

皮質下性認知症とは？

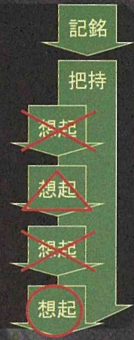
- 皮質性: アルツハイマー病
 - “道具障害” = 巣症状が主
 - 一般知性の底にあり、生活や活動の際に道具や手段となりうる言語、行為、認知、記憶などの障害
- 皮質下性: パーキンソン病や進行性核上性麻痺など
 - 皮質下核(基底核、視床、脳幹等)の障害が主
 - “道具障害”(一)
 - 知識や道具機能の活用・操作の障害
 - 精神過程の緩慢化: 視床、視床下核、網様賦活系の損傷
 - 大脳皮質の覚醒・賦活の障害
 - ※さらに表情に乏しいために抑うつと誤診されることも
 - 人格・感情の障害
 - 失念: forgetfulness=forgetting to remember
 - “前頭葉症候群”: 皮質下核と前頭葉の密な繊維連絡

田邊, 2000

記憶(memory) ②

記憶の流れ

- 登録(記銘): おぼえる
- 把持: おぼえたままている
 - 健忘: “記憶”の痕跡が消失
 - ヒントがあっても思い出さずことはない
- 再生(想起): 思い出す
 - 失念: “記憶”の痕跡は残っている
 - 思い出したり、思い出さなかったり
 - 手がかりがあれば思い出すことも



皮質性と皮質下性認知症の相違点

	皮質性	皮質下性
精神運動速度	正常	緩慢
言語表出	言語	失語
	発話	正常
精神機能	記憶	学習の障害
	認知機能	失算、判断力障害
	視空間機能	抽象機能障害
感情	無感知、脱抑制	無為
運動機能	異常なし	低下あり

記憶(memory) ③

記憶の三段階

- 即時記憶(immediate memory)
 - 新しい情報をしばらく意識上に貯めておく能力
 - 時間的には長くても数十秒程度
 - 即時記憶: 途中で干渉を入れずに即時に再生させる
 - ほぼ作業記憶(working memory)に相当する
 - 短期記憶: 心理学領域で使われ、なんらかの干渉が介在しても良い
- 近時記憶(recent memory)
 - 数十秒から、数分、数日に及ぶ記憶
 - しばらくは覚えているが、そのうち忘れてしまう記憶
- 遠隔記憶(remote memory)
 - 年単位で保持される半永久的な記憶
 - 近時記憶との間に時間的なはっきりとした境界がある訳ではない
 - 長期記憶: 心理学領域で使われ、近時記憶と遠隔記憶に相当する

HIV脳症の高次脳機能障害

- 記憶
 - 失念=想起の障害
 - …自由再生!!、手がかり再生や再認は可能
 - 明らかな健忘や学習障害は初期は示さない
 - 展望記憶も中等度に低下
 - 遠隔記憶はあまり低下しない
- 運動速度・精神運動(情報処理)速度
 - HIV脳症において最も特徴的な症状
 - 運動速度の低下: タッピング、ペグボードなど
 - 精神運動の緩慢化: TMT、符号(WAIS)など
 - 注意の分配障害とも関連あり

Power C et al. 1993 平林ら, 2001 Sacktor NC et al. 2005

HIV脳症の高次脳機能障害

- 注意と集中力
 - 注意の分配は低下が目立ち、鋭敏な指標となる
 - 注意の持続は軽度に低下
 - PASATやTrail Making Testなど
- 遂行機能
 - 目標を設定し、計画を立て、目標に向けて計画を実行し、行動を効果的に行う能力
 - 反応の抑制(stroop test)の低下
 - 仮説構成とセットの転換(WCST)の低下
- 言語:
 - あまり障害されず、失語症は示さない
- 視覚認知:
 - 注意の影響をうけるが、比較的保たれる

Hinkin C et al. 1994 Steven PW et al. 2005

記憶(memory) ①

記憶の三過程

- 登録(記銘): registration 事象が感覚器を通して正常に知覚、認知されること
 - 記憶以前の段階の障害(意識障害や注意障害、失語など)でも低下する
- 把持: retention, store
 - 登録された記憶がなんらかの形で神経系に保存され続けること
 - 把持時間の長短によって、短期記憶や長期記憶などと分けられる
 - 再生という形でしか評価できないため直接的な観察は困難
- 再生(想起): recall, retrieval, decoding
 - 登録され、把持された記憶を必要に応じて呼び出すこと
 - 自発再生(spontaneous recall): 必要に応じて自然に思い出すこと
 - 手がかり再生(cued recall): なんらかの手掛かりによって思い出すこと
 - 意図的再生(intentional recall): 意思的に特定の事象を思い出すこと
 - 再認再生(recognition): すでに自分の知っているものと認知する働き

注意(attention)

- 意識水準を一定に保ち、様々な刺激や情報の中から、環境や状況によって、必要な刺激や情報を選択し、その言動に持続性、一貫性、柔軟性をもたせる機能
- あらゆる精神活動、認知機能の基盤
 - 持続性: 一定時間刺激に反応し続けるための持続能力
 - 選択性: 無数の刺激・情報の中から必要なものを選び注意を向ける能力
 - 転導性: 必要があれば異なった刺激・情報に注意を向けなおす能力。柔軟に他に振り分ける能力
 - 容量(感度): 複数の刺激・情報に状態や状況によって同時に注意を配分する。ある一つのテーマを考えている時にはそのテーマ関連の情報への感度が亢進する

注意が低下すると、、、

- 首尾一貫性の低下:
 - 行為や思考の一貫性が失われる
 - 会話は始まっても切れ切れ、行為も続かずやりかきが増える
- 記憶錯誤:
 - 記憶は失われずに歪曲される
 - 自由に思い出すことができず、再生側が混乱する
- エラーの添加:
 - 一旦間違えると、それに合わせて更に誤りが展開
- 周囲への無関心:
 - 周りの情報を手がかりに状態を把握する能力が低下する
- 書字の障害:
 - 非常に敏感で、最も軽度な段階から出現
- 質的な変化:
 - 時に錯覚や幻覚が出現する

Power C et al. 1993 平林ら, 2001 Sacktor NC et al. 2005

HIV脳症のスクリーニング検査

- 認知症で頻用されるMMSEでは感度が悪い
- HIV dementia scale (HDS)
 - 注意、精神運動速度、記憶想起、構成の4課題
 - Cut off point 10/16
 - 日本語版 (JHDS) も作成、標準化され利用可能
- International HDS (IHDS)
 - 万国共通の課題で評価可能に
 - 教育歴の影響を受けない様に (書字や立方体模写が含まれていた)
 - 神経内科医でなくても評価可能に
 - 記憶、運動速度、精神運動速度の3課題

遂行(実行)機能 (executive function)

- 目的をもった一連の活動を有効に成し遂げるために必要な機能
- 自ら目標を設定し、計画を立て、実際の行動を効果的に行う能力
- 遂行機能の四要素
 - 目標の設定: 目標はひとつとは限らない
 - 計画の立案: アプローチも複数存在
 - 目標に向けての計画の実行
 - 効果的な行動: 複数の可能性から適切なものを選択

Lazak MD, 1982

HIV脳症の他の神経症状

- 運動: 運動機能の緩慢化、巧緻運動障害
 - 初期: 手指巧緻運動の緩徐化、表情の乏しさ
 - 不安定歩行 (時にパーキンソン様)、振戦
 - 後期: 深部腱反射亢進、錐体路徴候、四肢麻痺、snout反射、眼球衝動性運動の障害、眉間反射、把握反射などの前頭葉徴候、ミオクローヌス、けいれん
- 自律神経: 尿便失禁、性機能低下
- 脊髄障害・末梢神経障害: しばしば合併

Eggers Ch et al. 2002

皮質性と皮質下性認知症の相違点

	皮質性	皮質下性
精神運動速度	正常	緩慢
言語	失語	正常
発話	正常	緩慢、音量低下
言語表出		構音障害、無言
記憶	学習の障害	想起の障害
認知機能	失算、判断力障害	要素的機能の
	抽象機能障害	統合障害
視空間機能	構成障害	拙劣 (運動障害)
感情	無感知、脱抑制	無為
運動機能	異常なし	低下あり

HIV脳症の画像所見

MRI

- 萎縮: 大脳皮質、基底核
- 白質信号変化: 脳室周囲や半卵円中心の深部白質 T2WI/FLAIRにてびまん性の高信号域 両側性、左右対称性、U繊維は保たれる



