良好に維持している HIV 感染者および AIDS 患者（以降服薬良好維持群と略記する）に対して、個別面接調査を実施した。

平成17年度の先行研究では10名、また、平成18年度には3名に対する面接調査を実施し、その面接内容を質的に分析して、主に内的および外的維持因子を抽出し、その構造の考察を試みた。調査対象となった13名の背景を分析すると入院経験および発症経験があり、比較的長期間にわたる服薬経験を持ち、飲み方は1日2回以上の者（以降第1群と略記する）が10名であり、一方入院経験および発症経験がなく、比較的短期間の服薬経験を持ち、1日1回の飲み方の者（以降第2群と略記する）が3名であった。このことからここまでの分析によって抽出された内的および外的維持因子は、第1群の経験に強

く影響された結果であり、服薬良好維持群全体に妥当するとは言えないのではないかとの疑問が生じることとなった。そこで、平成19年度は、過去の調査では、少数に留まった第2群に対象をしばって面接調査を実施し、過去の研究結果の妥当性を検証することとなった。平成19年度の面接対象者数は、7名であった。よって、平成17・18・19年度の面接対象者の最終合計数は、20名となった。

本研究が先行研究から研究方法として採用してきたグラウンデッド・セオリー・アプローチでは、ある対象への分析から抽出された概念やカテゴリー（本研究における内的および外的維持因子を指す）の妥当性を検討するため、新たにできるだけ広範で多様な比較集団から標本の抽出を行うことを理論的サンプリングと呼び、分析方法の一つの特徴としている。第2群に対する調査の展開は、グラウンデッド・セオリー・アプローチにおける理論的サンプリングに当たるものである。

研究方法・対象

(1) 調査対象

平成17・18・19年度共通の面接調査対象者の条件を以下のように設定した。まず、対象者の基本的条件は、

- 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である。

さらに、第1群における付加条件は、

- ① 入院経験および発症経験がある者
 - ② 比較的長期間にわたる服薬経験者
 - ③ 1日2回以上の飲み方の者
- であり、第2群における付加的条件は、
- ④ 入院経験および発症経験がない者
 - ⑤ 比較的短期間の服薬者
 - ⑥ 1日1回の飲み方の者
- である。

(2) 調査方法

面接対象者の紹介は、近畿圏にある医療機関の医療者から協力を得た。具体的には、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、本調査のために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われた。

(3) 分析方法

面接内容は本人の希望によりテープによる録音と面接者によるメモのどちらかによって記録された。録音テープはすべて逐語的にテープ起こしし、逐語録を作成した。この逐語録と面接メモ（以下これら二つの記録を文章データと略記する）の内容をグラウンデッドセオリーアプローチによって分析した。すなわち、文章データ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。

(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、調査協力を求める際対象者には、書面によって調査の概要（調査実施主体、調査目的、調査方法・手順、個人情報保護の方法、など）に関する情報提供を行い、実際の面接開始前には再度調査の概要を口頭で説明し、その上で調査協力の同意を文書によって得た。文章データの作成時には、個人名、機関名、地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、文章データの保管は、鍵のかかる研究室で行った。

研究結果

(1) 面接対象者の基本属性

3年間の面接対象者の総数は20名である。性別は、男性17名、女性3名であった。また、年齢は、20歳代4名、30歳代12名、40歳代2名、50歳代2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、『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』が抽出された。

A 基底意識カテゴリー

このカテゴリーに分類される因子として、「生命維持への直結意識」「生活維持のための基盤意識」の2因子が抽出された。

「生命維持への直結意識」の表現として、「自分のため、自分の身体のために飲みます」、「飲まないで自分の場合はそれだけ悪くなるっていうがあるので、そのために飲んでいきますね。自分の健康を維持したいですから」、「治療しなければ、この病気は発症するってことがありますから」などが語られた。

