

表1 各ブロック別協議参加者

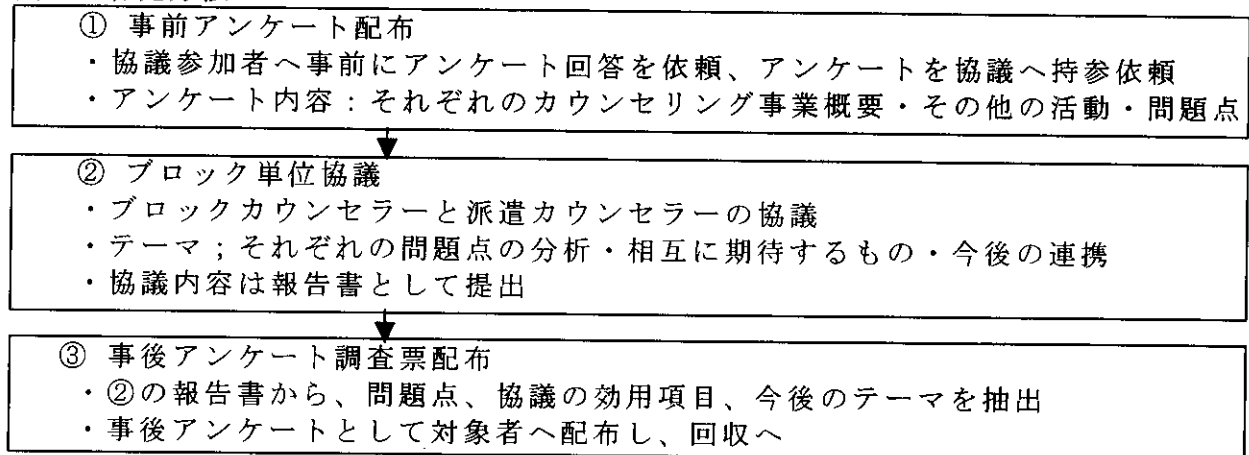
ブロック名	ブロック拠点病院	派遣担当者
北海道	ブロック担当者	北海道
東北	ブロック担当者	宮城県
関東甲信越	ブロック担当者	栃木県、群馬県、千葉県、千葉市 東京都、神奈川県、横浜市、長野県*
北陸	ブロック担当者	石川県*、富山県*、福井県*
東海	ブロック担当者	静岡県、愛知県
近畿	ブロック担当者	大阪市、大阪府、京都府、滋賀県 和歌山県、兵庫県、奈良県
中・四国	ブロック担当者	広島県、広島市、岡山県、山口県、香川県
九州	ブロック担当者	北九州市、大分県、佐賀県*、長崎県 熊本県、宮崎県、鹿児島県*、沖縄県*

*印は、派遣事業はまだ開始されていない

2.2 研究方法

(1) 3段階の方法：① 事前アンケート配布 ② ブロック単位協議 ③ 事後アンケート調査票配布を踏んで研究を実施した。手順とそれぞれの内容を下記の図1に示している。

図1 研究方法



(2) 実施期間：2000年11月より2001年1月に実施。協議は、それぞれのブロックで、参加者数に見合って、合計3時間から全日（関東甲信越）、近畿ブロックでは3回開催された。

(3) 協議報告は全8ブロックから提出された。事後アンケートはカウンセラーのみに配付、回収率は90%であった。

3. 結果

3.1 ブロックカウンセラーと派遣カウンセラーの勤務体系

それぞれの勤務体系の比較を表2に示す。

表2 勤務形態

項目	ブロック	派遣
事業元	エイズ予防財 団、自治体	各自治体
事業主体	エイズ予防財 団、自治体より 派遣	自治体派遣 / 5自治体は臨床心理士会委託 / 2自治体はNGOへ委託
契約条件	一年契約の非常 勤	一年契約の嘱託・非常勤 / または日当制の雇いあげ（契約なし）
勤務条件	非常勤扱い	勤務時間制限（3時間 半日） / 勤務日数制限（月1日・12日）
勤務体制	主にブロック拠 点病院で固定勤 務	16自治体は要請時のみ / 8自治体は保健所・病院へ固定勤務
対象	患者・家族・抗 体検査受検者	患者・家族、病院・保健所の受検者 / 10自治体が医療者も対象
担当人数	院内に1名、中・ 四国はその他に 派遣1名	各自治体の登録者：1名 7名（平均2.7名）
担当職種	臨床心理士：6名 （67%）心理職：1 名（11%） 助産婦：1名 （11%）NGO：1団体 （11%）	臨床心理士：41名（58%）心理職：13名（18%）MSW：4名（5%） NGO：4名（5%）保健婦：3名（4%） 医師、牧師、薬剤師1名（各1%）