30歳前半男性

MRS (proton magnetic resonance spectroscopy)

- コリンとミオイノシトールの増加
- N-アセチルアスパラギン酸の減少
- 認知機能障害の程度・改善と相関

※ 早期診断、治療効果判定に有用！

Navin BA et al. 2005

高次脳機能障害による影響

- アドヒアランスの低下
 - 認知機能障害と強く相関
 - 特に実行機能、精神運動速度、注意、記憶の障害と相関
 - …これらはHIV脳症で障害されやすい領域でもある
 - 展望記憶障害…飲み忘れに
- 運転への影響
 - HIV感染者の29%に運転能力の低下
 - 軽度の認知機能障害でも、シミュレーターでの失敗は5~6倍に増加した
 - 視覚性注意、視空間能力、記憶、巧緻運動、実行機能の低下により運転技能は影響を受けた
 - 50歳以上の患者では特に視空間能力と注意が重要

Marcotte et al. 1999, 2000, 2004, Hinkin C et al. 2002; Lee et al. 2003; Waldrop-Valverde et al. 2006, Gooding et al. 2008

HIV脳症の検査所見

髄液検査

- 蛋白の増加: 55%
- 細胞数 (単核球が主): 25%
- IgGの増加
- HIV抗体
- HIV: PCRにて検出されることも
- 重症度の評価に有用
- 免疫活性指標 (TNF- α など)、MMP活性など

脳波

- 全般性の徐波化
- 前頭葉の徐波化

Brew BJ et al. 1997 Portegies P et al. 1998

HIV脳症の治療と今後

- ・ HIV脳症とは？
- ・ HIV脳症の疫学
- ・ HIV脳症の病態と病理
- ・ HIV脳症の臨床症状
- ・ HIV脳症の治療と今後
 - ・ 治療
 - ・ 亜型

最後に、、、

ちょっとしたコツを、、、

HIV脳症の治療

- ・ HAART:現時点で有効なのはこれのみ
 - 数年間進行が止まったり、神経障害が改善することもあるが、多くの例で十分な改善とはいえない
 - 髄液移行性を考慮した抗ウイルス薬の併用が良い？ (3TC, d4T, AZT, ABC, EFV, NVP, IDV)
 - High risk患者において発症を長期間抑制
 - HAART中でも発症することもある(CD4<200/ μ l?)
 - 検出限界以下であっても中断により速やかに髄液中のウイルス量は増加
 - 精神運動速度、運動速度、記憶は比較的改善

McArthur JC 2005 Cook JE et al. 2005, Nath A et al. 2006

高次脳機能障害を評価するコツ ①

- ・ 患者の訴えに耳を傾ける
 - 何をやる際に困っているのか
 - 自覚の有無
- ・ 患者の使う用語に惑わされない
 - 患者は頻繁に誤った医学用語を用いる
- ・ 具体例を聞き出し、障害された能力を推測
- ・ なるべく客観的な意見を手に入れる

HIV脳症の治療 ②

- ・ 異常な免疫活性をターゲットとした治療
 - NMDA拮抗薬
 - カルシウム拮抗薬
 - 血小板活性化因子拮抗薬
 - TNF- α 拮抗薬
 - 抗酸化薬
 - ・ 宿主遺伝子に向けた治療(HIV複製の制御)
 - ミノサイクリン
 - パルプロ酸ナトリウム
- } 治験にて効果なし

Nath A et al. 2006

高次脳機能障害を評価するコツ ②

- ・ 具体例:服薬アドヒアランスが悪い
 - 健忘...服薬の有無を忘れている
 - 展望記憶障害...〇時に服薬という約束をその時に思い出せない
 - 失語...そもそも指導内容を理解していない
 - 巧緻運動障害...シートから薬を出せない
 - 社会行動の障害...リスクの認識やその回避ができない
- ・ 障害の種類によって対応法が変わってしまう！！

HIV脳症の亜型

- ・ HAART導入後は以前とは異なる経過も
 - 亜急性進行型:未治療者、高度の薬剤耐性者
 - 劇症型:免疫再構築に伴う
 - 慢性活動型:アドヒアランスが不完全、軽度の薬剤耐性長期生存者
 - 慢性非活動型:ウイルスは抑制され、症状はある程度改善し、静止
 - 可逆性:ウイルスが抑制され、症状も回復

Gray F et al. 2003 Langford TD et al. 2003 McArthur JC 2004, 2005

13

HIV陽性者の心理学的問題と課題に関する研究

研究分担者：仲倉 高広（国立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）

飯島 恵道（曹洞宗薬王山 東昌寺）

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（国立国際医療研究センター病院 エイズ治療・研究開発センター）

上平 朝子（国立病院機構大阪医療センター 感染症内科）

梅本 愛子（大阪府立精神医療センター 精神科）

枝木 美香（特定非営利活動法人アユス仏教国際協力ネットワーク）

榎本てる子（関西学院大学 神学部）

岡本 学（国立病院機構大阪医療センター 医療相談室）

小西加保留（関西学院大学 社会学部）

下司 有加（国立病院機構大阪医療センター 看護部）

城崎 真弓（国立病院機構九州医療センター 看護部）

富成伸次郎（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（国立病院機構大阪医療センター 感染症内科）

船附 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（国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室）

山中 京子（大阪府立大学 人間社会学部）

吉田 哲彦（国立病院機構大阪医療センター 精神神経科）

吉野 宗宏（国立病院機構大阪医療センター 薬剤科）

宮本 哲雄（国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室／公益財団法人エイズ予防財団リサーチ・レジデント）

大北 全俊（国立病院機構大阪医療センター／公益財団法人エイズ予防財団リサーチ・レジデント）

研究要旨

HIV 陽性者の心理学的諸問題を把握し、心理学的アセスメントや心理療法などの心理学的ケアの充実や、臨床心理士の育成を目指すとともに、チーム医療の現状を把握し、その評価法を開発し、チームでの対応や多職種連携促進に努めることを目的とする。3年間で下記の研究を行った。

研究1：多職種による医療提供の明文化

① HIV 診療における外来チーム医療マニュアルの改訂。② 問題領域別マニュアル作成。③ 多職種による事例検討。①「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を行った。② 問題領域の選定を行い、3つの仮想事例を作成し、困難事例の背景に心理学的問題があるのではと気づき、その対処を検討できるよう、各専門職種の思考過程を記述す

る方法を採用した。③ HIV 陽性者の抱える心理学的問題について、さまざまな職種がどのように関わることができるのか、自傷について多職種で事例検討を行った。検討の結果、自傷の背景には、物質依存、外傷体験、解離症状、パーソナリティ障害、摂食障害などさまざまな心理力動的、精神病理学的問題があることが話し合われた。さらに、Deliberate Self-Harm(以下、DSH)がみられた事例検討を行った結果、DSH への直接的支援に加えて、DSH の背景にある心理学的問題や精神病理学的問題をアセスメントし、そのアセスメントに基づいた支援を展開していく必要性が示唆された。

研究 2 : HIV 陽性者における神経心理学的障害の実態調査

心理学的問題のなかで、神経心理学的障害の発生状況の把握を目的とし、大阪医療センターにて 2009 年 4 月～2010 年 8 月に受診し、臨床症状から神経心理学的障害が疑われた事例 36 名に Mini-Mental State Examination (以下、MMSE) と The International HIV Dementia Scale (以下、IHDS) を実施し、結果の比較を行った。MMSE では神経心理学的障害の可能性があると評価された者は 6 名に留まったが、IHDS では神経心理学的障害の可能性があると評価された者は 29 名となった。HIV 感染症に関連する神経心理学的障害のスクリーニング検査としては、MMSE よりも IHDS のほうが有効であると考えられた。次に、HIV 陽性者の神経心理学的障害の発生状況を把握するため、IHDS を含めたさまざまな神経心理学的検査を、HIV 陽性者のデータ 300 例を目標に、多施設共同研究を開始した。現在調査継続中であり、大阪医療センターの 60 例の途中報告を行なった。今後、実態に即した神経心理学的検査法を選出し、実施方法や実施必要時間が簡便なスクリーニング機能を重視した検査法を開発が望まれる。