また、「生活維持のための基盤意識」として、「まだまだ仕事したいですから」、「趣味もやって生活したいですね。その基本ですね」などの表現が見られた。

B 日常化自己戦略カテゴリー

このカテゴリーに分類できる因子として、「日常生活との同一視」と「日常生活化への自己戦略」の2因子を抽出した。

「日常生活との同一視」の表現として、「毎日普通に生活していたら食べる、食事するから、それと同じ」、「食べるのと一緒にすよね」、「薬という感覚はないです。食事プラスセット、食事の一部」、「色がきれいな薬だときれいな色の飲み物だと思って飲んでます」などの表現が語られた。

「日常化への自己戦略」については、携帯アラームの利用、薬ケースの活用、必ず職場の机に予備の薬をいれておく、必ずいつも使っているカバンのポケットに予備の薬をいれておくなどの行為によって、服薬習慣の確実な定着をはかる自己戦略が実行されていた。

C 自己管理意識カテゴリー

このカテゴリーに分類できる因子として、「自己管理への自信」、「自己責任の遂行」の2因子を抽出した。

「自己管理への自信」では、「サポートとかそういうのは特にないですね。薬については自分で管理してますので」、「別にだれかに助けてもらうってことは……。自分でひとりで飲んでますから」などの表現が見られた。

「自己責任の遂行」では、「飲んでいくのは、自分の責任だと思っていますからね」、「やはり、だれかというより、自分の責任ですることです」などの表現が見られた。

② 外的維持因子

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。

「信頼できる専門的情報リソース」に関しては、特に服薬開始時の医師、薬剤師、看護師からの情報提供に関する肯定的な評価を含む表現が多く見られた。また、「がんばりの証人・評価役」に関しては、どちらかといえば「見守り」に近い静的な「証人」という表現と、「たいへんだけれども、がんばって飲んでいきましょう」といった専門職からのより積極的あるいは動的な励まし支援の表現の両方が語られた。

一方、医療者ではなく、周囲の家族、友人、職場の上司・同僚など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。

「スタンバイしている支援」では、同居の家族から、具体的な日々の声かけなどがあるわけではないが、HIV 感染症のために薬を飲んでいることは知っており、知ってもらっている事が安心感を生んでいるとの表現が見られた。

さらに、周囲からのソーシャル・サポートという概念には厳密には分類しにくい、周囲との関係性に関する因子である「周囲への責任意識」が抽出された。これは、生き続けることはいままで支援してきたあるいは関わってきた周囲の人に伝えることであり、生き続けることは自分の責任である。その責任を果たすための服薬であるという意識である。家族への責任意識の他、職場の同僚や仕事先の顧客に対して自分が持っている仕事に関連した責任に言及する表現が多く見られ、その仕事上の責任を滞りなく果たすための服薬であることが分析された。

考察

各因子の内容を検討するとともに、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、認識の上で、服薬を「日常化」する過程があり、その認識に立って、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、『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た。再度データを分析した結果、初期の分析で「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、『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、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。

結論

継続的服薬における服薬維持因子を明確化し、継続的服薬のための支援について検討するため、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、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。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とが、また一方、医療者ではなく、周囲の家族、友人、職場の上司・同僚など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つのが抽出された。

研究2 服薬困難群に対する面接調査

研究目的

継続的服薬を困難にする阻害因子を明確化するため、現在までに服薬中断期間のあるHIV感染者およ

びAIDS患者に対して面接調査を実施した。

研究方法

(1) 研究対象

面接調査対象者の条件を以下のように設定した。

まず、対象者の基本的条件は、研究1と同様に

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

である。さらに本研究では、

④ 現在までに明らかな服薬中断期間が3ヶ月以上あること

である。以降これらの対象者を服薬困難群と呼ぶ。計画段階では10名の対象者への面接実施を目指した。

(2) 研究方法

研究1と同様に、面接対象者の紹介は近畿圏にある医療機関の医療者から協力を得た。具体的には、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。