3.2 協議内容の分析

今回の協議の内容は、3 分野【(1) カウンセリング体制の問題点 (2) ブロックカウンセラーと派遣カウンセラーの相互期待 (3) ブロック

別協議の効用と今後】に分類することができる。それぞれの分野の内容について、協議の報告資料と事後アンケートを元に順を追って報告する。

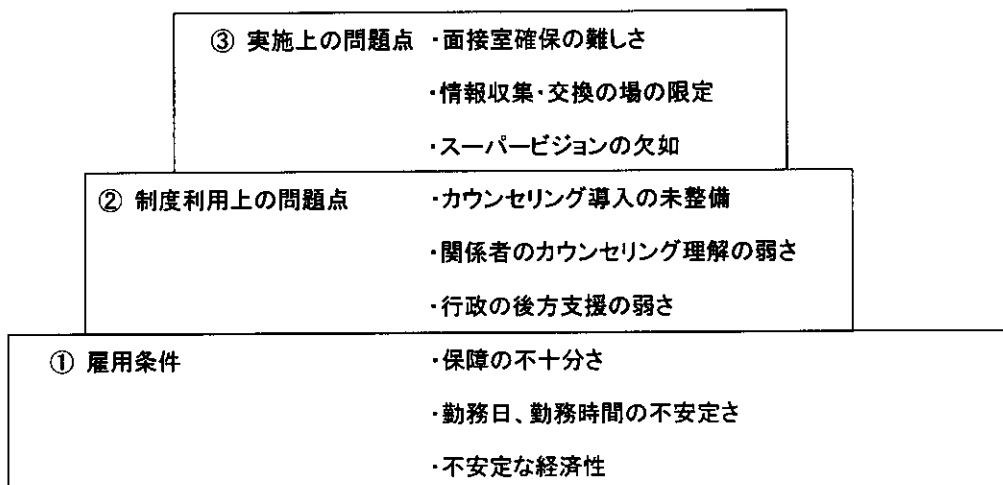


図2 問題点：3つのカテゴリー

(1) 問題点

全国のブロックカウンセラーと派遣カウンセラーの協議において、現行のカウンセリング制度の問題点が明らかになった。これらの問題点は構造別に3つのカテゴリーに大別できる：雇用条件、制度利用上の問題点、実施上の問題点。このカテゴリーの構造とそれぞれの主要テーマについて、前頁の図2にまとめた。

a. それぞれの問題点の分析

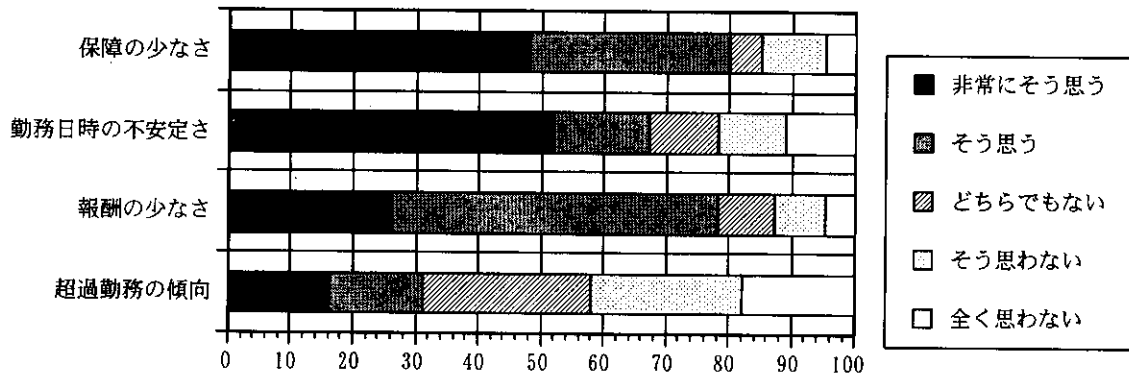


図3 雇用条件

1) カウンセリング体制の問題点に関する事後アンケートの全問を通して、「非常にそう思う」の回答の最も高かった項目が、「勤務日、勤務時間の不安定さ」であった。回答者の51%が「非常にそう思う」と、14%が「そう思う」と答えている。「非常にそう思う」と回答した者の内、93%が派遣カウンセラーだった。これは、派遣要請が不定期であり、事業主である自治体から指定された日時をカウンセリング予定として確保していても、要請が無ければその日一日が無給となる状況や、勤務先によっては陽性告知のために土日の突然の出勤要請が出される現状が、この得点につながったと思える。

2) 次に、「非常にそう思う」と「やや思う」を合わせた場合、全問中最も回答の高い項目が「保障の不十分さ」であった。この保障の不十分さとは、派遣中の労災の欠如、非常勤扱いでの健康保険受給の欠如、旅費の自払い、各研修への参加補助の欠如を指している。ブロック拠点病院においてもカウンセラー雇用は非常勤扱いの一年契約であり、保障の不安定さは現存する。このような不安定な状況の中では、長期の計画や見通しを立てることが大変困難であり、またカウンセラー

① 雇用条件：カウンセリング活動の土台となる雇用条件は、今回の調査で極めて不安定であることが判明した。山中³⁾も平成9年度の報告書でこの点を指摘しているが、4年後の現在もその状況が改善されたとは言い難い。この雇用条件は、3カテゴリーの中で、カウンセラーの問題の認識度の最も高い部分であった。下記の図3は、雇用条件の4項目についての事後アンケート結果を示している。

の責務遂行への動機付けにもマイナスの影響を与えているという報告がなされた。3) また、経済的な裏付けも弱く、全国展開しているスクールカウンセリングの派遣事業が一日8時間勤務を前提として一時間単位5,000円～6,000円域で報酬を支払っている状況と比較すると、HIV関係の派遣事業は、要請時のみの報酬支払い制度や勤務時間の制限(3時間～半日)や出勤日数の制限、日当の低さのためにその報酬が半分にも満たず、この報酬額が問題と見なしている(「非常にそう思う」と「やや思う」の合計)と答えたカウンセラーは、全体の77%にのぼっていた。

② 制度利用上の問題点：このカテゴリーには次の3点の主要テーマ：カウンセリングの認識、医療現場の制度利用、行政と派遣制度が含まれる。各々の主要テーマについての事後アンケートの質問項目とその回答をそれぞれのテーマごとに図4から図6に表示している。