研究 3 : スピリチュアル・ケア

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。実践者と有識者との検討では、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。主な話し合いの論点は、医療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。次に、公開討論会とアンケート調査を用い検討した。その結果、HIV/AIDS 医療において、医療従事者のみならず、HIV 陽性者自身も、スピリチュアル・ケアが大切であるとの感想を持っていた。また、医療従事者のセルフケアの一環としても重要との感想も寄せられていることから、長期療養が必要な当事者のみならず、支援者の支援としてもスピリチュアル・ケアが果たす役割があることが示唆された。

研究 4 : チーム医療の現状の把握とその評価法の開発

各医療施設のチーム医療の状況の把握と、信頼性、妥当性があり、かつ簡便で実践的利用価値のあるチーム医療の評価法の開発を目的とした。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オリジナルな採点方法を採用した。拠点病院等 109 施設を対象に質問紙調査を行なった。その結果、ソーシャルワーカーやカウンセラーが医療チームに参加していること、両職種を他の職種が承認していること、及び定期的なカンファレンスを開催していることが、チーム医療の充実と関連がみられた。よって、ソーシャルワーカーやカウンセラーとの連携を強化することがチームの充実につながると考えられた。さらに、I-T 分析を行い、項目数を 65 項目から 18 項目に減らし、簡便化を図った。

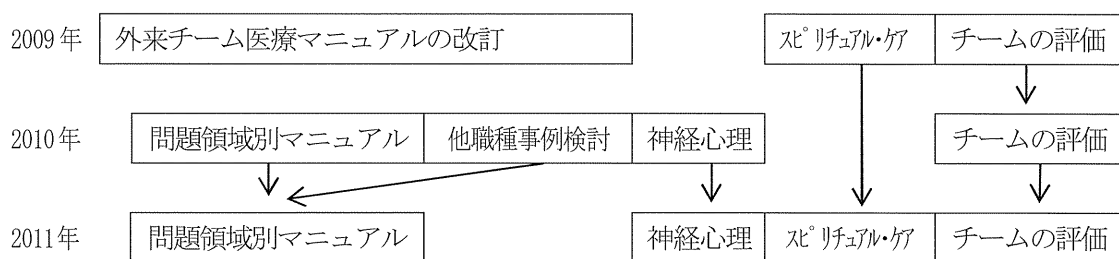


図1 研究の構成と3年間の流れ

研究目的

HIV 感染症は、医学的問題に加え、さまざまな心理・社会的問題をも医療の視野に含め支援していくことが望まれる。

よって、本研究では、HIV陽性者の心理学的諸問題を把握し、心理学的アセスメントや心理療法などの心理学的ケアの充実を図り、HIV/AIDS医療に従事する臨床心理士やカウンセラーの育成を行うとともに、チーム医療の現状を把握し、その評価法を開発し、多職種連携促進を図る研修の開発を目指し、チームでの対応モデルや多職種の連携促進を図ることを目指した。

本研究では、心理学的とは、神経心理学的側面、性格心理学的側面、社会心理学的側面、および宗教心理学的側面とし、問題とは、定期的受診や抗 HIV 薬の服用などの保健行動の維持や増進を難しくし、医療スタッフの対応や支援が難しいと考えられる、心理学的問題を抱える HIV 陽性者の事例とした。具体的には、物質関連障害、自傷や自殺、人格障害、DSH、神経心理学的障害、発達障害、実存的問題（スピリチュアルな問題）を取り上げた。

下位研究の背景と目的

研究1：多職種による医療提供の明文化

1、HIV 診療における外来チーム医療マニュアルの改訂

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得られている、② 日常生活に服薬の背景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（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）。

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。

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。

「HIV 診療における外来チーム医療マニュアル」は、白阪ら（2009年3月）により作成され、身体・心理・社会的側面といった多面的な問題への多職種によるチーム医療のモデルを示している。しかし、発行後も抗 HIV 療法は変化し、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。HIV 外来診療に役立つようマニュアルを改訂することを目的に、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の目標とした。

2、問題領域別マニュアル作成

「HIV/AIDS 患者の療養継続への支援システムに関する研究」（島田、平成17年『HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究』）や「治療開始・継続困難症例へのケア支援に関する研究」（池田、平成17年『HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究』）、「15人の語り」で学ぶ HIV 陽性者と地域生活事例から支援を考え

る」(生島、平成21年『地域におけるHIV陽性者等支援のための研究』)など既存の冊子があり重複をさける必要がある。

よって、困難事例の定義として、“抗HIV薬の服用や定期受診などの保健行動の維持・増進を難しくし、医療スタッフの対応・支援が難しいと考えられる心理学的問題を抱えるHIV陽性者の事例”と定義し、それぞれの問題領域に対する多職種による支援のあり方を検討し、まとめることを目的とした。

本研究グループの結果を広く普及することを目指し、問題別のチーム医療のあり方を明確にし、問題別チーム医療マニュアルの作成を目標とし、困難事例の背景に心理学的問題があるのではと気づき、その対処を検討できることを目指した。

3、多職種による事例検討

山中、安尾ら(2003年、2004年、2005年)は、「HIV感染症のチーム医療におけるカウンセラーによる多職種との協働に関する研究」で、カウンセラーは、チームをアセスメントし、チームに対し積極的に働きかけるリエゾン・コンサルテーションの働き、および、医療スタッフ間に生じる困難やトラブルをクライエントとカウンセラーの関係の中で理解(「転移や布置」として心理学的に理解)し、クライアントのみならず、チームをも支援する働きがあることを提示している。また、カウンセラーのアセスメントをクライアントとチーム構成員に示し、クライアントを抱える環境を整えこと、チームの状況に応じてカウンセリングを設定することが重要であるとしている。さらに、カウンセラーを取り巻く医療スタッフのカウンセリングに対する理解不足が課題として残っているという。

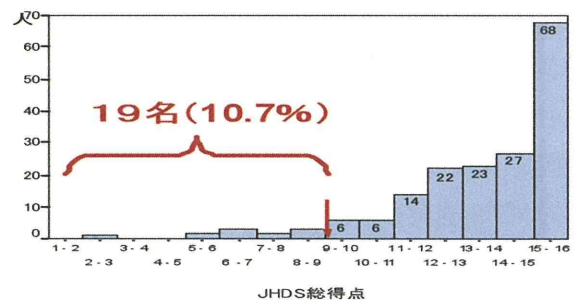
HIV/AIDS医療における心理学的問題に対し、カウンセラーの支援のあり方の向上に加え、さまざまな職種が心理学的問題やカウンセリングに対し、理解を深め、協働していくことが重要であると考えます。

よって、本研究では、HIV陽性者の抱える心理学的問題について、さまざまな職種がどのように関わることができるのか検討し、心理学的問題に対処できるよう臨床心理士の育成と多職種によるケア促進を図る研修の開発を図るため、さまざまな心理学的問題を持つHIV陽性者への支援のあり方の検討を目指した。

研究 2 : HIV 陽性者における神経心理学的障害の実態調査

1、MMSE と IHDS の比較

「大阪医療センターにおけるHIV感染症患者の対人関係、メンタルヘルスと神経心理学的に関する調査第3報」(仲倉ら、2006)によつて、5か月間に通院していたHIV陽性者で調査協力を得た177名のうち19名(10.7%)が、Japanese Version of the HIV Dementia Scale(以下、JHDS)で神経心理学的障害ありと判定されていた(図2、表1参照)。



cut off pointは 10 点(感度100%、特異度89%)

図2 神経心理学的検査 (JHDS) の結果

表1 177名のJHDS 総得点と下位尺度の平均

	平均 (中央値)	SD
JHDS 合計 (16 点)	13.33 (14)	2.54
注意 (4 点)	3.74 (4)	0.793
下位尺度 精神運動速度 (6 点)	4.30 (5)	1.83
再生 (4 点)	3.46 (3.5)	0.612
構成 (2 点)	1.83 (2)	0.518

同研究にて、神経心理学的障害の有りと無しの両群で、年齢、教育歴、飲酒頻度、ART導入の有無によるマッチングを行った。JHDSの得点の比較(n=34)では、下位検査尺度の注意と精神運動速度、再生はそれぞれ独立していたが、構成に関しては、注意(r=0.281)と精神運動速度(r=0.477)との間で相関関係が認められた(表2、表3参照)。

表2 JHDSの下位尺度の結果 (高得点と低得点の比較 n=34)

