・今迄通り
・自分だったら不安でいっぱいになって勝手にひとりぼっちだと思ってしまうかもしれない
・変わらない、注意事項が増える
・病気の悪化や死への恐怖
・内にこもる
・まだ実感がわかない
・極めて普通
・普段とか分からないから薬を飲み続けなければならない
・普通ではいられないかもしれない
・変わらなくない？
・内にこもるかもしれない
・友人は15才で亡くなったので明るいイメージはない
・病院に通い詰め
・怯えながら暮らすかもしれない
・変わらない
・人ごみは避ける、普通の生活
・気をつける事があるけど、普通だと思う
・お金がかかる
・服薬している人なんか他の病気でもいっぱいいる
・薬の服用を強いられる毎日
・小さな幸せをかみしめて生きてく
・免疫力をつけること
・人の目を気にして生活
・変わらないと思う
・死と同然
・薬を飲む
・免疫が低下するから、病気に気をつける
・心配しなくてはならないこと。増えると思うが普通に生活する

Q12. 身近な人からHIVに感染していることを告げられた時、あなたはどう思うでしょうか？（どう思いましたか？）また、なんて答えるでしょうか？（なんて答えましたか？）

（112名回答）

・びっくりすると思う、何を言うか想像つかないけど特別な扱いをしないと思う
・重い。でも事故でうつってしまう等のため、教えてほしい。そうあることに対して、対応、接する時の方法、相手の気持ちも察する
・言ってくれてありがとう
・何か出来るか聞く
・今迄と変わらず仲良く
・最初びっくり、でも今まで通りでいたい
・俺に言ってくれてありがとうと言いたい
・今は死なないよ
・病院の指示に従って
・すごく辛い。力になってあげたいと思う
・大切な人が感染したら、私が一生懸命勉強して一番の理解者になりたい
・HIVとの付き合いかたを調べて伝える
・分からない
・それがどうしたの？
・変わらず接する
・もっと事実を勉強して伝えてあげたい
・分からない
・検査に行ってからじゃなんでなかったの
・真剣に向き合う
・発病すればやっておきたいことを出来る限りする
なったことは仕方ないので、きっちり話を聞いてあげたい。
・今まで通り関係を続けたい
・どうして感染したんだろう？
・言ってくれてありがとう
・驚くだろうけど変わらず接していきたい
・変わらないでいたいからHIVについて知りたいというと思います
・今日のライブのことを話、態度を変えないようにする
・とりあえず自分にできることはしたい
・別に何とも思わず、今迄と同じように生きる
・何も変わらないでいたいと思う
・近付かない
・今迄にない
・話を聞いて、励ます
・大変
・そうか！
・真心に受け止める
・その人は何も病人じゃないので、今迄通りに接します
・どうですか、でも普通通りおつきあいしましょうね！
・びっくりするほど今迄通り
・もっと病気のことを勉強すると思う
・前向きに生きるよう励ます
・答えが見つからない

・HIVになったからといって変わらない
・力になる
・分からない
・同情するふりをする。かわいそうに思ってしまうのが現実だと思う
・HIV について教えてもらった、こんな近くで、という印象だった。
・だめだと分かっていても一歩ひいて接してしまう
・HIVについて話を聴く。もっと仲良くなる
・変な同情をすると思う
・知識が少ないので、何も言えないと思う
・友達は友達なんで！
・言ってくれてありがとう
・変わりなく接して知識を得る
・今までと変わらないよう
・言ってくれてありがとう
・一緒に理解しようとする
・なんで！？
・軽く応えて、心を痛めそう。自分に置き換えて考える。ココではじめて身近に実感すると思う
・一緒にがんばろうか
・そうか…
・自分に何が出来るか考える
・話してくれてありがとう！
・冷たい視線を送る、ショックだろう
・うなずく
・一緒に病院に行く
・がんばれ
・愛は不変である
・不運
・変わらないと思いたい
・一緒に病気について調べる
・そんなの関係ない！
・言ってくれてありがとう…かな？
・マジ！？どうしたらいいか教えて！、と言う
・なんで避妊しなかったの？
・その人の気持ちを知ろうと努力する
・言ってくれてありがとう、と思う
・受け止めて、普通に接する
・何も変わらないと思う
・支えてあげたいし、今迄通りの関係でありたいと思う
・何も変わらない
・どうこたえて良いか分からない
・医学的な処置を調べて実践しようと励ます
・言葉にならないと思う
・ただ黙って聞く事しかできない
・正直、その時にならないと分からない
・相手の気持ちを思い、話を聞く
・助けると思う
・今迄と特に何か変わる？
・今までと何も変わらずにいると思う
・泣きそうになった。友人が亡くなって真剣にHIVの活動をはじめた
・一緒に
・普通に接すると思う
・ショック
・分からない
・大変だなと思う。仲良く関係を続ける
・了解
・普通に接することができるか？そうしなければと思う
・普通に接する
・普通に接するって考え自体、すごく上から目線、特に変わらない
・子供を持てるのか、また、その子供は感染しているのか
・つとめて自然にふるまう努力をしても「そうか…」と答えそう
・やっぱり普通に接するのは難しいと思う
・すごくびっくりするけど、それからも変わらず接したい
・何もできひんけど話は聞くよ
・しばらく考え込んでから普通に接する
・そんなん気にせず、お互いに頑張ろうと言いたいです
・一緒だよ
・私はそばにいるから心配しなくていい
・教えてくれてありがとう
・体大丈夫？
・どこで感染したか考える

Q13. HIV陽性の人の（またはHIV陽性の人との）SEXについてどう思いますか？　（101名回答）

・可能　8名
・条件付可能　31名
・困難　25名
・できない　21名
・どちらでもない　16名

Q14. セーファーセックスってどうやればいいのでしょうか？あなたなりの方法を具体的に教えて下さい（79名回答）

・コンドーム使用　57名
・その他（わからない等も含む）22名

Q15. HIV陽性の人の（またはHIV陽性の人との）恋愛についてどう思いますか？（101名回答）

・恋愛できる　84名
・恋愛できない　8名
・わからない　9名

Q16. あなたにとって健康とは何でしょう？（107名回答）

・生きている事
・治る範囲の病気まで
・かけがえのない宝物
・健康
・笑うこと
・楽しく生きること
・大切なもの
・毎日悩みなく生活できること
・自分で一番気をつけないとダメだと思う
・心と体がともに元気なこと
・気力
・毎日楽しく生活できること
・自由なことが出来ること
・予防しながらつきあえばありです
・日々気持ちが落ち着けること。毎日笑って過ごせること。笑うことが大事
・五体満足
・普通に恋愛やしゃべれることができて普通に過ごせること
・普段あまり意識していない
・毎日楽しく、生活に支障ない状態
・元気に朝を迎え、働けること
・心につっかかりがないこと
・心と体が元気であること
・笑顔に生きること
・心が元気なこと
・充実した毎日をすごすこと
・毎日おいしくごはんを食べれたり仕事できること
・毎日御飯が食べれて、家族、友達をいたわり生きること、衣食住があるだけで恵まれてるから
・幸せに暮らせること
・食
・生きること
・長生きすること
・心、体の健康
・何事にも束縛されずに思い考えられる状態
・笑顔
・生きる！
・五体満足で毎日生活できること
・心身ともに健康であることが必要
・生きる
・いつも気にかけている事。心と体のバランス
・心身共に健康なこと
・大切なもの
・毎日笑っていられること
・他人に迷惑がかからない幸せ。一方で日々のありがたみが分からない。病気になることで気付くことも多い
・心の健康。思いやるという気持ちを忘れない心
・心が健康なこと
・生きていれば全て
・笑える
・心とからだ、両方とも健全である
・命のつながり
・自分なりに生きること
・生きていく上で最も大切で糧になるもの
・毎日規則正しく生活出来る事
・病気なし
・病気もせず、心身ともに充実していること
・笑っていること
・笑顔でいれること
・普通に過ごせること
・不自由なく日々をすごせること
・人間らしい普通の生活をきちんとおくること
・全て
・心もからだも元気
・普通に生活できること
・笑える
・朝起きて寝るまで何の不安もないこと
・なくてはならないもの
・朝起きて生活をはじめられること