1) カウンセリングの認識

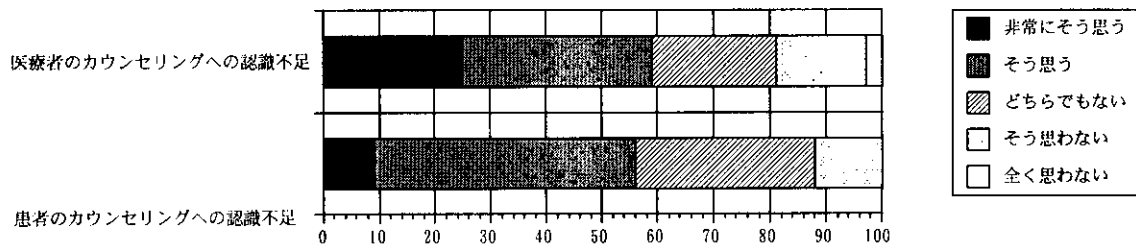


図4 カウンセリングの認識

カウンセリングの認識のテーマにおいては、「医療者のカウンセリングへの理解・認識の不足」が問題点として上位に位置していた。カウンセリングの支援内容が目に見えづらく、数字として表しにくいという性質もあり、カウンセラーが接触した医療者の持つカウンセリングのイメージは、ボランティア的なもの、指導と同義語の行為、「よく聴く」といった基本的な技術のみを行うもの、一回で解決へ導く行為として捉えられている場合があり、カウンセリングの実際の臨床行為と大きく異なっていた。また、医療者と患者間でもカウンセリングの必要性にずれが生じ、必要

な患者にカウンセリングが結びつかなかった事例も報告された。しかし、診療経験が多い首都圏の医療機関によっては、カウンセリング理解が進んでいるという報告もあった。また、同時に患者のカウンセリングイメージも様々で、異常者、大層なことという反応もあり、医療者、患者共にカウンセリング業務について種々雑駁な受けとめ方がされていること、今後カウンセリングの臨床内容を明確に伝えていくことの重要性がこの項目から受け取れる。

2) 医療現場の制度利用

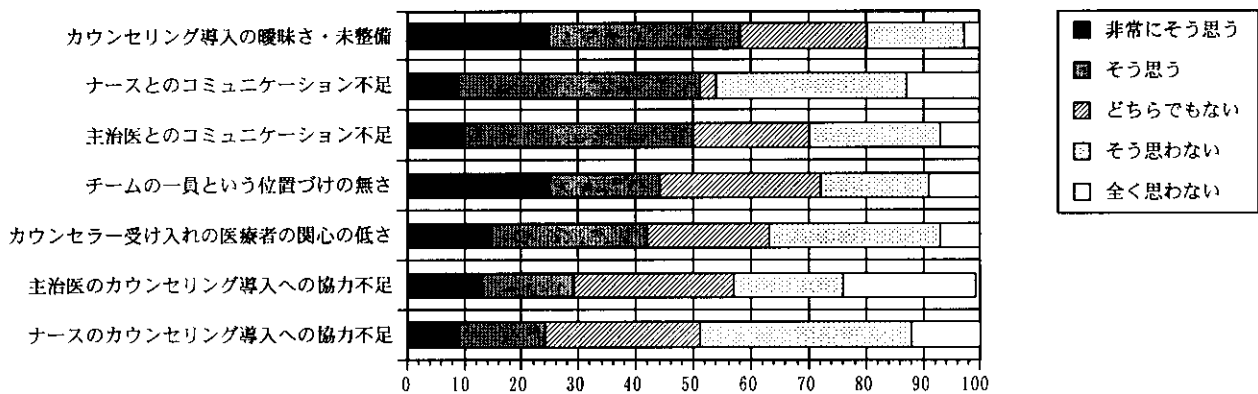


図5 医療現場の制度利用

医療現場の制度利用の問題点について、「非常にそう思う」の得点が最も高かった項目は、「カウンセリング導入の曖昧さ・未整備」であった。派遣先の医療機関でのキーパーソンの不明確さや、医療機関と事業主間の連絡不備による派遣開始時のトラブルが報告されている。しかし一方で、医療者のカウンセリング導入への協力を問題としているのはカウンセラー全体の30%以下で、むしろ医療者とのコミュニケーションについての項目の方が50%と高くなっている。このコミュニケーションの問題についてのブロックカウンセラー

と派遣カウンセラーの認識比は、1:2で、派遣カウンセラーの方がこの項目の回答は高く出ている。また、チーム医療の一員としての位置づけも、ブロックカウンセラーの25%が問題としたのに対し、派遣カウンセラーは56%が問題ありと答えた。これはブロックカウンセラーと異なり勤務先が固定されない派遣カウンセラーの状況を反映していると思われる。

3) 行政と派遣制度

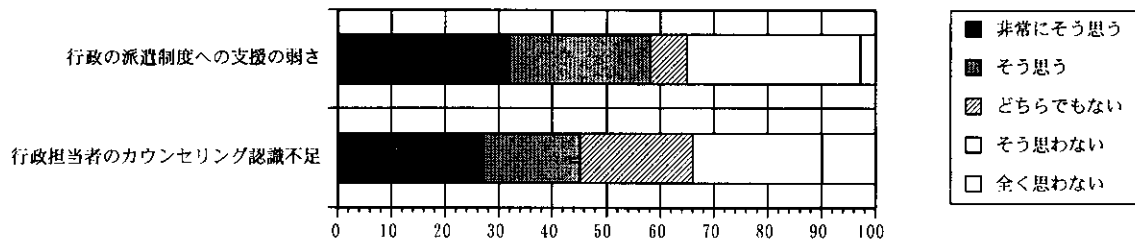


図6 行政と派遣制度

行政については、カウンセリングの認識よりも派遣事業の協力・後方支援の弱さをカウンセラーの58%が指摘していた。事業主体はほとんどが自治体であるが、実質は事業についてカウンセラーに一任する形を取っている所が多く、事業展開のための医療機関、行政、カウンセリング担当者との連絡協議や情報交換などといった後方支援がなされていない現状が報告された。