		平均	SD	p値 (t値)
総得点	低得点群	7.56	1.9755	0.000
	高得点群	13.24	1.7864	(-8.787)
注意(4点)	低得点群	2.88	1.616	0.034
	高得点群	3.82	0.529	(-2.283)
運動(6点)	低得点群	0.71	1.16	0.000
	高得点群	4.18	1.59	(-7.269)
想起(4点)	低得点群	3.21	0.8671	0.466
	高得点群	3.41	0.7549	(-0.738)
構成(2点)	低得点群	0.76	0.903	0.000
	高得点群	1.82	0.529	(-4.171)

さらに、JHDS の下位検査尺度の注意を検査する視覚的アンチサッケードエラーや、精神運動速度を測定するひらがなの記述、および構成を検査する透視立方体の検査は、いずれも実施や回答の難しさがあると考えられた (Sacktorら、2005)。

また、米国では、R. K. Heatonら (2010年) の調査で、52%の神経心理学的障害があり、物質関連障害など混合する問題があるグループでは83%と発生する割合が高いことが報告されている。

表3 JHDSの下位尺度間の相関関係 (n=34)

Pearson (p値)	注意	精神運動	再生	構成
注意		0.106	-0.008	0.281
精神運動	0.162		0.145	0.477
再生	0.914	0.054		0.097
構成	0.000	0.000	0.199	

これらの事から、HIV 陽性者に重要な神経心理学的障害をスクリーニングするのに適切な検査法の開発が望まれると考えた。

本研究では、まず、神経心理学的検査のスクリーニング検査として臨床で広く使用されている

Mini-Mental State Examination (以下、MMSE) と実施や回答が簡便で容易なThe International HIV Dementia Scale (以下、IHDS) を比較検討し、HIV 陽性者に適した神経心理学的のスクリーニング検査を選定し、発生状況の把握方法を確定することを目標とした。

2、HIV陽性者の神経心理学的障害の実態調査

HIV 陽性者の神経心理学的障害をスクリーニングするために適切な検査法の開発を目指し、さまざまな神経心理学的検査法を用い、日本のHIV陽性者における神経心理学的障害の状態の把握を目標とした。HIV 陽性者における神経心理学的障害の実態の把握のた

め、HIV感染者の神経心理学的状態や飲酒状況等を非HIV感染者と比較し、HIV陽性者が非HIV陽性者より多く生じているかどうかを検討した。日本のHIV陽性者の状況を把握するため、主にブロック拠点病院の協力を得て多施設共同研究を行った。

研究3：スピリチュアル・ケア

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 (スピリチュアル・ケア) が重要になってくる。

HIV医療のなかでスピリチュアル・ケアに関する研究はなく、全人的なケアに向けて新たな支援の視点として大切である。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.) にあるように、国際的な視点の導入は重要と思われる。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など、現在のところ検討がなされていない。

よって、本研究では、スピリチュアル・ケアの一定の定義や、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確にし、検討していく必要がある。HIV/AIDS 医療関係者のスピリチュアル・ケアに関する HIV/AIDS 印象等を把握することを目的とした。

研究4：チーム医療の現状の把握とその評価法の開発

山中ら (2008) によると、ブロック拠点病院の医療チーム構成員を対象に、「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」に関する質問調査の結果、職種による差がほとんどない。ブロック拠点病院のチームのかかわり方や全体状況に対してチーム構成員が同等の意識や態度であることが示されている。また、チーム構成員としてHIV医療の経験が長いほど多職種との関わりがプラスに働く傾向があることを示している。

しかし、ブロック拠点病院のみを対象としており、

広く HIV/AIDS 医療におけるチームの現状を把握しているとはいいがたい。また、職種による分析であり、各医療施設のチーム医療の状況を把握しているわけではない。

また、調査項目が 65 項目と多く、日常診療のなかで使用することが難しいと思われる。

よって、チーム医療の充実を目指し、チーム医療に関する医療施設ごとの意識調査を行い、チーム医療の評価、およびより良いチーム医療を実践するための指針の明示のための簡便な質問紙作成を目標とした。

研究方法

研究 1：多職種による医療提供の明文化

1、HIV 診療における外来チーム医療マニュアルの改訂

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。

2. 問題領域別マニュアル作成

医師、看護師、ソーシャルワーカー、臨床心理士らの参加によるマニュアル作成会議を開催し、問題領域の選定を行った。

主に、抗 HIV 薬の服用や定期受診などの保健行動の維持・増進を難しくし、医療スタッフの対応・支援が難しいと考えられる心理学的問題を抱える HIV 陽性者の事例に対し、各職種が、どのような情報に関心を示し、その関心は何を想定しているのか（関心を持った理由）、どのようなかかわりが考えられるのか、その結果どのようなことを目指しているのか、という各専門職種の思考過程を記述することを中心にした。

本研究グループでの知見も考慮し、心理学的問題ごとに対処するチーム医療のあり方の検討に加え、問題の背景にある心理学的、精神病理学的状態に応じたケアのあり方に考慮した。

3. 多職種による事例検討

2010 年 12 月に、消極的な自殺や飲酒問題を抱えた HIV 陽性者の事例を取り上げ、担当医師、看護師、臨床心理士にそれぞれのかかわりを報告してもらい、臨床心理学研究者、精神医学研究者、および HIV/AIDS 医療で実践を行っている 29 名で、心理学的問題を抱える HIV 陽性者への多職種でのかかわり方やそれぞれの職のかかわり方の検討を行った（約 5 時間）。

討論は参加者同意のもと録音し、論議された項目と話し合われた支援の方法等の抽出を行った。

研究 2：HIV 陽性者における神経心理学的障害の実態調査

1、MMSE と IHDS の比較

2009 年 4 月～2010 年 8 月に大阪医療センターを受診し、神経心理学的障害が疑われた事例 36 名に対し行った神経心理学的検査の Mini-Mental State Examination（以下、MMSE）と IHDS の比較を行った。

対象の 36 名は、平均年齢 34.0 歳、28～72 歳、中央値 37 歳であった。MMSE と IHDS のクロス集計を行い、障害の判定の一致を検討した。

2、HIV 陽性者の神経心理学的障害の実態調査

対象：選択基準

- 1、HIV 陽性者は調査協力施設の初診の HIV 陽性者とする。
- 2、初診から約 3～4 カ月以内で、身体的、心理的状況への配慮を行い、治療が一定落ち着いた頃に説明と同意を得ることを行う。
- 3、年齢、性別の制限は設けない。
- 4、基本的に初診患者全員を対象とする。

目標事例数

- 1、約 300 名のデータ収集をもって調査終了のめどとする。

除外基準

- 1、同意が得られなかった者。
- 2、明らかに HIV 感染症に関連のない神経学的、神経心理学的障害がある者（片麻痺、球麻痺、失語、失行、半側空間無視など）
- 3、明らかに HIV 感染症に関連のない精神医学的障害（幻覚妄想状態）がある者。

対照群

非 HIV 陽性者（未受検者も含む）の 20～50 歳代男性。

調査内容

1: 神経心理学的検査と神経心理学的障害の基準

運動速度、精神運動速度、注意を中心とした神経心理状態を調査する。後述の神経心理学検査で測定でき、基準値より低下した状態を神経心理学的障害とした。

- ① MMSE (Mini-Mental State Examination) : 一般的な神経心理学的検査; 25点以下の場合を障害ありとした。
- ② FAB (Frontal Assessment Battery at bedside) : 前頭葉機能検査; 11点以下を障害ありとした。
- ③ RBMT (The Rivermead Behavioral Memory Test) (絵カードと物語) : 即時再生と遅延再生 (呼名、記銘、再生) 、25パーセント以下を障害ありとした。
- ④ 数唱 (Digit Span : Wechsler Adult Intelligence Scale IIIより) : 注意; WAIS-IIIの評価点が7点以下を障害ありとした。
- ⑤ TMT-A (Trail Making Test 日本語版-A) 仮名ひろいテスト : 精神運動速度; 25パーセント以下を障害ありとした。
- ⑥ 符号 (Digit Symbol-coding: Wechsler Adult Intelligence Scale IIIより) : 精神運動速度; WAIS-IIIの評価点が6点以下を障害ありとした。
- ⑦ IHDS (The International HIV Dementia Scale) ; 10点以下を障害ありとした。
抑うつ状態 (主にうつ病) による精神運動速度の低下や注意障害等との鑑別のため、下記検査を行う。
- ⑧ アパシースケール (Apathy scale) : 意欲; 16点以上を障害ありとした。
- ⑨ CES-D (the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) : 抑うつ状態; 16点以上を障害ありとした。