・基本
・五体満足
・宝物
・普通
・心と体のバランス
・当たり前で当たり前じゃないこと
・普通にご飯食べて、寝る
・心と体が正常に動く
・おいしいものを「おいしい」と思って食べられること
・健全な心
・心身どっちも健康なこと
・毎日が楽しく過ごせること
・毎日笑顔で生きている事
・全てはここから
・体だけでなく心も良い状態
・幸せな事
・笑って生活すること
・元気そのもの
・身体、精神ともに病にならないこと
・気持ちが元気でいること
・幸せ
・いきいき過ごせる
・当たり前で当たり前じゃないもの
・健全な肉体
・自分の身は自分で守る
・最も大切、心も健康に
・重要なこと
・主人が入院しているので励ましと元気をもらいました
・普通にご飯が食べれて、仕事や遊ぶこと
・好きなもの食べて好きなことができる体でいるこ　と
・病気なく元気でいられること
・病気しない。体を鍛える
・自分も嬉しい。自分を支えてくれる人にもうれしいことだと思う
・元気で楽しくいること
・健全
・笑顔でいること
・規則正しい生活、バランスの摂れた食事
・生きている事
・心身ともに健康なこと
・心が元気である事
・普通に生活する

Q17. セクシュアリティや、病気であるなしに関わらず、自分らしく幸せに生活し、健やかな人生を過ごすことが出来る社会ってどんなのでしょうか？また、そんな社会が実現するためにあなたができることは何でしょうか？

(90名回答)

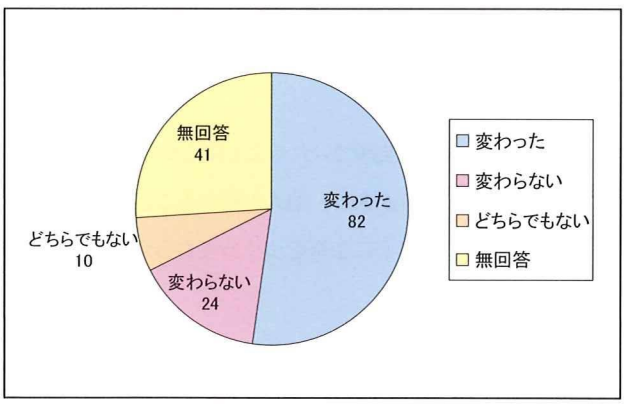
・理解。こういったイベントを通して壁をなくしていく
・民間や国などの保険でカバーできる。採血時は付随してHIV検査もついでにすることを国が決め、発表。学校で血液検査など
・正しい知識を広める
・今日のことを話す
・差別がない
・今日イベントで学んだことをふとしたときにでも人に伝えればいいと思う
・偏見のない社会。まずは知る
・偏見をなくす。日本人はほんの少しのことですぐ差別するから地道な活動が必要だと思う
・社会保障の充実
・笑顔でいること
・話を聞いてあげる
・差別のない日々
・人と人との関わり
・一筋縄ではいかない、実際このイベントにも歌だけが目当てで来ている人もたくさんいる
・差別意識をなくす
・自分に嘘をつかず、偽らず、本当の自分を受け入れてもらえる社会
・人が人を尊重するべき
・他人を思いやる気持ち
・セクシュアリティや病気をお互い、みんなが特別視しない社会
・多くの人と話し合う
・差別なくみんなが平等な社会
・偏見をなくす、医療費を引き下げる
・自分がしたいように生きる、自分に出来ることからしていく
・人と人がつながりを大切に。相手を信じることが出来る生活
・自分に強く他人に優しく
・まず知ること
・まずは、自分を理解する。そして相手を理解する

・そういう人でも別に差別をしないで、周囲の人も考え方を変えて普通に接すること
・他人に対して気遣いと優しさが大切です
・ひとりひとりが助け合う幸福な社会
・みんなが気持ち良く生活していける環境
・お互いの理解
・いろいろなことを知ること、自分を大切にすること
・自分が元気でいることで横にいる人が自然と元気のパワーが伝わって行くと、いいなと思う
・病気の人、同性愛の人と普通に接する。自分の子供に差別や偏見を持たないことを伝える
・幸せは自分の心が決めるものだし、各々が他の人の等身代を受け入れる事でそれぞれの幸せは近付いてくるものだと思う
・エイズもインフルエンザもすべて同じようなものであると感じられる事
・何もしない。何かしようとするから差別が起きる
・理解
・様々な偏見をなくす
・争いのない日々
・理解する、しようとすること
・知識を学ぶ。キャンペーンなどに参加して募金などに協力する
・いろんなことをよく理解していく
・みんながエイズの人に普通に接する
・全ての人々が病気などに対して献身的になり、正しい知識を浸透している社会
・小さい頃にもっと知るべき
・We are　シンセキ！たまたま自分ではないだけ。自分だったかもしれないという気持ちを大切に
・HIVについてもっと多くの人に知ってもらう
・周りの人から伝えて行く
・無知を出来るだけ無くす。全てに愛情を持って接する
・ひとりひとりの意識改革
・周りへの呼びかけ
・人に優しく、自分に厳しく、いつも笑顔でいればいい
・難しいことではなく普通のこと
・かなり重いです。人が人である限り難しいかも
・コンドームを配る
・教育、テレビ
・みんながそれぞれ知ることだと思う
・毎日笑っていること
・そういう環境をつくることが大事
・偏見をなくす
・人に優しくする
・もっと大人から子供まできちんと伝えるべき。そのために「マスコミ」がある
・コミュニケーションのある生活
・思いやりの輪をつくる
・みんなが支え合って笑顔でいれるように心がける
・全ての人が思いやりがあり、他人と接することができる。サークルをつくって心に余裕をつくってもらえるようにしている
・人のことを大切にできる人生
・声をかけあう
・譲りあう
・まずは理解しあうこと、まずは聞いて考えてみること
・正しい知識と予防医学
・みんなが思いを自由に言える
・差別をなくす
・私の夢をかなえて、それを生かしたい
・偏見のない社会、隣同士が互いに関心を持ち合っている社会
・知識や経験を糧に自身を強くすること
・選挙への投票
・このイベントでHIVを何とかしたいの？ゲイ・バイを何とかしたいの？どっち？
・思いやりのある社会、人にやさしく
・こういう啓発イベントを行うこと
・偏見、差別をなくすこと
・ひとりひとりの意識や考え方を変えること
・規則正しい
・ひとりひとりがHIV/AIDSなどの知識を身につけ、差別や偏見をなくす世の中にしないといけない
・教育
・ひとりの人間として接すること。考え方が理解できなくても、違う意見を持っている人がたくさんいることを知っていれば偏見は無くなる
・まずは自分が心も体も元気にすごすこと
・We are シンセキ！

Q18：このイベントをみてHIV/AIDSのイメージは変わりましたか？

結果を図6に示した。

図6　イベント参加後のイメージ（Q18）



Q19. このイベントをみて HIV/AIDS のイメージが変わった、変わらなかった、どちらでもない、その理由

（97名回答）

・知っていることがほとんど。キャリアの時の感染の問題とか聞きたかった。気付かないことが拡大の原因があると思う。本人の任意とか待って人権の尊重してる場合じゃないと思う
・新しい意見と知識が増えた
・いい話を聞いたから
・変えたくない
・みんな親戚
・普通でいいってことは分かった
・同じ目線でいればよいと思った
・死の病ではなくなったから
・もっと色んな勉強をしようと思った。今まで少し無関心だった
・よく分からない
・ただ理解したい、知識をつけたいって思ってたけど、今はそれよりも愛を持って接したいって思いました
・身の周りにHIVにかかった人はいないと思うが、仮にかかった人がいると分かっても、差別なくつきあえると思う
・今迄は関係ないと思っていたけど、身近なことなんだと思った
・身近なものだと感じたから
・お話が聞けてよかった
・メティスさんの歌で隣に座っている嫁が泣いているのを見て、とても愛を感じました。私も愛一杯で育てて良かったです。
・今迄命について意識しなかったけど、それに直面して生きて行かないといけないから
・もっと知ってほしいと思った
・もっとHIVを深く考えたい
・知らなかった知識を得ることができたから
・真実を知ることができた
・以前から同じ考えしかもったことない
・保健体育の教師志望のため学校でだいぶ勉強したから
・よく分かってなかったし、ちゃんと理解しよう！という気にさせてくれたから
・薬をのむ期間など知らないことを知ったから
・いつも教えられてその都度変わる
・自己責任
・イベントに参加する前から偏見をなくそうと思っているから
・分からない
・ゲイが身近になった
・身近な問題でもあって、そんな難しく考える必要もないような、と思った
・知らないことが多かった
・前向きに受け止められるようになった
・病気ではないので別に差別することはないから
・偏見を持つ考え方がなくなった
・知らないことがいっぱいあったから
・まだ他人事
・普通に接すればいいんだ
・怖い
・このイベントに来て考え方が変わった
・HIVは他人事ではないと思った
・分かってもらえる人には話したいと思った
・考える機会が少なかったから
・まだまだ分からないことがある
・大分知識が増えた
・分かりやすかったし勉強になった
・予めあった知識にリアリティが加わったから
・何も怖くはないのだと思った。きちんとした知識を防ごうとする意志があれば
・知識を得れた
・Sunya の言葉。同じ目線で接してあげて。知識は何もいらない
・誰もがなりうる病気であり、他人事ではないが誰もが理解