③ 実施上の問題点

このカテゴリーは次の2点：カウンセリング実施の環境、カウンセラーに関する問題に分類することが出来る。それぞれの質問項目と回答を図7～8で表示している。

1) カウンセリング実施上の環境

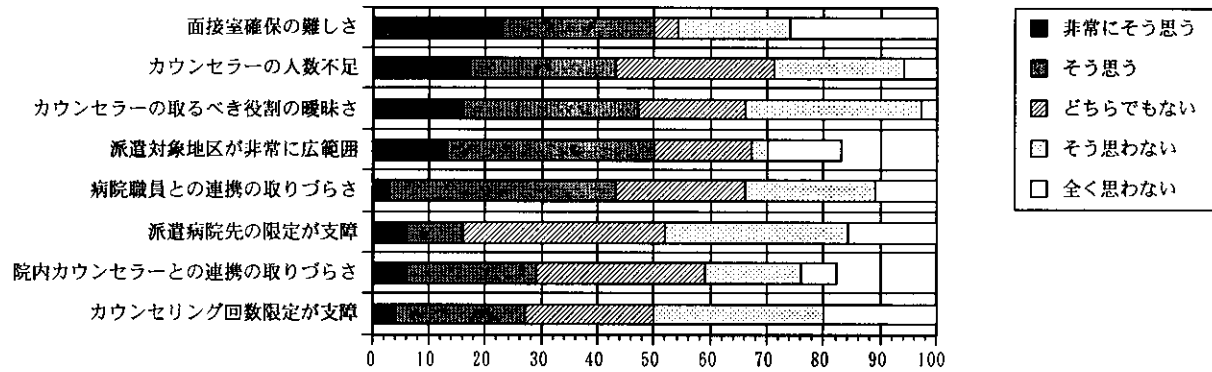


図7 実施上の環境

実施上で問題となったのが、面接室の不備であった。患者が落ち着いて内面を語れるためには、密室性のある部屋が必要であり、これはカウンセリングの実施上の基本条件だが、この条件が整っていない環境にカウンセラーが勤務するケースが多い。ただ、医療機関によっては、カウンセリングの個室の必要性を認識している所も出始めている。また、カウンセリングのケース記録の保管場所に苦慮するというコメントも寄せられている。

カウンセラーの役割については、ブロックカウンセラーと派遣カウンセラーの回答に大きく差が出ており、ブロックカウンセラーの75%は役割の曖昧さを指摘しているのに対し、派遣カウンセラーは35%が指摘するに留まっている。ブロックカウンセラーの役割の多様さとそれ

に対する戸惑いがこの数値に反映されていると思われる。

2) カウンセラーに関する問題

カウンセラー自身に関するテーマで、突出して重要な問題と認識されている項目は、スーパービジョンの必要性で、回答者は事例を通してのケース理解の必要性を痛感している。全問題項目に対する重要性の優先順位についても、上位3番までの中でスーパービジョンが最も頻繁挙げられており、この必要性が非常に高いことが示唆された。次に、情報交換や他のカウンセラーとの繋がり、他機関とのつながりの弱さを約50%弱のカウンセラーが問題と捉えており、非公式なカウンセラー同士の会合の場が求められていた。

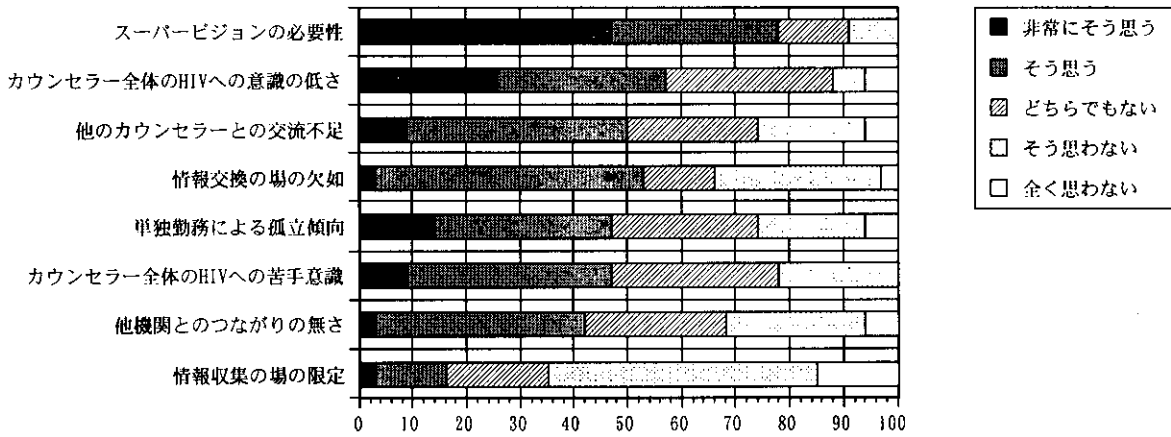


図8 カウンセラーの問題点

(2) ブロックカウンセラーと派遣カウンセラーの相互期待を図9で示した。協議で確認された今後に向けての相互

【ブロックが派遣に求めるもの】

- ・ 地元へ転院する患者や、遠方在住の家族のカウンセリング
- ・ セカンドオピニオンを求めて受診する患者について担当派遣カウンセラーとの意見交換や役割分担
- ・ 派遣実施上の問題点の情報交換と対応についての協議

【派遣がブロックに求めるもの】

- ・ ブロック内の派遣制度、拠点病院状況等の情報の取りまとめと発信
- ・ カウンセリングを含めたチーム医療のモデルとなる体制作りとそのモデルの各拠点病院への導入の促進
- ・ 事例やスーパービジョンによる研修の場や相談・本音が語れる場の提供
- ・ 派遣制度の改善への積極的な働きかけ

図9

現在は、ブロックカウンセリング事業と派遣カウンセリング事業が別個で活動を展開しているが、今後はそれぞれの地域性に沿って、ブロックカウンセラーと派遣カウンセラーが連携しながらカウンセリング体制を作りながらケアの向上を目指すことが望ましいと考える。今回の協議された意見交換は今後の連携への役