2: 質問紙調査

利き手や教育歴、生活状況、HIV感染症の状態や飲酒状況などについて自記式のアンケートを用い調査した。精神障害や物質関連障害のスクリーニング検査として、SAMISS (Substance Abuse and Mental Illness Symptoms Screener) も加えた。

調査協力施設基準

- 1、本調査の目的、調査方法、神経心理学的検査の実施法の説明を受け、当該施設の同意と倫理委

員会の承認を受けた施設である。

- 2、HIV感染症の診療を行っており、神経心理学的検査を実施できる心理職等が所属 (非常勤等も可) している。
- 3、基本的にブロック拠点病院を対象にリクルートする。

作業仮説

HIV陽性者は、非HIV陽性者に比べ、神経心理学的障害の発生が多い。具体的には下記のとおりである。

- 1、HIV陽性者群は、非HIV陽性者群に比べ、FAB、数唱、TMT、符号、IHDS において機能低下の発生率が多い。
- 2、MMSE、CES-D、アパシースケールにおいて差がない。
- 3、RBMTにおいて差がない。しかし、注意障害の影響があるかも知れない。

検定方法

2つの群の各神経心理学検査の結果をMann-Whitney のU検定 (SPSSver19.0) を用いて比較した。

調査期間

2011年1月 (予定) ~2012年3月末 (延長予定)

調査の手続き・手順

- 1、協力機関への説明 (2010/10/2実施済み) 。
- 2、大阪医療センターの臨床研究承認審査 (自主研究審査委員会) 申請 (2010/11承認済み) 。
- 3、実施協力機関への調査用紙、用具の配布 (適宜) 。
- 4、各施設による倫理委員会申請の依頼、承認後実施。

倫理的配慮

- 1、対象患者への本調査の説明は、文書を用い、説明を協力施設や状況に応じ、医師、看護師、臨床心理士等 (以下、医師等) により説明を行った。
- 2、個人情報保護を徹底するため、施設整理番号 (ID) の下3桁を記入するなどコード化を図った。
- 3、調査票は患者の自記式、神経心理学的検査は実施法の説明を受けた臨床心理士等により行った。実施方法や教示について手順書を作成し、統制を図った。
- 4、神経心理学的検査の結果は、研究協力者 (患者・被験者) へのフィードバックを実施に組み込んだ。

5、患者の神経心理学検査の結果は、診療録に記載し、診療に活用した。

研究3：スピリチュアル・ケア

スピリチュアル・ケアの有識者（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。

1、公開討論会（第一回）

① 討論のテーマ

討論のテーマを「今の医療に新たに求められているもの～尊厳と罪悪と共に歩むスピリチュアル・ケア～」とした。

② 日時、場所

2009年11月27日、名古屋国際会議場。

③ 討論者

司会：白阪琢磨

シンポジスト：

榎本てる子（関西学院大学）「HIV陽性者とスピリチュアル・ケア～現場からの報告～」

中道基夫（関西学院大学）「罪意識からの解放～キリスト教の立場」

鍋島直樹（龍谷大学）「誰にも代わってもらえない苦しみ～仏教の立場から～」

白阪琢磨（大阪医療センター）「医療に迎えたい新たなメンバー」

2、公開討論会（第二回）

有識者による公開討論会（第二回）を下記の通り行い、聴講者に対して意識調査を行った。

① 討論のテーマ

討論のテーマを「今の医療に新たに求められているもの（第2回）～自業自得・バチを巡って、スピリチュアル・ケアを考える～」とした。

② 日時、場所

2011年12月2日、9:00～10:30、ハイアットリージェンシーホテル。

③ 討論者

司会：白阪琢磨

シンポジスト：

榎本てる子（関西学院大学）「教育実践の立場から」
枝木美香（特定非営利活動法人アーンユス仏教国際協力ネットワーク）「実践の立場から」

中道基夫（関西学院大学）「キリスト教の立場から」

飯島恵道（曹洞宗薬王山東昌寺）「仏教の立場から」

白阪琢磨（大阪医療センター）「医療の立場から」

3、意識調査

公開討論会の聴講者を対象に、自記式アンケートにより、属性のほか、討論会の感想、「私は、～を信じません」に自由に記入してもらい、文を完成してもらう文章完成法（1文のみ）を調査した。

研究4：チーム医療の現状の把握とその評価法の開発

1、調査方法の検討

チーム医療の現状を把握するための調査法を先行研究より検討を行った。

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・労力的に实际的ではない。よって、何をもちい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、多くの施設の情報を集約するか、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。

2、チーム医療の調査と評価法の開発

対象

調査対象は、「拠点病院機能評価のためのアンケート調査のお願い」（照屋、平成22年度『HIV感染症の医療体制の整備に関する研究』、回答施設数/全拠点病院：202/376、回収率：53.7%、20名以上の施設の割合：回答施設中/全拠点病院中；34.2%/18.4%）で、平成21年4月1日から10月31日までに受診履歴のある患者で現在通院中の者が20名以上あると回答した拠点病院69施設と、中核拠点病院、およびブロック拠点病院の109施設を選定した。

調査内容

調査票は、山中らが使用した「HIV 医療におけるチームに関する調査」票（平成20年度厚労科研『服薬アドヒアランスの向上・維持に関する研究』）の尺度を用いた。調査項目は、「チームアプローチは、患者ケアの質を向上する」などのチーム医療に対する考え方の項目（19項目）、「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」などの関わりに関する項目（21項目）と、「チームメンバーは同等の発言権を持っている」などの状況に関する項目（25項目）の計65項目で、6段階のリッカート法にて実施した。

調査期間

配布期間は、2011年1月中旬～1月末。回収期間は、2011年2月末までとした。

調査方法

各施設のHIV/AIDS 診療担当医に、同施設であることがわかるように調査票に各施設にコードを記載した調査票5通を郵送し、当該施設のチーム構成員である各職種各1名に振り分け回答を得ることとした。

分析方法

同施設より2職種以上の回答があった施設を対象とし、質問紙の総計の平均と標準偏差を求め、各施設の総計と標準偏差の中央値でそれぞれ高得点群と低得点群に分ける。その後、平均の高得点群、かつ標準偏差の低得点群をチーム医療の充実した群（M群）とし、その他を形成途上群（O群）とした。そして、M群とO群で、チーム医療を充実させていると思われる診療経験や患者数、チーム医療の構成メンバー数やカンファレンスの有無を比較した。頻度はFisherの直接法、平均値はMann-Whitney検定を統計ソフトSPSS vol. 19を用い解析を行った。

また、65調査項目のItem-Total Correlation Analysisとして総計の平均と標準偏差についてSpearmanの相関係数を算出し、両者ともに相関係数が0.5以上のものを選出した。

作業仮説

- 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。

- IV：チーム医療が成熟しているほど、総計が高くなる。
- V：充実させている要因として、HIV 陽性者の診療経験が豊富（回答職種数が多い、ブロック拠点病院であるや、累積患者数が多い、現在の通院患者数が多い）、チームの構成員数や構成職種が多い、カンファレンスが定期的開催されているを独立変数とした。

研究結果

研究1：多職種による医療提供の明文化

1、HIV 診療における外来チーム医療マニュアルの改訂

下記のとおり、改訂を行った。（改訂前→改訂後）

① 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していくことを前提。専門職の機能を当該施設の現存するスタッフで分担していくことを前提→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下記の項目を表記（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→施設内の連携に加え、下記のように施設間の連携を表記（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

② 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を下記の項目として表記（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

ジを表記

6. 服薬支援を中心に編集→HIV 陽性患者の治療を中心に下記の項目を加え編集。
 - ・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下記のように表記(変更・縮小)。
 - ・服薬中断例への服薬支援のみに縮小
 - ・チームによる対応への内容の変更
 - ・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)
- ③ 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)→最低限の下記のように表記(縮小)。
 - ・参考資料やホームページを表記
 9. 連携を文章で表記→紹介状や問診票など連携に役立つ書式やテンプレートを追記。
 10. 治療経過別の目次→職種ごとの目次を追記。
2. 問題領域別マニュアル作成
- 下記の通り、マニュアル作成を行った。