できる病気だと分かった
・まだまだ自分は何も知らない
・新しく知ったことがたくさんあった。普通に接してあげること→愛ってこと
・身近なものだと思った
・より身近に感じられた
・意識を再度起こされただけ
・少しですがより身近なものになった
・もっと身近に感じるべきことなんだと思った
・より知識を得て真剣に取り組める様になった
・色々なことが分かった
・意識レベルがあがった
・身近と思った
・元々、特別な思いはないです！
・今は薬で効果が期待できるので
・情報はある、後はアーティストの誠意
・かなりの知識を得ました
・もっと深刻な問題と思っていたし、なる人が少ないと思ってた
・自分には関係ないと思っていたけど、知らないだけで、今迄出会っているかもしれないと思っていたから
・全ては必然
・前回のライブがきっかけで検査を受けました
・初めて参加した、これから勉強しょうと思う
・別の人という考えだった
・普通に接すればいいということ
・偏見がないから
・関係ない話かな？って思っていたけど、今もし身近な人がなったらって、考えたから
・より具体的に、詳細に知識を得る事が出来た
・もっと身近なもの
・色んなところでAIDSはよく勉強している
・エイズに対して考える機会ができた
・前からある程度の知識があったため
・色々なことが分かって勉強になった
・さらにHIV/AIDSについて知ったから
・悪いイメージがない
・以前から教わっている
・これからも必ず自分の出来る事から活動したいという思いが「大きく」なっただけ
・色々なところでエイズのことを聴いてそんなに「いや」とは思わないから
・常に自分自身意識してきたことだから
・伊藤由奈さんの歌を聴いて
・vol.1から来ています
・まわりにHIV感染者がいないからよくわからない
・たとえを話してくれた為
・やはり怖い
・他の病気と同じだと思うから
・カミングアウトできない陽性者がたくさんいるかもしれないと分かったから
・分かりやすかった
・愛です！に参加して伝わった

考察

アンケート調査により、イベントを通じてHIV/AIDSに対するイメージの変化が見受けられた。今後イベント時のアンケート実施方法や情報提供方法の検討が必要と考える。

結論

エイズ予防啓発イベントにおける意識調査として、大阪を中心とした近畿エリアをカバーするマスメディアであるFMラジオ「FM OSAKA」が実施するイベントで、参加者にHIV/AIDSに対するアンケート調査を実施した。今後、調査方法も含めさらなる検討が必要と考えられた。

健康危険情報

該当なし

知的財産権の出願・取得状況

該当なし

研究発表

該当なし

19 チーム医療構築の現状と課題に関する研究

研究分担者：仲倉　高広（独立行政法人国立大阪病院機構大阪医療センター臨床心理室）
研究協力者：青木理恵子（特定非営利活動法人 CHARM）
伊賀　陽子（兵庫医科大学病院　医療社会福祉部／地域医療・総合相談センター）
池田　和子（国立国際医療センター戸山病院　エイズ治療・研究開発センター）
上平　朝子（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター　感染症内科）
梅本　愛子（地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立精神医療センター　精神科）
榎本てる子（関西学院大学　神学部）
岡本　　学（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター　地域医療連携室）
小西加保留（関西学院大学　人間福祉学部）
下司　有加（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター　看護部）
城崎　真弓（独立行政法人国立病院機構九州医療センター　看護部）
富成伸次郎（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター　感染症内科）
友田　安政（横浜市立大学附属病院　福祉・継続看護相談室）
豊島　裕子（大阪市立総合医療センター　看護部）
中道　基夫（関西学院大学　神学部）
鍋島　直樹（龍谷大学　法学部）
西田　恭治（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター　感染症内科）
舩附　祥子（広島大学病院　医療対策室）
松岡　千代（兵庫県立大学　看護学部）
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）
山中　京子（公立大学法人大阪府立大学　人間社会学部）
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）
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）
宮本　哲雄（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター/財団法人エイズ予防財団リサーチレジデント）
大北　全俊（独立行政法人国立病院機構/財団法人エイズ予防財団リサーチレジデント）

研究要旨

本研究は、HIV 外来診療に役立つようマニュアルを改訂すること（研究１）、そして、多面的な問題に対応できるチーム医療の実現のために、チーム医療体制の現状と課題を明確にする評価法を確立すること（研究２）を目的とした。また、長期化する療養生活のなかで、人生の問いや不安感に対応するために、医療者以外の支援者の参与を開拓すること（研究３）を目的とした。HIV 診療における外来チーム医療マニュアルは、チーム医療全体に関すること、治療や診療に関すること、使用しやすさを主に改訂した。チーム医療の評価に関しては、信頼性、妥当性のある尺度の開発を目指し、各チームの構成員の意識調査をもとに、各チーム構成員内の点数の標準偏差と総計を用い評価する方法を採用した。長期化する HIV/AIDS 医療において医療面、心理面、社会福祉面でのケアの整備に加え、人生をどのように生きていくのかなどの実存的なケアの可能性を検討すべく、スピリチュアル・ケアの有識者による検討を開始した。今後の課題として、マニュアルの有効活用、HIV/AIDS

医療におけるチーム医療の促進、チーム医療の評価尺度の妥当性、信頼性の確立と実施、および全人的なケアの提供に向け、スピリチュアル・ケアの具体的な参入や連携のあり方の検討が挙がった。

研究目的

HIV感染症は、抗HIV薬を処方どおり服用することで、ウィルス量を抑えることができるようになった。つまり、治療の成功は、患者のアドヒアランスによるところが大きくなってきているといえる。アドヒアランスの良好予測因子として、①情緒面および実生活上の支援がえられている、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診療の予約を取ることができる、が挙げられている。

また、不良予測因子として、①医師と患者の間に信頼関係がない、②薬物乱用または飲酒の傾向が高い、③精神障害（うつ病など）がある、④患者教育が足りず、薬剤に関する患者の自覚がない、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家庭内暴力や差別がある、⑦副作用の体験や恐れがある、が挙げられている（木村監訳、「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」2005年）。

良好予測因子を維持増進し、不良予測因子を軽減するためには、各因子に対し、さまざまな専門職がチームを有機的に組み、ケアを提供していくことが重要となってくる。白阪ら(2009年3月)により「HIV診療における外来チーム医療マニュアル」(以下、マニュアル）が作成され、身体・心理・社会的側面といった多面的な問題への支援を示した。しかし、発行後も抗HIV療法は変化しており、また、当時のマニュアルには、服薬未開始の患者への支援の記載がなかった。

よって、本研究は、HIV外来診療に役立つようマニュアルを改訂すること（研究1）、そして、多面的な問題に対応できるチーム医療の実現のために、チーム医療体制の現状と課題を明確にする評価法を確立すること（研究2）を目的とする。また、長期化する療養生活のなかで、人生の問いや不安感に対応するために、医療者以外の支援者の参与を開拓すること（研究3）を目的とする。

研究方法

研究1：マニュアル改訂

改訂箇所の抽出は、平成18年度に実施した厚生労働科学研究費（エイズ対策研究推進事業）研究成果等普及啓発事業での発表会でのアンケートや参加者（385名）等の感想、および治療や診療の変化をもとに行なった。

改訂作業委員は、HIV診療を担っている多施設の医師（感染症医・精神科医）、看護師、HIV認定薬剤師、ソーシャルワーカー、臨床心理士、NPOスタッフ、チーム医療の研究者21名で構成した。各職種の代表者（9名）が6回集まり、原案を作成し、4回の全体会議で討議決定を行った。

研究2：チーム医療の評価法の作成のための検討事項

① チーム医療の何を測定するのか

チーム医療を実践しているか否かを測定するために、成果（診療の質の測定や問題の改善など）を測定したり、チームの活動を参与観察するには、時間的にも労力的にも実際的ではない。よって、何をもってチーム医療がなされているのかを海外の先行研究をもとに検討した。