割分担を示唆していると言える。

(3) 協議の効用と今後

各ブロック内での協議に対する感想として、1) 協議参加の効用と 2) 今後の具体的対応について寄せられた。事後アンケートの内容を下記に記した。1) 協議参加の効用

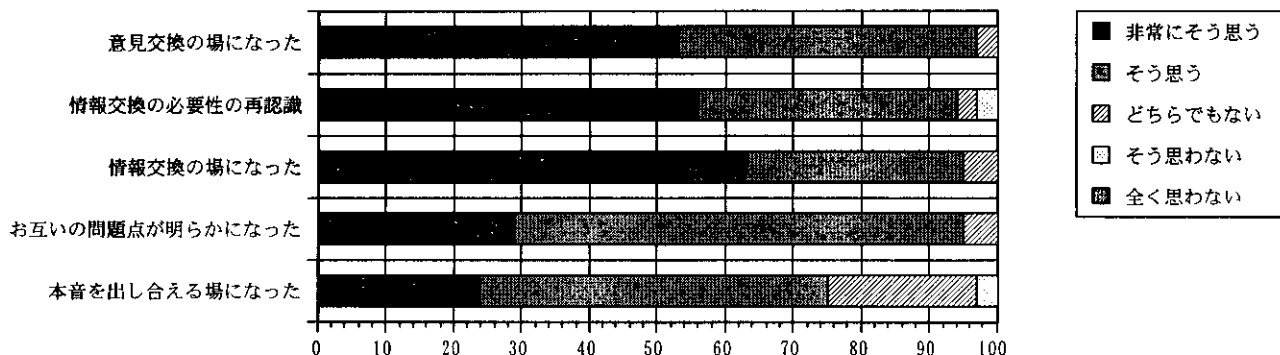


図10 協議の効用

参加者のほぼ全員が、今回の協議を「情報交換の場」として高く評価している。これは、カウンセラーが必要としていた情報交換のニーズに今回の協議の場が応えたことからの評価結果と考えられる。また、意見交換や問題点についての相互認識の場として、そして自分たちの孤立感緩和やエンパワメントとしても今回の

協議を受けとめている報告が出されている。このような評価内容は、カウンセラー自身の問題のテーマについて解決策を示していると言えよう。

2) 今後について

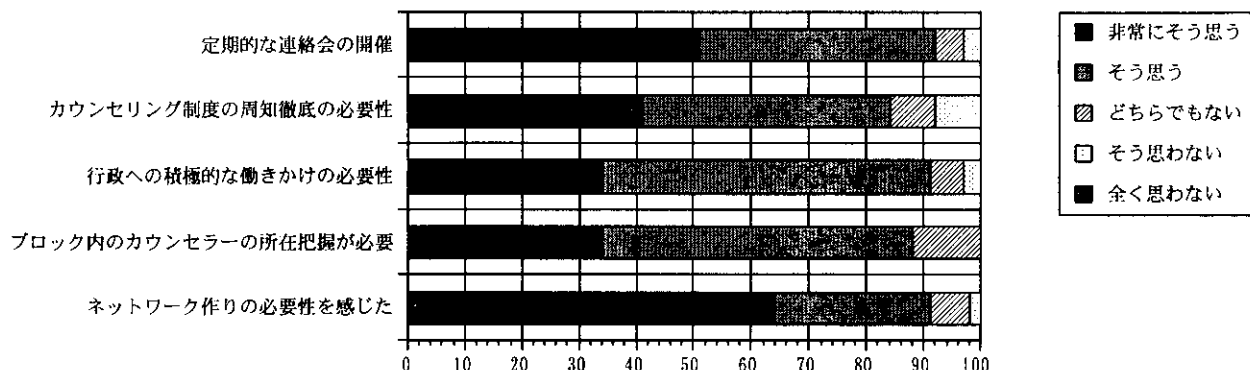


図 11 今後について

今後についての具体策は、本研究事業を通してそれぞれのブロック内で具体的に協議されており、共通項として、相互のネットワーク作りと定期的な連絡会の開催が報告されている。この点については、アンケートでもその方向性が示唆されている。また、対外的には、事業主の行政への問題点への働きかけや医療現場へのカウンセリング理解への働きかけが重要なテーマとして確認された。

4. 考察

4.1 まとめ カウンセリング体制の問題点の全体像

本研究事業を通して、初めて全国レベルで各ブロック内のブロックカウンセラーと派遣カウンセラーが、カウンセリング制度についての種々の課題を半構造的な枠組みの中で協議した。この結果、勤務状況や問題点、今後について貴重な情報が各ブロックから報告され、その結果、本研究ではカウンセリング制度の問題解析と制度充実に向けての今後の具体策の提言を試みることが出来た。

HIV の分野においてカウンセリングの必要性が取り上げられながらも、カウンセリング制度の実態は不明な部分が多かった。今回の協議を通し、カウンセリング制度の問題構造がある程度明確になったと考える。現時点においてカウンセリング体制は脆弱であり、医療現場のカウンセリングのニーズに応えるためには、カウンセリング体制の個々の問題を早急に解決する必要がある。各ブロック内の実際の協議とその後のアンケートを通し、制度上の問題は 3 カテゴリーに分類でき、