1. 目標

- ① HIV感染症やそれに関わる、もしくは併発する様々な問題の兆しに気づけるように
- ② さまざまな問題を想像できるように
- ③ 気づいたら、当該施設で対応を試みようと思えるように
- ④ 困ったら、中核、ブロック拠点病院、院外資源に相談できるように

2. 構成

- ① 問題の状況
- ② 各職種の着目点とその理由
- ③ 介入プラン
- ④ 優先順位をつける思考過程やチームのかかわりについて

3. 仮想事例

- ① 不規則な受診行動
- ② 長期療養
- ③ 治療中に性行為感染症を罹患

4. 多職種による事例検討

医師4名、看護師3名、医療ソーシャルワーカーあるいは精神保健福祉士8名、臨床心理士13名、薬剤師1名の参加であった。

問題行動の背景に着目し、物質依存、外傷体験、解離症状、パーソナリティ障害、摂食障害などさまざまな心理力動的、精神病理学的問題について話し合われた。

それぞれの問題への直接的支援に加え、その問題の背景にある、心理学的問題や精神病理学的問題をアセスメントし、そのアセスメントに基づき支援を展開していく必要が示唆された。

研究 2 : HIV 陽性者における神経心理学的障害の実態調査

1. MMSEとIHDSの比較

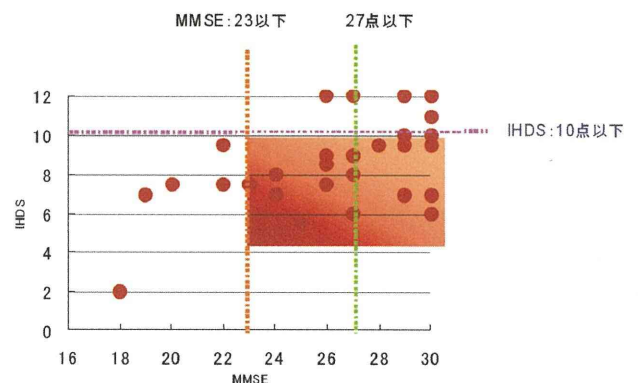


図3 MMSEとIHDSの得点分布

MMSE では神経心理学的の障害の可能性があると評価されたものが6名に留まったが、IHDSでは29名が神経心理学的障害の可能性があると結果になった(図3、表4参照)。

表4 MMSE と IHDS の判定結果の比較

		IHDS	
		問題あり	健常
MMSE	問題あり	6	0
	健常	23	7

2. HIV陽性者の神経心理学的障害の実態調査

① 大阪医療センター：2011. 1. 1. ～12. 31. 現在

調査期間中の初診患者は202名であり、そのうち説明を受けた者は77名で、同意を得、実施された者は62名であった。

初診患者に比べ説明数の少ない理由は、初診時直後は医療的介入を優先させたため、調査期間内の3ヶ月前の患者数が実質調査対象となる点や、初診の後入院や土曜日外来などになり、調査をする臨床心理士と面接設定ができない、転院やセカ

ンド・オピニョンの患者、体調不良、中断、死亡が主な理由であった。

② 他施設の状況

- ① 新潟大学病院、名古屋医療センター、広島大学病院は、倫理委員会申請後、実施もしくは実施予定。
- ② 北海道大学病院、仙台医療センターは、倫理委員会申請中。
- ③ 九州医療センターは、検討中。
- ④ 対照群の調査協力機関の確保が次年度の課題である。

3、大阪医療センターの実施結果（途中報告：60名の結果）

① 属性

調査協力者の属性は、表5の通りであった。

表5 属性

属性	平均 (SD)、もしくは度数 (%)
性別：人 (男性/女性)	59 (98.3) /1 (1.7)
年齢：歳 (SD)、範囲	37.6 (10.9)、20~67
利き手：人 (右/左/両)	55 (91.7) /4(6.7)/1(1.7)
セクシュアリティ：人 (同性愛/異性愛/両性愛/他)	35 (58.3) /6(10)/13(21.7)/6(10)
中卒後の教育年数：年	5.22 (2.56)
就業 (就業/無職/他)	41(69.5)/16 (27.1) /3(3.4)
精神科受診中：人	16 (27.1)
向精神薬服用中：人	7 (11.7)

調査協力者自身が自覚している感染告知前後での行動上の変化や生活上の変化、飲酒状況や処方されていない物質の使用状況は表6の通りであった。

表6 自覚されている問題（自記式アンケートより）

	度数 (%)
行動上の変化あり：人	21 (35)
生活上の変化あり：人	41 (68.3)
アルコール摂取頻度：人 (なし/月 1回/月 2~3 回/週 2~3回/週 4回以 上/未記入)	12(20)/21(35)/10(16.7)/9(15)/7(11.7)/1(1.7)
意図以上の飲酒 (なし/月 1回以下/月	37(61.7)/15(25)/3(5)/2(3.3)/1(1.7)/1(1.7)

1回/週 1回/ほぼ毎日/
未記入)

処方されていない物質使用

(なし/月 1回以下/月 52(86.7)/7(11.7)/1(1.7)
1回)