② 何で測定するのか

日本のHIV外来診療の現状を把握するため、より多くの施設の情報を集約するか、より正確な測定方法を採用するか検討した。

③ どのように測定するのか

参与観察による実際のデータを採取するのか、自記式のアンケートを採用するのか検討した。

④ 作業仮説と評価の方法

⑤ 実施計画

（倫理面への配慮）

研究3：医療者以外の支援者の参与の開拓

WHOの総会で提案されている健康の定義（Health is a dynamic state of complete physical, mental,

spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.）より、spiritual な側面からの支援に関する有識者（キリスト教系、仏教系）と実践者（牧会カウンセラー）と医療従事者（医師、コミュニティソーシャルワーカー、臨床心理士）との会議（計6名）を開催し、HIV 診療における参与の可能性について検討した。個人が特定されない形で実践例を報告してもらい、有識者による相違について話し合った。

研究結果

研究1：マニュアル改訂

主な改訂点を以下に記した。（改訂前→改訂後）

【チーム医療全体に関すること】

1. 各専門職の機能（働き）を平易に表記。専門職の機能を当該施設の現存するスタッフで分担すること、および専門職の機能を当該施設の現存するスタッフで分担することを前提→各専門職の機能を明確に表記（追記）。専門職が当該施設に配置されていることを前提。
2. 各職種の役割（機能）の表記→チームやチーム医療を推進するために必要とされる能力などを表記（追記）。
   - ・チームの定義
   - ・チーム形成を支える構成員や構成員間、構成員と組織との関係に働きかけること
   - ・チームのさまざまな形態や段階
3. 施設内スタッフの連携の推進→施設間の連携（追記）
   - ・中核拠点病院やブロック拠点病院、ACC、諸団体との連携

【治療や診療に関すること】

4. 抗HIV薬開始からのチーム医療→抗HIV薬開始前からのチーム医療（追記）
   - ・受診前相談
   - ・服薬未開始患者への対応
5. 治療開始時期→治療開始時期の修正（変更）
   - ・今後の変更を加味し、参考資料やホームページを表記
6. 服薬支援を中心に編集→HIV 陽性患者の支援を中心に編集
   - ・受診前相談の項目追加
   - ・服薬未開始の支援の項目追加
7. 服薬中断、治療困難症例への服薬支援→標準的な症例を基本に表記（変更・縮小）
   - ・服薬中断例への服薬支援のみに縮小
   - ・チームによる対応を中心に内容の変更
   - ・施設間での連携による対応の追記（中核拠点病院やブロック拠点病院との連携など）

【使用しやすさに関すること】

8. 抗HIV療法や抗HIV薬の特徴（第三章）→最低限の表記（縮小）
   - ・参考資料やホームページを表記
9. 連携を文書で表記→連携に役立つ書式やテンプレートを追記
   - ・紹介状や問診票などの例を追記
10. 治療経過別の目次→職種ごとの目次を追記

研究2：チーム医療の評価法の作成のための検討事項

① 何を測るのか

チームの構成員各自の考え方、態度をもってチーム医療の状況を把握することとした。山中ら（2009年）の先行研究をもとに、各チームの構成員各自にチームごとの通し番号を記した解答用紙に

Ⅰ：各構成員のチーム医療の考え方

Ⅱ：各構成員のチームへの関わり方

Ⅲ：各構成員の属するチームの評価

について自己評価してもらい、それをもとに、

Ⅳ：同チームの構成員間の回答の差を測る。

考え方、関わり方、チームの評価について、同質な反応かどうかを標準偏差で、またチームが成熟しているかどうかは、総計の平均値が高くなるかどうかで判定を行うこととした。

ただし、山中らの研究により、経験年数が5～10年のものは、チームの評価が下がることが分っているため、経験年数による加重により調整する必要がある。

② 何で測るのか

山中らが使用したHeinemannらの尺度の使用、翻訳許可を取得した。また、チームへの関わり方やチームの評価に関する妥当性、信頼性のある評価票がないため、松岡（2007年）の尺度を用い、新たにチームへの関わり方やチームの評価に関す

る尺度を作成することとなった。

③　どのように測るのか

対象は、HIV外来診療を行っている施設のうち、月平均外来患者数が20名以上、もしくは累積患者総数が50名以上の拠点病院、および、中核拠点病院、ブロック拠点病院とすることとした。

④　作業仮説と評価

Ⅰ：チーム医療が成熟しているほど、各構成員間の「Ⅰ考え方」は一致している。

Ⅱ：チーム医療が成熟しているほど、各構成員間の「Ⅱ関わり方」は高得点で一致している。

Ⅲ：チーム医療が成熟しているほど、各構成員間の「Ⅲチームの評価」は高得点で一致している（経験5～10年で比重にて調整）。

Ⅳ：チーム医療が成熟しているほど、総計が高くなる（経験5～10年で比重にて調整）。

Ⅴ：因子分析にて、各質問項目を分析し、チーム医療のチェック項目の作成を行う。

こととした。

⑤　調査計画

調査用紙作成（日本語に翻訳し再度英語に翻訳する、調査用紙の作成）を2010年5月までに行い、6月中に配布、回収を行う。7月に分析、チーム医療の自己評価項目の作成を行う。

研究3：医療者以外の支援者の参与の開拓

実践者による報告の後、キリスト教系、仏教系の有識者、医療者との話し合いを行った。各宗派や儀式の方法に議論は向かわず、ケアとしてどのようなことを目指しているのかに議論が焦点付けられた。

医療従事者が基本としている支援（敬意を払う、傾聴する、共感的理解を示すなど）と共通基盤に立っているということが話し合われた。一方で、医療従事者との違いとして、痛みや苦しみに寄り添うことを徹底して行うことを通し、対象となる人の尊厳を保つことを目指している点が論議された。

考察

研究1：マニュアル改訂

チーム医療全体に関することとして、治療の段階ごとに各専門職の対応のポイントを記載することを原則とした。また、チーム医療に関する知識を掲載し、施設を超えた連携も記載した。次に、治療や診療に関することとして、抗HIV薬開始前からのチーム医療を追記した。また、治療方法や基準の変更に伴い改訂を行わずに済むように、治療に関する情報について公開されているインターネット上のアドレスを掲載し、チームによる対応を構成の中心にした。薬物療法を中心にしたマニュアルからHIV陽性患者の支援を中心に標準的な症例を基本に編集し直した。マニュアルの使いやすさに関することとして、抗HIV薬や抗HIV療法は最低限の表記に縮小し、参考資料やインターネットの情報を掲載した。さらに、多職種や他機関との連携に役立つ書式やテンプレートを追記した。職種ごとの目次を追記し、さまざまな職種が当該箇所を参照しやすくした。チーム医療の一定のあるべき姿を成文化できたことは評価できるであろう。今後、成文化された本マニュアルをもとに、チームのあり方を検討し修正していくことで、より良いチーム医療を目指すことの一助となると思われる。

本改訂版マニュアルを拠点病院を始め、多くの医療機関に有効に活用してもらう配布方法などの検討を行い、広く実践に活かしてもらえるようにすることが課題である。ダイジェスト版など、日々の臨床に負担なく使用できるツールを開発する必要があるであろう。

また、今回は標準的な症例をもとにチームでの対応をマニュアル化したが、精神疾患や合併症、薬物乱用などの多重診断を持つ症例に対するチーム医療のマニュアル化が望まれる。

研究2：チーム医療の評価法の作成のための検討事項

海外でも学術的に評価法が一定しておらず、信頼性、妥当性のあるチーム医療の尺度は多く存在していない。今回、チームを構成している構成員各自のチーム医療に対する態度や考えを自記式に調査する方法を選んだ。また、チーム構成員間の標準偏差や総計などの処理方法を採用し、当該チームの状態を把握する方法は、他の尺度では見受けられず、オリジナルなものである。今後、信頼性、妥当性を維持しつつ、尺度開発を行い、それを使用することで、自らのチーム医療に対する態度や考えの課題が明確になるような評価法の確立が望まれる。

研究3：医療者以外の支援者の参与の開拓

HIV 医療のなかでスピリチュアル・ケアに関する検討は、他研究のなかではなかったものであり、全人的なケアに向けて新たな支援の方法の可能性が示唆された。国際的な視点の導入の契機になると思われる。しかし、スピリチュアル・ケアの定義や、HIV医療にどのように、誰が参入するのか、どのような工夫や連携が必要であるのか、より具体的な課題を明記し、検討していく必要がある。