またそれぞれのカテゴリーもテーマ別に整理付けが出来た。

事後アンケートを中心に考察を加えると、今回の協議参加のカウンセラーが 3 カテゴリー中で最も強く問題と認識している分野は第 1 カテゴリーの雇用条件であり、その中でも保障の不十分さ（全カウンセラーの 80%）と勤務日時の不安定さ（65%）への認識は大変強いものであった。これに比べて、第 2 カテゴリーの制度活用上の問題と第 3 カテゴリーの実施上の問題認識度は相対的に弱く、カテゴリー中の各項目に対し全カウンセラーの 50%以上が重要と認識している割合は、第 2 カテゴリーで 63%、第 3 カテゴリーで 25%だった。今回の協議内容とアンケート回答の分布を統合すると、現在カウンセリング制度を担当しているカウンセラーにとって、カウンセリング活動の土台となる雇用条件が最も問題構造上重要な部分であり、次に、制度利用上に関する医療者のカウンセリング認識の弱さとコミュニケーション不足、事業元の自治体の後方支援の脆弱さが挙げられる。しかし一方でカウンセリングの導入への医療者からの協力については問題認識は低く、今後は導入後のケースについてのコミュニケーションやカウンセリング理解をどう進めていくかという段階にカウンセリングの問題があるように思える。カウンセリング実施については、環境整備に必要性と共に、カウンセラー自身への支援体制（情報交換、スーパービジョン）の充実が重要な課題になっている。

4.2 今後に向けての提言

今後カウンセリング体制をより充実するために、上記の問題点について具体的な方策を施行する必要がある。協議会の内容も含めて、今後の対応について検討を加えたい。

(1) カウンセリング制度の改善に向けて

a. 相互支援システムの構築

ブロックカウンセラーと派遣カウンセラーが各ブロック内で協力・連携を取ることで、患者・家族の継続ケアの強化と同時に、カウンセリング体制の問題の改善にもつながると考える。特にブロックカウンセラーはブロック内の主立った医療者や自治体の派遣カウンセリング事業担当者へのアクセスが可能なので、派遣事業の問題点を関係者に伝えやすい立場にある。ブロックカウンセラーには、従来の心理臨床と共にブロック内のカウンセリング体制のマネージメントの機能も派遣カウンセラーから期待を寄せられていることが本研究でも明らかになり、今後はカウンセリング体制の充実に向けてブロックカウンセラーの役割はより重要になってくると考える。しかし一方で、ブロックカウンセラーの担当するケース数は、特に近畿ブロックや東海ブロックで圧倒的に多く、対応する HIV 感染者数だけでも 100 名を越えており、定期的なカウンセリングの面接や患者会の運営、地域の研修を行いつつブロック内のカウンセリング体制へのマネージメントは不可能に近い。今後は派遣カウンセラーの強力な支援と、必要に応じての専門カウンセラーの増員が、カウンセリング体制の充実に向けて求められる。

b. 具体的対応への提言

① 派遣カウンセリングの事業担当者・派遣カウンセラー・カウンセラー受け入れ医療機関との定期的な会合：事業関係者で随時問題点とその対応を確認

② カウンセリング制度の周知徹底：各ブロック病院のホームページにブロック内の派遣カウンセリング、その連絡先を掲載

③ カウンセリングへのアクセスの改善：患者や家族が直接カウンセリングを申し込める窓口の設置

④ カウンセリングのユーザーの患者、事業協力者の医療者に向けてのカウンセリング理解の促進：心理臨床の役割を明記したパンフレットの作成、雑駁に乱用されている「カウンセリング」「カウンセラー」の定義の明確化

c. カウンセリング体制のあり方についての議論の必要性

今回の協議では、カウンセリング体制そのものについても意見が寄せられた。派遣という形態については、一方で医療組織の中でカウンセラーが動きやすいという利点は認識されながらも、他方、心理臨床の専門家としてそれぞれの病院内で常勤体勢で関わり、全科対象のカウンセリング体勢が形成されることが望ましいのではという考え

も提議された。「派遣」という過渡的な雇用形態について今後も議論を重ねていく必要があると考える。

(2) カウンセラーの支援に向けて

a. カウンセリングの雇用の安定

カウンセラー自身が守られ、安心して働ける雇用条件は、カウンセリングを進める上で大切である。患者や家族の精神的支援を派遣制度で遂行している現在の日本の状況では、派遣制度自体の持つ不安定さを事業主もカウンセラーも十分把握し、不安定さが少しでも改善されるよう随時協議を繰り返すことがカウンセリング体制を整える基本的な作業である。雇用の安定があつて初めてカウンセリングの長期計画が可能となり、またサービスの質の向上につながると考える。

b. 情報・意見交換の場とスーパービジョンの提供

① 情報・意見交換の場の提供：今回の協議のような都道府県を越えたブロック内での会合の継続とその会合を通してのカウンセラー間のネットワークの構築

② スーパービジョンの提供：カウンセラーの主な活動母体である臨床心理士会や臨床心理関連の学会、ブロック内会議での事例検討や仲間同士でのケース検討会の開催

4.3 今後の研究に向けて

現在、アメリカでは鬱病などの精神症状や適応障害、不安障害、心的外傷後のストレス症候群と HIV 感染症との複雑に絡んだ多重診断 (Multiple Diagnosis) を持つ HIV 感染者が報告され始めており、この問題に対する的確な心理臨床の介入とカウンセラーへのスーパービジョンの重要性が指摘されている⁹⁾。今回の研究対象となったカウンセラーが示したスーパービジョンへのニーズの高さは日本における困難事例の可能性も示唆していると言えよう。今後はカウンセラーの担当する事例を詳しく分析し、臨床心理学的視点からカウンセリングの問題の分析と介入について研究を行う必要があると考えられる。

参考文献

- 1) HIV 医療実態調査実行委員会：HIV 医療実態調査全国拠点病院アンケート 1999 年度調査報告、平成 11 年度厚生省厚生科学研究費エイズ対策事業報告書、29-54、2000
- 2) 児玉憲一：エイズ派遣カウンセラー事業の歩み、わが国の HIV カウンセリングの現状と課題、第 4 期幹事会 HIV カウンセリング専門委員会報告書派遣カウンセリング事業 日本臨床心理士会ホームページ 2000
- 3) 山中京子他：派遣カウンセラー事業の実施