② 神経心理学的検査の結果

MMSEより、障害あり（25点以下）と判定された者は5名（8.3%）であった（図4参照）。

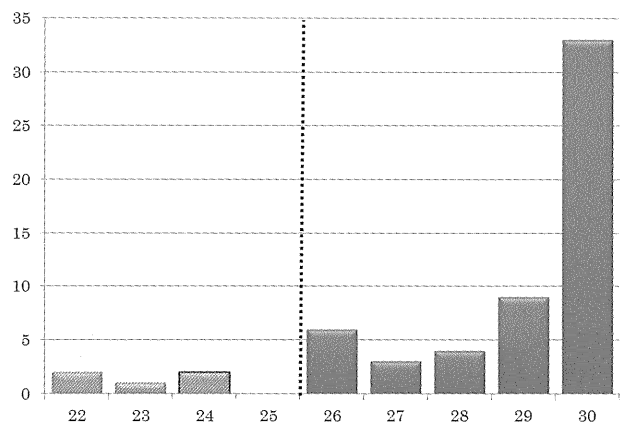


図4 MMSE 総合得点

FABより障害あり（11点以下）と判定された者は5名（8.3%）であった（図5参照）。

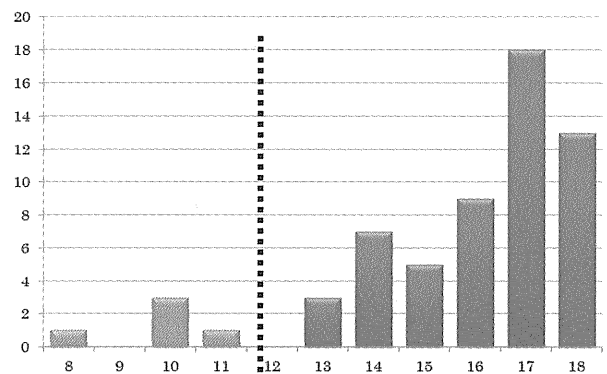


図5 FAB 総合得点

RBMT

絵カードで25パーセント以下の得点の者は6名（10.0%）であった（図6参照）。

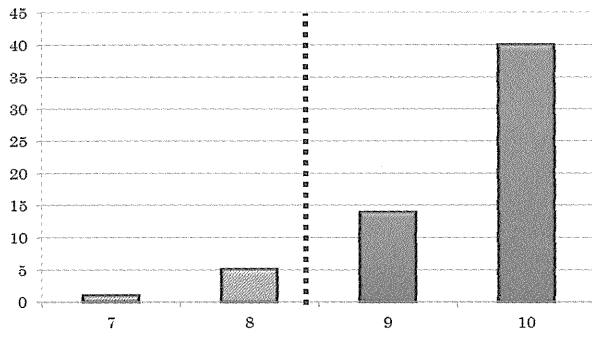


図6 絵カード（再認）総合得点

物語即時再生で25パーセンタイル以下の得点の者は15名（28.3%）であった（図7参照）。

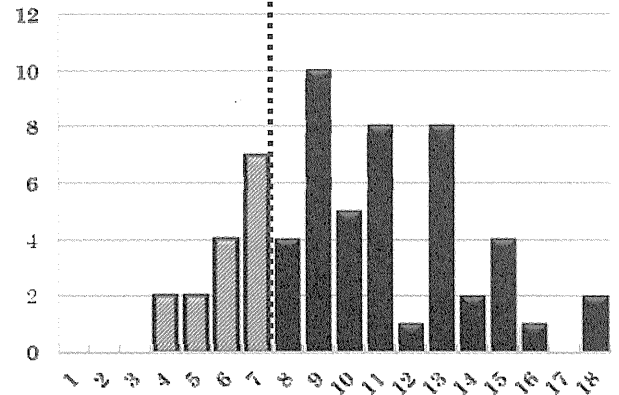


図9 Digit Span 評価点

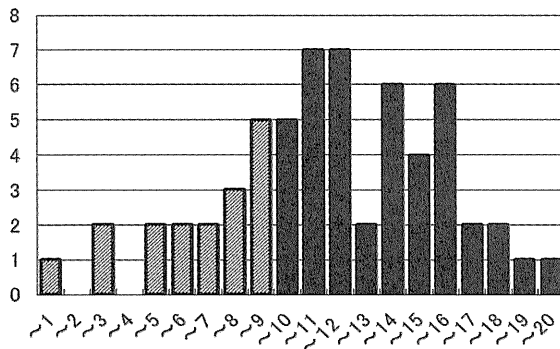


図7 物語即時再生得点

物語遅延再生で25パーセンタイル以下の得点の者は18名（31.7%）であった（図8参照）。

TMT-Aより、障害あり（25パーセンタイル以下）と判定された者は13名（21.7%）であった（図10参照）。

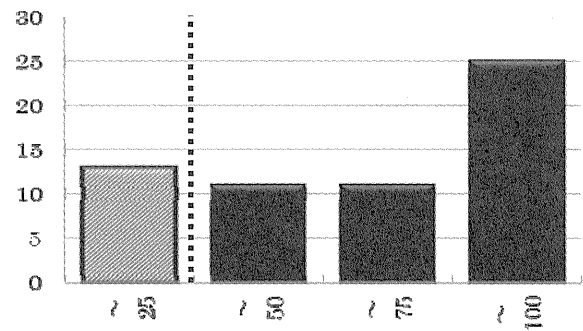


図10 TMT-A パーセンタイル

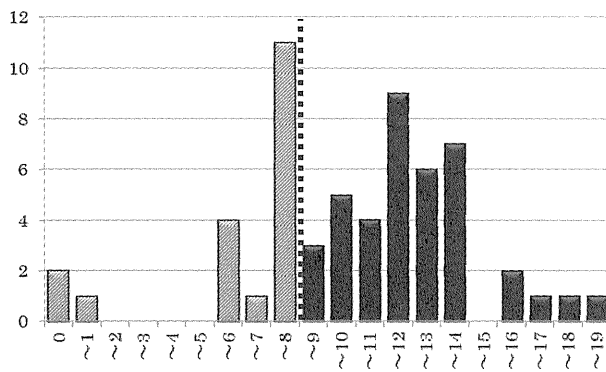


図8 物語遅延再生得点

Digit Spamより、障害あり（評価点が7点以下）と判定された者は15名（25%）であった（図9参照）。

Digit Symbol-Codingより、障害あり（評価点が6点以下）と判定された者は21名（35.6%）であった（図11参照）。

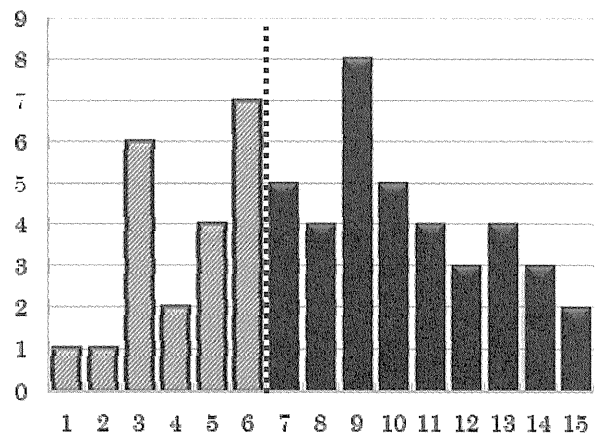


図11 Digit Symbol-Coding 評価点

IHDSより、障害あり（10点以下）と判定された者は19名（31.7%）であった（図12参照）。

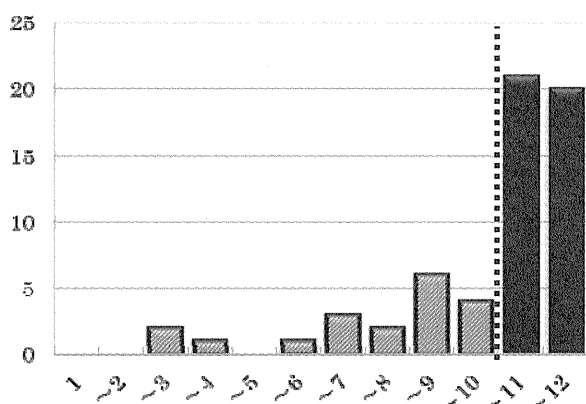


図12 IHDS 得点

CES-Dより、障害あり（16点以上）と判定された者は25名（41.7%）であった（図13参照）。

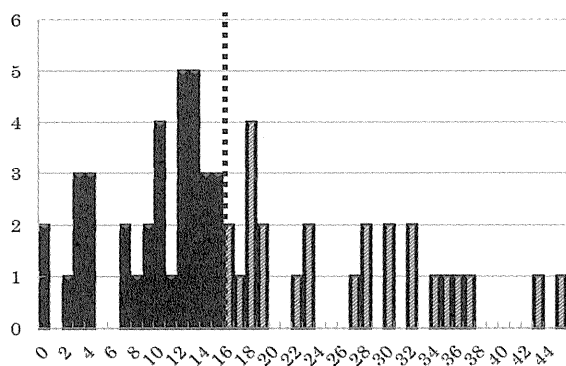


図13 CES-D 得点

Apathy scaleより、障害あり（16点以上）と判定された者は22名（36.7%）であった（図14参照）。

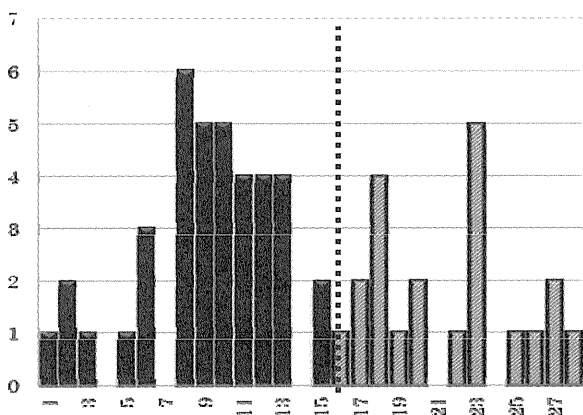


図14 Apathy scale 得点

研究3：スピリチュアル・ケア

1. 公開討論会（第一回）

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。

主な話し合いの論点は、医療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。

2. 公開討論会（第二回）

主に話し合いの論点は、自業自得という言葉やイメージを巡ってなされた。自業自得の言葉やイメージの背景に罪意識のみならず、恥の意識などにも言及された。

3. 意識調査

公開検討会参加者は、約150名を数え、配布したアンケートは120部であった。

64名（回収率53%、医療従事者84%）の回答があった。

回答者のうち、男性24名、女性37名、未記入等3名であった。年齢は、30歳代が19名と一番多く、ついで50歳代が17名、40歳代が15名、20歳代が9名、60歳以上3名、未記入が1名であった。

看護師・保健師・助産師が16名と多く、ついで医師が11名、カウンセラー・臨床心理士が8名、HIV陽性者や薬剤師、ソーシャルワーカーが各5名、その他が14名であった。

自由記述では、「大切な視点」などと記述したものが13名（20%）、「考えさせられた」が7名（11%）、「人間関係、かかわりが重要」とした者が6名（9%）、「次回開催を希望」が6名（9%）、「もっと知りたい」が5名（8%）、「支援者にも必要なケア」が3名（5%）、「難しい、分からない」が2名（3%）、その他が22名（34%）であった。概ね公開討論会のテーマやスピリチュアル・ケアに関心を持った内容であった。

研究4：チーム医療の現状の把握とその評価法の開発

1. 調査方法の検討

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、各チームの構成員にチームごとのコード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の自己評価
 - 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、翻訳許可取得した。

③ どのように測るのか

対象は、一定のHIV外来診療を行っている施設とし、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。
- IV：チーム医療が成熟しているほど、総計が高くなる。
- 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。