結論

HIV 診療における外来チーム医療マニュアルの改訂を行った。今後、活用方法の提示や問題別のチーム医療マニュアルの開発などが課題として挙げられた。

また、チーム医療の評価尺度の作成は、構成員間の標準偏差や総計でチーム間のコンセンサスや状態を把握する方法を考案した。今後、尺度を用い、評価法の完成が課題として挙げられた。

全人的な医療の提供のため、スピリチュアル・ケアの参与の可能性について検討された。具体的な連携の方法やスピリチュアル・ケアの定義など課題が挙げられた。

文献

木村哲監訳、「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」、2008

松岡千代、「高齢者ケアにおける他職種連携に関する実証的研究－『チームワーク』機能モデルの検証－」、関西学院大学大学院　博士論文、2007

Heinemann, G. D., Schmitt, M. H., & Farrell, M. P., Development of the attitudes toward Health care Teams Scale：Phase II. In J. R. Snyder (Ed.) Interdisciplinary health care teams : Proceedings of the thirteenth annual conferece. 1991

白阪琢磨、「HIV診療における外来チーム医療マニュアル」改訂第2版、2010

健康危険情報

該当なし

知的財産権の出願・取得状況

該当なし

研究発表

該当なし

20 長期療養者の受入における福祉施設の課題と対策に関する研究

研究分担者：山内　哲也　（社会福祉法人武蔵野会　八王子生活実習所）
研究協力者：中島　通子　（社会福祉法人武蔵野会　練馬福祉園）
大和田　卓　（社会福祉法人武蔵野会　千代田区立障害者福祉センター）
吉倉美佐子　（社会福祉法人武蔵野会　西水元あやめ園）

研究要旨

研究1「福祉施設従事者の受入意思決定プロセスの検討」及び研究2「福祉施設のHIV感染者の受入課題の検討」を実施した。研究1では、社会福祉法人が経営する福祉施設の従事者を対象に自記式質問紙法の調査を行った。得られた1102名のデータを多変量解析の手法で分析し、HIV感染者の受入意思決定のプロセスをモデル化することを試みた。研究2は、福祉施設でのHIV感染者の受入の意思決定に関わる施設長・管理者などの経営層を対象にフォーカス・グループ・インタビュー(半構造式面接)を12グループ計50名に実施し、「HIV感染者の福祉施設受入の課題と対策」をテーマにグループで話し合ってもらった。インタビュー内容をICコーダーに録音し逐語化して重要概念を抽出した。

研究1では、福祉施設の従事者のHIV感染者の受入意思決定プロセスについて、従事者の「社会的使命感」を起点とした「ソーシャルサポート」「医療体制」「リスク評定」「業務負担感」「HIV 知識」の受入課題領域が直接・間接的に影響し合い「HIV感染者の受入拒否意向」に至るプロセスモデルが検証された。研究2では、福祉施設の従事者がHIV/AIDSに関して、負のイメージを介して強い不安のスパイラルに陥りやすいことや自分たちの福祉施設の業務領域として認識していないことから、福祉従事者の意識向上や受入マニュアルの整備、支援体制の初動形成などが重要課題であることが判明した。一方、受入実績のある福祉施設では、HIV を特別視する段階から「生活のしづらさ」を抱える要支援者のケアへと支援視点の転換がされており、HIV 感染者の福祉施設の受け入れには、医療モデルから生活モデルへの視点の転換が大切であることが示唆された。

■研究1

福祉施設従事者の受入意思決定プロセスの検討

研究目的

慢性疾患化した長期療養者が漸増している中、地域で自立困難なHIV感染者の受皿として福祉施設の役割が期待されているが、福祉施設のHIV感染者の受入はあまり進んでいない。そこで、福祉施設従事者はHIV感染者の受入にあたってどのような意思決定プロセスを経るのかを因果モデルで仮定し、共分散構造分析で検証する。それをもって、福祉施設従事者のHIV感染者の受入意思決定のプロセスを検討し、HIV 感染者の受入促進対策の見通しを立てることを目的とする。

研究方法

7社会福祉法人42事業所1400名の福祉施設で働く従事者を対象に自記式質問紙による「長期療養者の福祉施設受入に関する意識調査」（回収1298名　内有効1102名 有効回答率84%）を実施した。

調査内容としては基本属性に関しては、施設種別、性別、年齢、学歴、福祉経験、職種、勤務形態、資格などを質問した。施設体制については、安全管理体制、マニュアルの整備状況、研修受講、HBV・HCVの受入経験、拒否経験、受入決定者、HIV感染者との交流経験、スタンダード・プリコーションの周知度、利用時のHIV感染検査の有無などを質問した。（質問1～18）さらに、HIV感染者の受入に関しての質問(質問19-1～88)を5件法でたずねた。最後に、HIV/AIDSの基本的知識について周知度をチェックした。

分析は、基本属性などを単純集計し、次に「HIV感染者の受入拒否意向」をあらわす質問19-88を従属変数とし、基本属性項目を各々分散分析し、項目間の有意さを探り、受入拒否傾向を確認した。

そして、長期療養の受入意向に関する質問19-88 項目を単純集計し、回答に極端な偏りのないことを確認したのち従属変数とした質問 19-88「HIV 感染者の受入拒否意向」を除く質問 19-1～87 項目を因子分析（最尤法、プロマックス回転）した。

また、質問 19-88 を従属変数とし、因子分析で抽出した因子を独立変数とし変数増減法による重回帰分析を実施した。変数増減法の基準は、投入 p=0.05、除去 p=0.1 とした。統計的有意性検定の有意水準はすべて5%未満とした。解析はPASW 18.0（SPSS 社）で実施した。

次に、福祉施設の従事者の「HIV 感染者の受入拒否意向」と因子分析で抽出された因子間の因果モデルを推定し、共分散構造分析により検証した。統計的有意性検定の有意水準はすべて 5%とした。解析は AMOS 16.0（SPSS 社）で実施した。適合度指標は GFI、AGFI、RMSEA を使用した。適合性が良好とされる GFI、AGFI は 0.9 以上、RMSEA は 0.05 以下とした。

研究結果

(1) 単純集計

1)施設種別

勤務施設別(図 1)の割合は、高齢者関係の施設では相談・通所系 73 人(6.6%)、グループホーム 25 人(2.3%)、入所施設が 376 人(34.1%)計 474 人(43%)。障害者関係が通所系 227 人(20.6%)、入所施設が 319 人(29.0%)で計 546 名(47%)、児童が 60 名(5.5%)、その他 22 名(1.9%)で全体 1102 名(100%)となっている。

2)基本属性

性別(図 2)は男性 434 人(39.4%)、女性 668 名(60.6%)。年齢構成(図3)は、20代360人(32.7%)、30 代 327 人(29.7%)、40 代 209 人(19%)、50 代 154 人(14%)、以下が 60 代以上となっている。最終学歴(図 4)は専門学校・短期大学(福祉・医療系)317 人(28.8%)、その他の専門学校・短期大学 142 人(12.9%)、四年制大学(福祉・医療系)155 人(14.1%)、その他の四年制大学 212 人(19.3%)、大学院が 11 人(1%)、その他が 265 人(24.1%)いる。福祉経験(図5)は、5年未満が460人(41.8%)、5-9 年が 320 人(29.1%)、10-14 年が 166 人(15.1%)、15-19 年が 57 人(5.2%)、20 年以上が 96 人(8.8%)である。

職種内訳(図 6)は、直接援助職が 1102 名の内の 780 名(70.8%)と最も多く、次いで看護師 58 人(5.3%)であり、管理職・施設長は 35 名(3.2%)となっている。勤務形態(図 7)は正職員が 1102 名の内 773 名(70%)、非常勤は 329 名(30%)となっている。福祉・医療に関する資格の保有(図 8)の割合は、介護福祉士が一番多く 328 人(29.8%)、次いでヘルパー2 級などを含むその他の資格が 342 人(31.1%)などとなっている。無資格者は 232 人(21.1%)であった。

3)施設体制

HIV 感染者に限らず感染症を有する利用者のケアは、福祉施設の安全管理体制が機能しているかが重要な事項であり、一つの指標として福祉施設の「(安全)衛生委員会」が職場内で機能しているか(図 9)を尋ねたところ 56.7%が機能している、機能していないが 15.6%、わからないが 27.7%であった。

また、施設が整備している感染症マニュアルに HIV/AIDS に関する事項が含まれているか(図 10)の問いには、HIV 感染についてマニュアルに記載されているが 10.8%と少なく、含まれていないが 38.7%、わからないが 50.5%で両方を合わせると全体の 89.2%が不備か周知されていなかった。