方法に関する実態調査、平成9年度厚生省エイズ対策研究推進事業「HIV感染症の疫学研究班」報告書、519-526、1998

4) Winiarski, M: Myths and Realities: HIV, Mental Health, and 21st Century. 13th National HIV/AIDS Update Conference, U.S.A. 2001

研究発表

【論文発表】

1. 矢永由里子₁、山本政弘₂、岡部泰二郎₃他：HIV チーム医療における心理カウンセリングの機能-二重構造の枠組み-、日本エイズ学会誌、2(2)：pp. 111-117、2000

【口頭発表】

1. 矢永由里子：献血者への検査結果通知をめぐる諸問題：HIV 陽性者へのカウンセリングの実施状況と問題点、第24回日本血液事業学会、岡山市、2000年9月21日

2. 矢永由里子₁、加瀬まさよ₂、仲倉高広₃他：ブロック拠点病院におけるカウンセリング体制の整備：現状と課題(1)、第14回日本エイズ学会、京都市、2000年11月29日

【講演会】

1. ブロック拠点病院におけるカウンセリングの状況、公開シンポジウム：エイズ医療体制の確立を目指して、矢永由里子、横浜市、2000年2月4日

2. 思春期の保健、福岡市南保健所、矢永由里子、福岡市、2000年2月20日

3. HIVカウンセリングの実際：東北ブロックエイズ拠点病院研修会、国立仙台病院、矢永由里子、仙台市、平成12年3月17日

4. HIV感染者の心理的問題、第14回九州ブロックエイズ拠点病院研修会、国立病院九州医療センター、矢永由里子、福岡市、2000年10月13日

5. 派遣カウンセリング導入にあたって：HIVとカウンセリング、チーム医療、長崎県健康政策課、矢永由里子、長崎市、2000年11月12日

【研修会】

1. HIVカウンセリング研修、北九州市保健福祉局、矢永由里子、北九州市、2000年3月4日

2. HIVカウンセリング研修会、福岡県保健福祉部、矢永由里子、福岡市、2000年3月10日

3. エイズ予防財団カウンセリング研修、エイズ予防財団、矢永由里子、軽井沢市、平成12年6月15-17日

【関連会議】

1. 福岡市感染症診査協議会委員、福岡市、2000年
2. 福岡県医療審議委員会委員、福岡県、2000年
3. 福岡県精神保健福祉審議会、福岡県、2000年

研究2 関東圏の感染状況に応じた臨床心理学的援助体制に関する研究

—関東圏における専門的HIVカウンセリングの利用経験に関する研究：
HIV感染者に対するアンケート調査を通じて—

山中京子（東京都衛生局医療福祉部エイズ対策室）

研究協力者：

松本智子（慶應義塾大学医学部精神神経科教室）
高田知恵子（群馬社会福祉短期大学社会福祉学科）

長井進（常磐大学人間科学部）

小西徹（獨協大学精神神経科）

石川雅子（千葉県衛生部・千葉市保健所保健予防課）

磯本明彦（北里大学病院精神神経科）

研究要旨

本研究は、HIV感染者を対象に調査を実施し、「直接的利用者」の視点から、以下の2点を明らかにすることを目的とする。①専門的カウンセラーを利用した問題領域を明らかにする②専門的カウンセラーから受けた援助内容を明らかにする。そのために、関東圏の拠点病院及び協力病院36か所で治療を受けている感染者を対象に、専門カウンセラーの利用経験に関するアンケート調査を実施した。124名の感染者から得た回答を分析した結果、以下の3点が明らかになった。①専門カウンセラーのアクセシビリティあり群の利用経験率は約76%で、そのうち57%が定期的・継続的に利用していた。②専門カウンセラーの利用がもっとも多かった問題領域は、「告知後の動揺」、「仕事・学校での苦勞」や「経済的な問題」であった。③専門カウンセラーから受けた援助内容でもっとも多かったのは情緒的サポートであったが、次いで福祉制度に関する情報的サポートも多かった。これらの結果によると、感染者が必要な時確実にカウンセリングを利用できるように、感染者本人に対する院内カウンセラー及び派遣カウンセラーに関する情報提供のあり方を再検討する必要がある。また、回答した感染者の多くが「生きる意味や人生の振り返り」に関した悩みを抱えているのに、その相談は少なかった。実はその方面こそ専門カウンセラーは得意であるといった情報を提供する必要がある。

1. 研究の背景

HIV 医療におけるカウンセリング体制の充実や強化を目的として、現在までにカウンセリングの問題領域、具体的援助手法、医療チーム内での連携方法等については、心理職・福祉職等専門職による概念的あるいは実証的な研究や報告の結果が蓄積されつつある^{1)、2)、3)、4)、5)}。しかし、これらの研究や報告の大多数は、心理職・福祉職等の専門職が自らの実践を分析したり、あるいは同職種を対象にその認知を調査したものである。つまり、専門職という「援助提供者」の視点から、HIV カウンセリングの内容を明確化し、カウンセリング実施の現状を把握しようとしたものである。一方、現在まで、HIV カウンセリングの「直接的利用者」である HIV 感染者を対象に、利用者の視点でカウンセリング経験の内容を明らかにしようとした研究はほとんど実施されていない。池上らは、東京を中心に活動する HIV 地域援助組織のサービス利用者である HIV 感染者を対象にさまざまな相談資源（専門的あるいは非専門的相談資源を含む）の利用に関するアンケート調査を実施し、その一部で「直接的利用者」の専門的カウンセラーへの意識や具体的な利用経験を報告している⁶⁾。しかし、専門家による HIV カウンセリングに関する意識や利用経験にテーマをしぼった研究はいままで実施されていない。