2. チーム医療の調査と評価法の開発

① 分析対象と二群化

同施設から2職種以上の回答があった65施設を分析の対象とした。

各施設の総計の中央値は、274.25点（148.75～341）であった。

表7 標準偏差高低群の回答者数の比較

	n	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差
総SD合計低群	33	3.18	1.014	0.177
総SD合計高群	32	3.91	0.689	0.122

各施設の標準偏差の中央値は、1.96点（0.08～3.53）であった。

上記より、M群は16施設、O群は49施設となった（図15参照）。

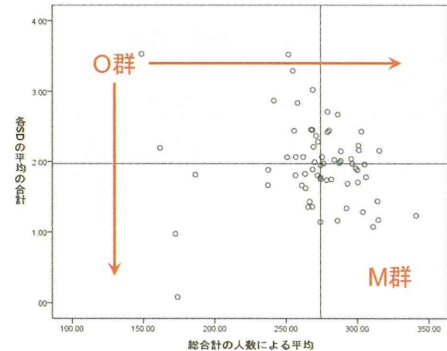


図15. 総計の平均と標準偏差の分布

二群間では、職種ごとの総計は違いはなかった（平均278.87、 $p=0.168$ ）。

標準偏差と全体の回答者数との間には、0.451（ $p<0.001$ ）と相関がみられたが、M群とO群では、回答者数に違いはなかった（ $p=0.731$ 、表7参照）ため、二群間で回答者数による標準偏差の違いではないものと判断した。

② チーム医療充実に関連のあると考えられた要因の比較

両群間では、回答者（職種）に差はなかった（表8参照）。

表8 回答者（職種）の比較

職種人(%)	医師	看護師	薬剤師	カウンセラー	MSW
M群 (n=17)	14 (82.4)	16 (94.1)	10 (58.8)	8 (47.1)	9 (52.9)
O群 (n=49)	42 (85.7)	40 (81.6)	36 (73.5)	21 (42.9)	33 (67.3)
p値	0.709	0.432	0.359	0.784	0.382

また、回答施設の属性や患者数に関しても差はなかった（表9参照）。

表9 回答施設、患者数の比較

n (%) / Me (min-max)	ブロック	中核	拠点	累積患者数	通院患者数
M群	3(17.6)	7(41.2)	7(41.2)	94(0-3000)	60(0-1800)
O群	6(12.2)	26(53.1)	17(34.7)	73(16-800)	46(0-500)
p値		0.680		0.394	0.346

チームの構成人数は、M群が5.61人で、O群の4.60人より多かった ($p=0.028$)。しかし、事例に応じ拡大したチームの構成人数には差がなかった ($p=0.713$) (表10参照)。

表10 チームの構成人数 (通常と拡大) の比較

Me (min-max)	通常	拡大
M群	5.61 (3-9)	14.47 (2-38)
O群	4.60 (1-8)	14.14 (2-36)
p値	0.028	0.713

同施設回答者全員が、チームの一員であると認識した職種の割合を比較した結果、M群とO群では、医師、看護師、薬剤師では差がみられなかったが、カウンセラーやMSWに対して回答者全員がチームの一員であると認識する施設はM群に多くみられた (表11参照)。

表11 同施設の回答者全員がチームの一員であると認識した職種

n (%)	医師	看護師	薬剤師	カウンセラー	MSW
M群	17(100)	15(88.2)	10(62.5)	12(70.6)	16(94.1)
O群	42(87.5)	41(83.7)	30(63.8)	18(37.5)	34(69.4)
p値	0.327	1.000	1.000	0.025	0.051

M群では定期的カンファレンスが開催されているところが多く、O群では施設の回答者が全員開催されていないとする施設が多かった ($p=0.034$) (表12参照)。

表12 定期的カンファレンスの開催の有無の比較

n (%)	あり	なし	回答者間で不一致
M群	15(88.2)	0(0)	2(11.8)
O群	31(63.3)	13(26.5)	5(10.2)
p値		0.034	

カンファレンスの一回あたりの開催時間は、M群がO群より長かった ($p=0.044$) (表13参照)。

表13 カンファレンス一回あたりの時間の比較

Me (min-max)	通常
M群	60(20~90)
O群	52.5(30~75)
p値	0.044

③ Item-Total Correlation Analysisの結果

65調査項目の総計は、Cronbachの α が0.967で、標準偏差の α が0.951であった。

65調査項目のItem-Total Correlation Analysisの結果、総計と標準偏差のSpearmanの相関係数が0.5以上のものは18項目であった (表14参照)。18項目の総計は、Cronbachの α が0.961で、標準偏差の α が0.929であった。

表14 I-T分析の結果 (Spearmanの相関分析)

調査項目	p<1%(片側)は*、p<1%(両側)は**	
	総計	標準偏差
1. チームアプローチは、患者ケアの質を向上する	.322**	.262*
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	.486**	.254*
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	0	.244*
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	.325**	0.18
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	.356**	.251*
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	-.242*	.262*
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	.509**	.299*
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	0	0.194
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	0	0.204
10. 患者は、チームによるケアにはあま	-.294*	.244*

り満足していない			9. 私は、自分のケアの内容をチームの	.529**	.518**
11. チームで働く専門職は、患者の心理	.316**	.370**	目標達成のために調整している		
的・社会的ニーズに対する責任を担って			10. 私は、患者が目標を達成するために	.510**	.655**
いる			介入的な戦略を立てている		
12. 医師は、チームによってなされた決	0	0.203	11. 私はチームミーティングでは、的確	.509**	.494**
定に対して最終的な決定権を持つべき			に問題を提示している		
ではない			12. 私は、どういうときににチームがう	.248*	.562**
13. チームメンバーが相互作用するこ	.515**	.270*	まく機能していないか分かっている		
とによって、よりよい患者ケアの決定が			13. 私は、チームの機能を改善するため	.386**	.518**
できる			に効果的に介入している		
14. チームミーティングに要する時間	-.470**	0.191	14. 私は、ミーティングに積極的に参加	.471**	.499**
は、他で使うほうが有効である場合が多			していないメンバーがいる場合、引き入		
い			れるようにこころがけている		
15. 医師は、チームの決定に対する最終	0	.393**	15. 私はチームメンバーに十分に情報	.581**	.619**
的な法的責任を持っている			を提供している		
16. チームケアを受けると、受けない患	.366**	0.234	16. 私はチームメンバーの情報を自分	.562**	.533**
者に比べてよりよい退院支援が受けら			なりに分析して解釈している		
れる			17. 私は気がねなく他の人に異なった	.509**	.577**
17. 医師はチームのリーダーである	.264*	0.224	意見をいっている		
18. チームアプローチは、ケアの提供を	.499**	.388**	18. 私は気軽に自分からチームに参加	.658**	.361**
より効率的にする			している		
19. チームアプローチは、患者と同じく	.504**	.314*	19. 私は批判するだけでなく、代替案を	.397**	.436**
家族などのニーズにも対応できる			いつも提供している		
1. 私は、チームケアにおいて、他専門	.467**	.372**	20. 私は提案された代替案を自分なり	.425**	.426**
職が貢献できる部分を明確に知ってい			にきちんと評価している		
る			21. 私はチームの意志決定に参加して	.556**	.552**
2. 私は、チームケアの中で自分の専門	.445**	.431**	いる		
知識を活用している			1. チームメンバーは同等の発言権を持	.592**	.396**
3. 私は、チームの計画立案時に、患者	.467**	.507**	っている		
や家族の希望や目標を常に考慮してい			2. チームメンバーはチームミーティン	.545**	.388**
る			グを仕事の上での優先事項にしている		
4. 私は、チームメンバー間の意見の相	.506**	.334**	3. チームメンバーは他のメンバーが信	.642**	.544**
違にうまく対処している			頼できるとわかっている		
5. 私は、専門領域間の協力を促進して	.529**	.538**	4. チームの権限、目標、目的は明確で	.568**	.669**
いる			あり、同意されている		
6. 私は、チームにおいて自分の領域に	.508**	.424**	5. チームメンバーは、それぞれの責務	.677**	.347**
課せられた役割を果たしている			を果たしている		
7. 私は、チームミーティングでは、課	.496**	.469**	6. チームメンバーは参加することは責	.596**	.291*
題を簡潔に提示している			任であるとみなしている		
8. 私は、チームミーティングに積極的	.643**	.552**	7. チームミーティングはすばらしい結	.610**	.386**
に参加している					