一方、HIV 感染についての勉強会や研修会の受講経験(図 11) をたずねたところ、受講したことがないが 78.2%、受講したことがあるが 18.1%、その他わからないが 3.6%であった。80%近くが HIV/AIDS 関連の研修の機会を持っていなかった。

次に、過去に HBV や HCV の受入を経験しているか(図 12)をたずねると、HIV と同じ血液感染症である HBV や HCV 感染者の受入経験があるが 53.4%、なしが 22.4%、その他わからないが 24.2%であった。約半数が何らかの形で自分たちの施設で HBV や HCV 感染者を受入れた。

逆に、過去 10 年間に HBV や HCV 感染者の受入を拒否した経験(図 13)についてたずねると、わからないが 58.4%で、拒否せず受入たが 39.6%、拒否した経験がある者はわずか 2%であった。ちな

みに回答者の身辺でHIV感染者がいるか(図15)をたずねたところ、いるが4.4%、いないが95.6%であり、身近に存在していないため、日頃あまり意識することが少ない環境にあることがうかがえた。

利用者のサービス開始や受入に関して決定に影響を持つ者(図14)を施設長・管理者を除いて選んでもらったところ、役職者 36.0%、看護師22.1%、職員18.7%、医師14.0%、家族7.2%、その他2.0%の順で決定に影響を持つとなった。

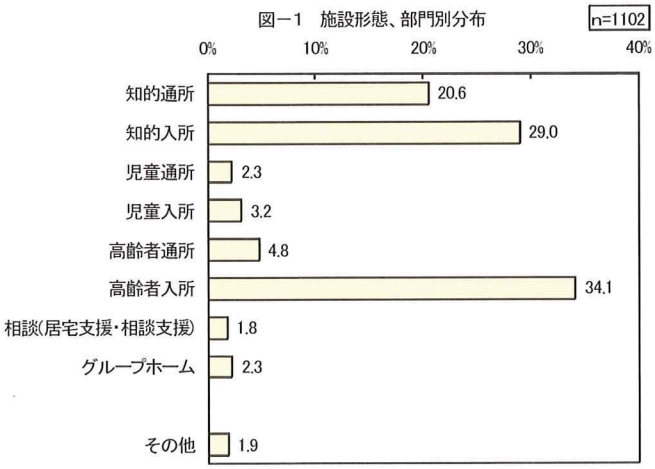
感染病の標準予防策であるスタンダード・プリコーションについて(図 16)の施設内の周知度をたずねたところ、知っているは10.9%で89.1%が知らないと回答した。

また、新規利用時に利用者のHIV感染の有無について(図 17)たずねると 7.6%が確認し、35.2%が確認していないと回答し、57.2%の者が新規利用時のHIV感染の有無についての検査体制について知らなかった。

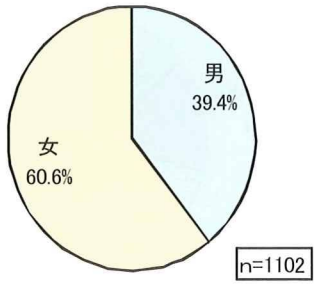
4)HIV/AIDSの基礎知識の有無

施設種別で HIV/AIDS についての基本的知識を有しているのかを調査した。内容は常識的なHIV/AIDSの知識を問うもので、15問出題し、テストの回答率を各施設種別ごとで比較したところ、相談(居宅支援、相談支援)が平均13.2問正解で正答率が一番高かった。一番低いのはグループホーム11.6問、次いで高齢者入所施設が11.8問となっていた。エイズは若年者の病気というイメージがあるためと推測される。