研究1の結果との統合的な考察を目指すため、研究1で作成したインタビューガイドを本研究の面接でも利用し、すべての面接はこのインタビューガイドに従って実施された。

(3) 分析方法

面接内容は本人の希望によりテープによる録音と面接者によるメモのどちらかによって記録された。録音テープはすべて逐語的にテープ起こしし、逐語録を作成した。この逐語録と面接メモ（以下これら二つの記録を文章データと略記する）の内容をグラウンデッド・セオリー・アプローチによって分析した。

(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、調査協力を求める際対象者には、書面によって調査の概要（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）に関する情報提供を行い、実際の面接開始前には再度調査の概要を口頭で説明し、その上で調査協力の同意を文書によって得た。文章データの作成

時には、個人名、機関名、地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。

研究結果

研究計画では、10名の面接を目指したが、対象者から研究協力が得られず、面接の実施は、2年間で3名に留まった。

(1) 面接対象者の基本属性

性別は男性3名であり、年齢は20歳代1名30歳代2名であった。同居の有無では、同居者あり1名、独居の者2名であった。

(2) 面接内容

各文章データに対して、グラウンデッド・セオリー・アプローチにおける概念化を実施したが、対象者が3名に留まったため、各概念のパリエーション（具体例）を充分得ることができず、各概念の妥当性が充分確保されたとは言いがたい。そこで、本報告は抽出された概念を簡略に提示するに留める。

① 内的阻害因子

A 「病気への直面化の回避意識」

この概念は、服薬を含み病気全体に対して、いろいろと具体的に考えることを避け、できるだけ病気のことを自分の意識から遠ざけておきたいという気持ちのことである。研究1の服薬良好群では、服薬に関する質問に対して、『基底意識カテゴリー』、『日常的自己戦略カテゴリー』、『自己管理意識カテゴリー』に結果的に分類された多くの具体的な語が見られたが、本対象群では、これらの語は見られず、「病気のことはいちいち考えないようにしているの、薬といっても・・・」、「複雑です」など明言をさける表現が複数の対象者でみられた。

② 外的阻害因子

A 職場での因子：「職場の多忙さ」

普段の仕事の忙しさではなく、その普段の仕事の忙しさの上にさらに、突発的な案件やプロジェクトが加わったことで多忙さが倍増し、それをきっかけに服薬の中断が起こっていた。

B 職場での因子：「職場におけるストレスフルな

対人関係

職場での服薬が必要な人の場合で、職場の同僚や上司との間にストレスフルな関係があり、そのためにどうしても職場で服薬する機会を逸するあるいは躊躇うために職場での服薬のスキップが服薬中断へと結びついていた。

C 個人的関係での因子：「安定した支援の人間関係のなさ」

安定したパートナーがいた時に安定的に服薬できたと語る対象者があった。「パートナーとできるだけ長く一緒にいたい、また相手を感染させたくないで、相手のために飲む」という表現が見られ、強い安定した人間関係があり、その関係の維持のために服薬していくということが意識されていた。しかし、その安定的な関係がなくなった場合に、服薬の動機付けが弱まることも同時に分析できたため、阻害因子として分類した。

考察

上記結果は調査対象者3名の分析結果である。詳細な考察は、さらなる十分な面接結果の蓄積とその分析が終了してから行うことが妥当と考え、本報告では結果を示すにとどめる。今後は、研究協力施設を増やすなど条件を整え、面接調査結果の蓄積および分析の精緻化が望まれる。

結論

継続的服薬の阻害因子を明確化する目的で、明らかに服薬中断期間が3ヶ月以上あるHIV感染者およびAIDS患者に対して面接調査を行なったが、面接の実施は3名に留まった。面接内容の分析結果として、「病気への直面化の回避意識」、「職場におけるストレスフルな対人関係」、「職場の多忙さ」、「安定した支援の人間関係のなさ」を阻害因子として提示した。