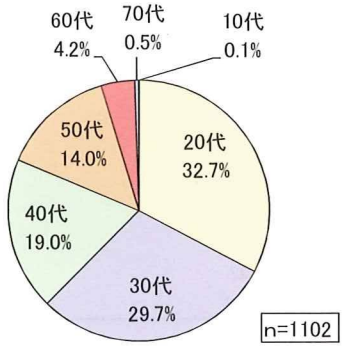
図－1　施設形態、部門別分布



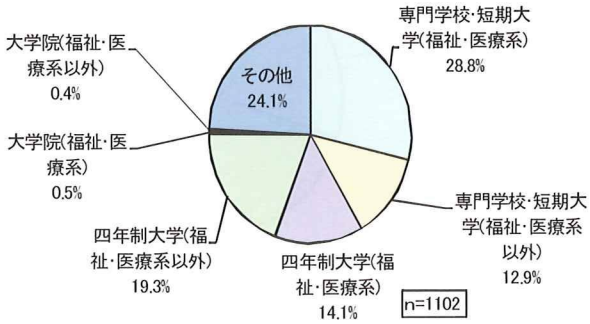
図－2　性別



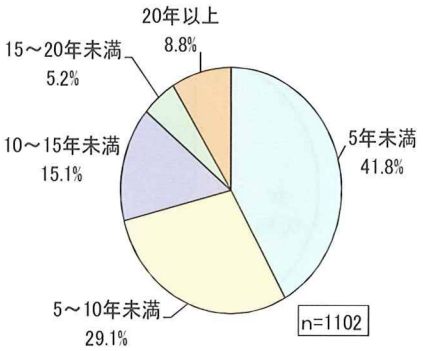
図－3　年代



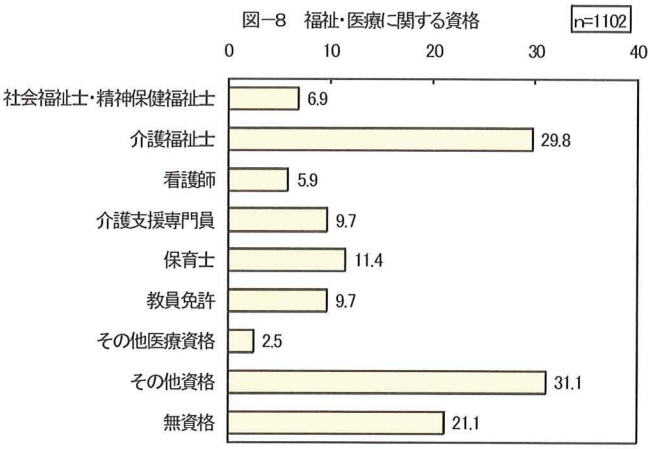
図－4　最終学歴



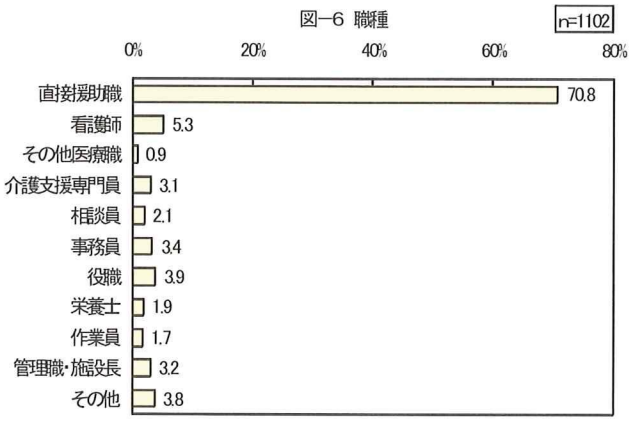
図－5 福祉経験



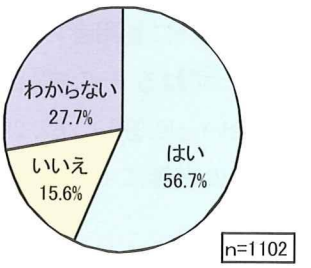
図－8　福祉・医療に関する資格



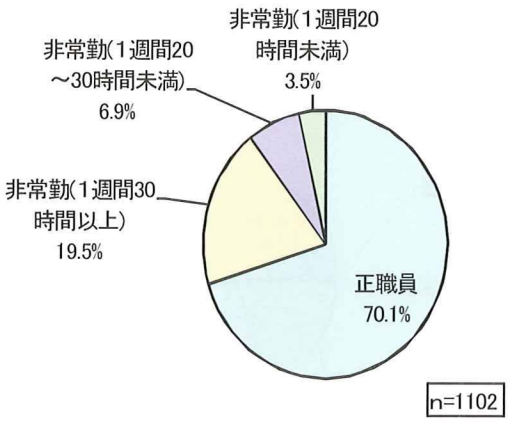
図－6 職種



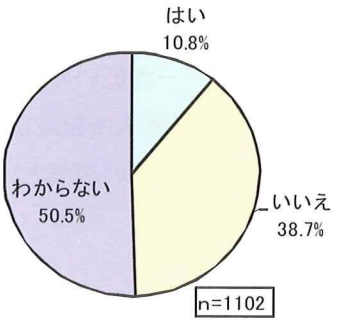
図－9　問10 職場の安全管理の組織が機能していると思いますか



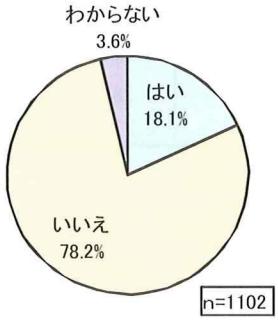
図－7　勤務形態



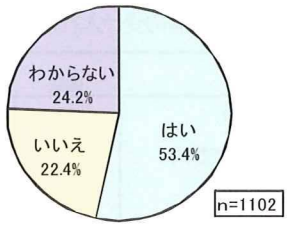
図－10　問11 感染症マニュアルにはHIVに関する事項は含まれていますか



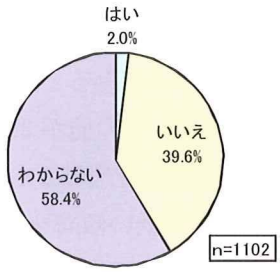
図－11　問12 HIV感染についての勉強会や研修を受講した経験がありますか



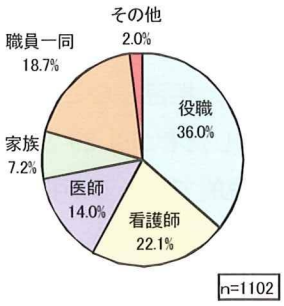
図－12　問13 HBVやHCVの感染者を受け入れたことがありますか



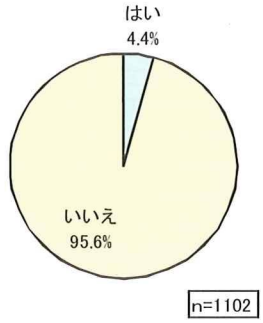
図－13　問14 HBVやHCVの感染者の受け入れを拒否した経験が過去10年間の中でありますか



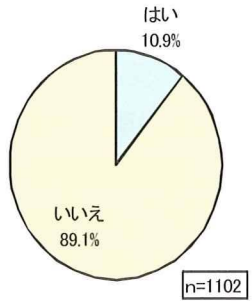
図－14　問15 サービス開始・受け入れに関しての決定で誰が一番、施設内で影響力が強いと思いますか



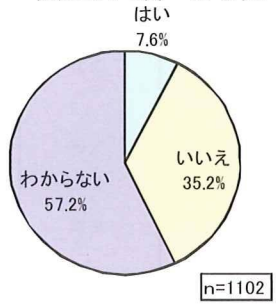
図－15　問16 HIV感染者やエイズの家族・友人・知人がいたり、実際に話したり、接したことがありますか



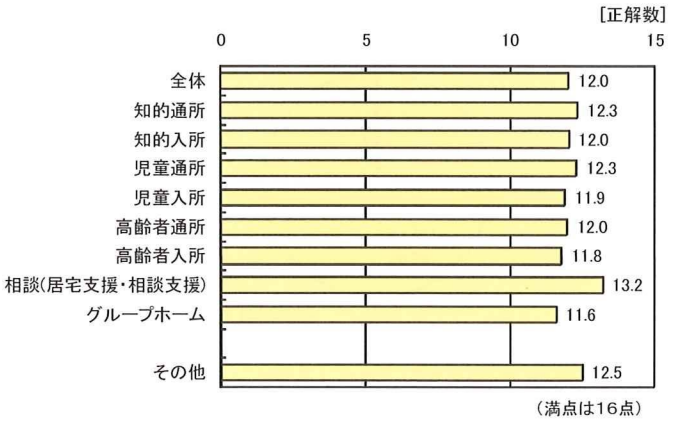
図－16　問17 スタンダード・プリコーションという言葉を知っていますか



図－17　問18 新規のサービス利用時に利用者のHIV感染の有無について調べていますか



図－18　HIV知識 テスト結果



(2) 受入拒否意向との関連（分散分析）

各項目間のHIV感染者の受入拒否傾向を確認するために、「HIV 感染者の受入拒否意向」（問19-88)」を従属変数にして調査票の質問項目(問1～18)までの基本属性項目ごとに分散分析を行い、有意差を確認した。平均値が高いほど拒否意向の傾向が高い。

まず、施設種別(表 1)でみると、平均値が高齢者グループホーム3.28、知的入所3.37、高齢者入所3.35と入所系の施設が拒否意向の傾向が高く、知的通所と相談系は2.8%台で低かった。

表－1　施設形態別「HIV感染者の受け入れ拒否(問19－88)」の平均値

施設形態・部門	度数	平均値	標準偏差
知的通所	228	2.88	1.057
知的入所	320	3.37	1.081
児童通所	24	3	1.103
児童入所	35	3.06	1.027
高齢者通所	53	3.17	0.849
高齢者入所	376	3.35	0.996
相談(居宅支援・相談支援)	20	2.8	1.005
グループホーム	25	3.28	0.678
武蔵野会本部	2	4.5	0.707
その他	19	2.79	0.918
合計	1102	3.21	1.043

F(9,1092)=3.46,P<.001

表 2 の性別で比べると女性の方が平均値 3.28とやや拒否傾向が強かった。

表－2　性別「HIV感染者の受け入れ拒否(問19－88)」の平均値

性別	度数	平均値	標準偏差
男	434	3.11	1.124
女	668	3.28	0.981
合計	1102	3.21	1.043

F(1,1100)=7.74,P<.005

学歴(表 3)では平均値が、その他(高卒以上)が3.47、次いで、専門学校・短期大学(福祉・医療系でない)3.42 で拒否意向が高く、いずれも福祉・医療系の四年制大学、大学院は低かった。福祉・医療系は感染症やHIVについての知識を保有していることから受入拒否の傾向が低くなったと推測される。

表－3　最終学歴別「HIV感染者の受け入れ拒否(問19－88)」の平均値

最終学歴	度数	平均値	標準偏差
専門学校・短期大学(福祉・医療系)	317	3.2	1.031
専門学校・短期大学(福祉・医療系でない)	142	3.42	0.992
四年制大学(福祉・医療系)	154	2.94	1.086
四年制大学(福祉・医療系でない)	213	3	1.103
大学院(福祉・医療系)	5	2.4	0.548
大学院(福祉・医療系でない)	4	3	0.816
その他	267	3.47	0.935
合計	1102	3.21	1.043

F(6,1095)=7.74,P<.001

職種(表 4)での拒否意向をみると平均値が栄養士3.62、調理員などを含むその他が3.57、作業員が3.47の順で高く、施設長・管理職2.4、役職2.56、次いで看護師3.04の順で低い傾向を示した。

資格・免許の有無別(表5)の拒否意向の傾向は、どの職種の資格も全般的に有資格者は低く、無資格者は高い傾向にあった。有資格者は、HIV の基本的知識を有し、また人権意識なども高まると推定される。

HBV や HCV の受入を拒否した経験の有無(表 6)では、受入拒否経験がある方が平均値2.93と拒否意向が低い傾向を示した。拒否したことがないが3.12、わからないと回答した者が3.29と拒否意向の傾向が高かった。逆説的ではあるが拒否した時の経験が拒否感を低めたと思われる。

表－4　職種別「HIV感染者受け入れ拒否（問19－88）」の平均値

職種別	度数	平均値	標準偏差
直接援助職	781	3.27	1.02
看護師	57	3.04	1.034
その他医療職	10	3.4	1.43
介護支援専門員	34	3.12	1.008
相談員	23	3.04	1.107
事務員	37	3.27	0.804
役職	43	2.56	0.959
栄養士	21	3.62	0.921
作業員	19	3.47	1.172
管理職・施設長	35	2.4	1.143
その他	42	3.57	1.016
合計	1102	3.21	1.043