研究3 多職種間連携およびチーム医療に関する文献研究およびチームに関するアンケート調査

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。なお、上記の文献研究に基づき、最終年度である平成20年度には、全国のブロック拠点病院のHIV診療スタッフに対して、チームに関するアンケート調査を実施したが、その報告は、平成20年度報告書に詳細を記載したため、本総合報告には記載しない。

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。本報告では、紙面の関係上代表的な論文の分析を提示する。

研究結果

(1) 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挙げている。

- 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。ここでは、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は、連携の形成プロセスとして、以下の5つのステージを挙げている。

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あせるために、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。そうになると、他の職種の働きに対して、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繁に同時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、菊池の説明を中心の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。

また、菊池⁽³⁾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産み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。

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) の発達のプロセスがあることがわかった。

文献リスト

- (1) Germain, C., *Social Work Practice in Health Care*, Free Press, 1984, p. 198-229
- (2) 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巻2号、2000、21頁

該当なし

研究発表

- 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
- 2) 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、東京、2006 年 10 月

知的財産権の出願・登録状況

該当なし

医療機関における要望を調査する為、HIV/AIDS 診療に関っている 25 医療機関を対象にアンケート調査を行い、保険収載前と後の薬剤耐性検査の実施率の比較検討を行った。また保険収載後の薬剤耐性検査の具体的な要望や問題点を検討するため、自由記載で医療関係者の意見を求めた。

(倫理面への配慮)

薬剤耐性検査について各協力機関の倫理委員会で承認を得ている。また調査対象の感染者の匿名性は完全に保たれるため問題は無い。

研究結果

HIV 薬剤耐性検査を行っている民間検査会社と国立感染症研究所と医療機関の間で、薬剤耐性検査に関する検体の受け渡しや薬剤耐性検査の結果報告に関する新たなシステムを構築した(図1)。また平成18年度には国立感染症研究所エイズ研究センターでホームページを公開し、薬剤耐性検査を実施している医療機関の連絡先や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(図2)。ホームページは見やすさを向上させるために再デザインし、平成19年度に新たにホームページを公開した(図3)。その際に新規に承認された薬剤の情報などを更新した。

エイズ研究センターHPの紹介



図2 国立感染症研究所エイズ研究センター第2グループホームページトップ(平成18年度版)



図3 国立感染症研究所エイズ研究センター第2グループホームページトップ(平成19年度版)

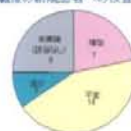
平成20年度に行った、HIV/AIDS 診療に関する25医療機関へのアンケート調査の結果、回答数65例中42例(65%)で保険制度を利用して薬剤耐性検査を行っていた。保険制度を利用しない場合は感染研に依頼した例が8例(12%)、自施設で実施が4例(6%)であった。保険収載後に行った新規患者の検査実施数は不変が一番多く14例(44%)、次が増加で7例(22%)で、66%で保険収載によって薬剤耐性検査が大きな影響を受けていない事が分かった(図1)。治療中患者における薬剤耐性検査実施数では、不変が12例(41%)が一番多く、増加は5例(17%)で、50%以上の症例数で耐性検査数は保険収載による影響は受けていなかった。しかし治療患者での薬剤耐性検査数が減少した例が6例(21%)あった

薬剤耐性検査状況に関する調査結果

【保険収載後の耐性検査の依頼先(複数回答)】



【保険収載後の新規患者への検査実施数】



【保険収載後の治療中患者への検査実施数】



図4 薬剤耐性検査の依頼先と検査実施率

2005年時点で薬剤耐性と診断された症例について、これらの症例の薬剤耐性の状況とその後耐性検査の実施率を比較検討した。その結果、薬剤耐性変異を持つ症例のうちNRTI、NNRTI及びPIの3クラス耐性を持つ患者が14%みられた。この多剤耐性HIVに感染している患者の薬剤耐性検査実施の割合を調査した結果、これら