F(10,1091)=5.48,P<.001

表－5　資格・免許の有無別「HIV感染者の受け入れ拒否（問19－88）」の平均値

介護支援専門員	度数	平均値	標準偏差
無資格	995	3.25	1.018
有資格	107	2.86	1.201
合計	1102	3.21	1.043

F(1,1100)=13.84,P<.001

教員免許	度数	平均値	標準偏差
なし	995	3.24	1.027
免許あり	107	2.94	1.148
合計	1102	3.21	1.043

F(1,1100)=8.00,P<.005

福祉関連の資格	度数	平均値	標準偏差
有資格者	869	3.16	1.045
無資格	233	3.41	1.013
合計	1102	3.21	1.043

F(1,1100)=10.26,P<.001

表－5　資格・免許の有無別「HIV感染者の受け入れ拒否（問19－88）」の平均値

社会福祉士・精神保健福祉士	度数	平均値	標準偏差
無資格	1026	3.26	1.034
有資格	76	2.61	0.981
合計	1102	3.21	1.043

F(1,1100)=28.52,P<.001

看護師	度数	平均値	標準偏差
なし	1038	3.23	1.042
免許所持	64	2.94	1.022
合計	1102	3.21	1.043

F(1,1100)=4.79,P<.03

介護支援専門員	度数	平均値	標準偏差
無資格	995	3.25	1.018
有資格	107	2.86	1.201
合計	1102	3.21	1.043

F(1,1100)=13.84,P<.001

教員免許	度数	平均値	標準偏差
なし	995	3.24	1.027
免許あり	107	2.94	1.148
合計	1102	3.21	1.043

F(1,1100)=8.00,P<.005

福祉関連の資格	度数	平均値	標準偏差
有資格者	869	3.16	1.045
無資格	233	3.41	1.013
合計	1102	3.21	1.043

F(1,1100)=10.26,P<.001

サービス開始決定に影響を持つ人（表 6）では、職員一同と利用者を含むその他が平均値 3.29 と拒否傾向が高い、逆に家族 2.96、看護師 3.1 が低い傾向を示した。背景に職員同士の意見の相違や利用者間の利害相反の関係が対処困難感を高め、拒否傾向を高めている。逆に看護師や家族には対処しやすさ感があるように思える。

スタンダード・プリコーションの知識の有無（表 6）では、知っている者の方が 2.75 と拒否傾向が低く、知らないと 3.27 と拒否傾向が高まっている。また、新規利用時に HIV 検査をするか（表 6）では調査しないと回答した方が 3.08 と拒否意向は低く、調査するは 3.25 と拒否傾向が高かった。調査によって不安感が高まったと思われる。

表－6

問14 HBVやHCVの感染者の受け入れを拒否した経験が過去10年間の中でありますか

問14	度数	平均値	標準偏差
はい	27	2.93	1.141
いいえ	482	3.12	1.1
わからない	681	3.29	0.997
合計	1190	3.21	1.046

F(2, 1187)＝4.51, P<0.011

問15 サービス開始・受け入れに関しての決定で誰が一番、施設内で影響力が強いと思いますか

問15	度数	平均値	標準偏差
役職	415	3.3	0.994
看護師	282	3.1	1.077
医師	161	3.19	1.052
家族	80	2.96	1.049
職員一同	226	3.29	1.067
その他	24	3.29	1.122
合計	1188	3.21	1.045

F(2, 1182)＝2.39, P<0.036

問17 スタンダード・プリコーションという言葉を知っていますか

問17	度数	平均値	標準偏差
はい	134	2.75	1.193
いいえ	1058	3.27	1.011
合計	1192	3.21	1.046

F(2, 1190)＝30.85, P<0.001

問18 新規のサービス利用時に利用者のHIV感染の有無について調べていますか

問18	度数	平均値	標準偏差
はい	91	3.25	1.111
いいえ	435	3.08	1.121
わからない	664	3.3	0.974
合計	1190	3.22	1.044

F(2, 1187)＝5.62, P<0.004

(3) HIV 感染者受入に関する質問項目の因子分析

HIV 感染者の受入に関する質問項目（19-1～87）を因子分析（最尤法、プロマックス回転）した結果 11 因子が抽出された（表 7、152P）。

因子名並びに構成概念を説明すると、因子 1 は、HIV 感染者の受入に伴う不安・困難感を表す因子として「リスク評定」と名付けた。因子 2 は業務量や煩雑さによる負担感、ストレス感を表す因子で「業務負担感」、因子 3 は HIV/AIDS に関する基本知識の理解に関する因子で「HIV 理解」、因子 4 は HIV 感染者の受入は福祉施設の社会的使命である、自分たちは受入に適切に対処できるという自己効力感に関する因子であるので「社会的使命感」、

因子 5 は専門家派遣や外部研修が必要だとする「ソーシャルサポート」、因子 6 は看護師・医師の常駐を望む「医療体制」、因子 7 は職員のチームワークに関する「ワーカーシステム」、因子 8 は HIV 抗体検査が必要だとする「感染確認」、因子 9 は HIV 感染者の精神的サポートに関する不安を表す「精神的サポート」、因子 10 は施設の嘱託医や看護師で十分対応できるとする「医療スタッフへの信頼」、因子 11 は噛みつき、歯磨きなどの出血に伴うケアに関する不安を表す「血液感染不安」などの 11 因子となった。

(4) 受入拒否意向との直接関係（重回帰分析）

さらに、これらの 11 因子を独立変数に、質問 19-88「HIV 感染者の受入拒否意向」を従属変数にして、ステップワイズ変数増減法による重回帰分析をした結果、6 因子が選択され、その関係性が確認された。個々にみていくと、「リスク評定」が標準化係数 0.44 で強い正の相関を示した。次いで、「社会的使命感」は負の相関の－0.25、「業務負担感」0.15、「医療体制」0.07、「ソーシャルサポート」－0.07、「ワーカーシステム」0.05 となった。調整済み決定係数は 0.51 であり説明力のあるモデルと考えられる。

(5) 因果モデルの推定　（共分散構造分析）

次に因子分析で抽出した各因子及び「HIV 感染者の受入拒否意向」（問 19-88）との因果関係をパス図に示し、各因子がどのように相互影響し合い HIV 感染者の受入拒否にいたるのかを推定する作業を行った。パスは係数 0.2 以上のものとした。

社会福祉施設の HIV 感染者の受入に関しての先行研究 (1) では、福祉現場では未だ受入実績が少なく、HIV/AIDS の基本的理解が福祉施設の従事者に浸透していないと報告されている。しかし、そうした中でも実際に受入を行っている福祉施設も存在する。それらの福祉施設の受入要因は、その施設の理念やビジョン、経営層のリーダーシップがしっかりしていることがわかっている。小西は、施設長のリーダーシップが HIV 感染者の受入の促進要因の一つであることを明らかにしているが管理部門の上司の要請だけでなく、福祉施設の従事者がその意識をどこまで共有できているかが受入に大きく影響すると考えられるので「社会的使命感」を起点にしたモデルを推定した。

当初、抽出された 11 因子全ての関連を示すべく仮説に従っていくつかのモデルを共分散構造分析で検証したが、モデルが複雑になり、モデルの適合度が低くなった。そこで、重要と考えられる「リスク評定」「業務負担感」「HIV 知識」「社会的使命感」「ソーシャルサポート」「医療体制」の 6 因子を対象にモデルの構造を簡素化し修正モデルを検討した。

この段階に入ると、モデルの適合度指標の数値も向上したが、特に RMSEA の数値が 0.05 以下となることはなかった。原因として、各観測変数（質問項目）の誤差項の相関が推測されたため誤差項に相関のある質問項目を削除し再度モデルを修正したところ、図 20 の「リスク評定」「業務負担感」「HIV 知識」「社会的使命感」「ソーシャルサポート」「医療体制」の 6 因子が相互関連し「HIV 感染者の受入拒否意向」にいたる因果モデルにいたった。

共分散構造分析によりこの修正モデルを検証した結果、適合度検定は $p<0.001$、適合度指標は GFI=0.940、AGFI＝0.924、RMSEA＝0.49 であり、適合度が良好であり、当てはまりが改良されたためこの修正モデルを本モデル(図 20)として採用した。

これにより、本モデルにおける福祉施設における「HIV 感染者の受入拒否」に至る各因子の関連が明らかになった。

本モデルの記述を試みると、福祉施設は要介護者の生活支援ニーズに対応するという社会的要請にこたえることを「社会的使命感」としており、この社会的使命感が強い組織は、これをもとに HIV 感染者を多少の困難があっても受入ようとする意識が福祉施設従事者に働くと推測される。

「社会的使命感」は直接的にまた、新しい業務への対応、煩雑さ、ストレスに対しての負担感である「業務負担感」を経由して HIV 感染者の「受入拒否意向」に軽減作用として影響する。同時に「医療体制」における医師・看護師への依存度合を緩和し、「業務負担感」を経由して「受入拒否意