2. 目的

上記のような過去の研究状況を踏まえ、本研究では、HIV 感染者を対象に調査を実施し、「直接的利用者」の視点から、以下の点を中心に明らかにすることを目的とする。

- (1) 専門的カウンセラーを利用した問題領域を明らかにする。
- (2) 専門的カウンセラーから受けた援助内容を明らかにする。

3. 方法

(1) 調査方法および対象

関東圏の地方自治体（群馬県、栃木県、茨城県、千葉県、神奈川県、東京都、横浜市）にある 36 カ所の HIV 感染症診療拠点病院および診療協力病院で治療を受けている感染者に対してアンケート調査を実施した。具体的な調査手続きは、HIV 感染者の診療にあたっている医師に協力を仰ぎ、調査に同意した感染者に医師より無記名自記式のアンケート調査票を手渡してもらい、記入後本人より本研究班に直接返送してもらった。調査期間は、2000 年 2 月 1 日～3 月 31 日である。

(2) 調査項目

対象者自身の基本属性と対象者が HIV 感染症の治療を受けている医療機関に関する調査項目を始めとし、中心的な調査項目は、①専門カウンセラーなどの存在の認知の有無、②利用経験の有無、③利用頻度、④28 領域の心理・社会的問題別の利

用経験、⑤10 領域の援助内容別の利用経験であった。

なお、本研究の目的は、専門カウンセラーの利用経験を明らかにすることであるが、他職種などの利用経験と比較して検討することを考慮して、すべての調査項目で、他の専門的援助者（看護職、ソーシャルワーカー、精神科医）、非専門的援助者（他の感染者、ボランティア）、身近な援助者（パートナー・配偶者、家族、友人）からの援助経験についても同時にたずねた。また、質問の多くは、二項または多項選択回答形式であったが、一部を自由記述回答形式とした。

4. 結果

調査期間終了後、感染者から調査協力が得られなかったなどの理由で医師から返送されてきた調査票を 2000 年 4 月 30 日付けであらためて集計し直した結果、最終的に医師に送付された調査票の総数は 309 部であった。そのうち 124 名の感染者から回答を得、有効回収率は 40%であった。

本調査の結果の一部はすでに昨年度「疫学研究班」報告書で報告した⁷⁾。今年度研究班では、「28 領域の心理・社会的問題別の利用経験」と「10 領域の援助内容別の利用経験」に関して分析を実施した。本報告書では、この分析結果を中心に報告する。

(1) 専門的カウンセラーの存在認知・利用経験・利用頻度

利用経験の詳細な分析に入る前に、その利用経験の前提となるカウンセラーの存在認知などについて、簡単に報告する。

上述した専門的援助者のうち、特に心理・社会的援助の専門職に関して院内における存在の認知を尋ねた。「いる」と答えた者が最も多かった職種は、カウンセラーであり、67 名（約 56%）であった。次にソーシャルワーカーが 58 名（約 49%）であり、精神科医は 46 名（約 38%）であった（ $n=119$ ）。また、文末の図 1（以下図や表はすべて文末に提示したので参照されたい）に示すように、カウンセラーの認知に関しては、「いない」と答えた者は約 12%と少なかったが、「わからない」と答えている者が 32%に及んでいた。

「いない」と答えた者と「わからない」と答えた者を合わせて「カウンセリングへのアクセシビリティなし群」（52 名約 44%）、「いる」と答えた者を「カウンセリングへのアクセシビリティあり群」（67 名約 56%）とし、「アクセシビリティあり群」における実際の利用経験をたずねた。図 2 のように「アクセシビリティあり群」では、51 名約 76%が実際のカウンセラー利用に結びついていたが、16 名約 24%は存在は認知しているが利用はしていなかった。

実際に利用した者に利用の頻度をたずねたと

ころ、結果は図3のように、最も多いのは、「定期的・継続的」利用(29名約57%)であり、次いで「1~2回」の単発的・短期的利用(13名25%)が続いた。

(2) 28領域の心理・社会的問題別の利用経験

HIV感染者がかかえる可能性がある心理・社会的問題を6分野28領域に分類し、それぞれの領域で、悩みをかかえた時に専門カウンセラーを含むどのような援助者に相談したかをたずねた。6分野28領域の内容は表1に示す。

「アクセシビリティあり群」(67名)のうち51名が実際のカウンセラー利用に結びついていた。その51名のうち欠損値のない46名を対象をしぼり、相談した問題領域の傾向を分析した。カウンセラーを利用したと答えた者が多かった領域の上位15項目をグラフ1に示す。

最も、利用の多かった領域は、「告知後の動揺」であったが、「仕事・学校での苦労」や「経済的問題」といった日常生活上の現実的問題を相談した経験のある者も多かった。それに次いで、相談した経験のある領域は、人間関係上の問題(「配偶者・パートナーへの告知」、「配偶者・パートナーとの人間関係」、「家族への告知」など)、医療に関連した問題(「体調の悪化や入院に伴う不安や心配」、「服薬に関する不安や悩み」など)、生や死に関する実存的問題(「生きる意味や人生の振り返り」、「死に対する思いや考え」)と多種の問題分野にわたっていた。

これを、看護職に相談した問題領域と比較したところ、グラフ2のような結果となった。「医療に関連した問題」では、「告知後の動揺」の項目を除き、全体的に明らかにカウンセラーより看護職の方に多くの者が相談していた。また、「日常生活上の現実的な問題」では、ほとんど同数の者が両職種に相談していた。「人間関係上の問題」では、項目別で若干に差はあるものの、両職種に相談する傾向がみられた。その一方で、「生や死に関する実存的な問題」と「以前よりかかえていた心理的問題」では、より多くの者が、カウンセラーに相談する傾向がみられた。

また、これをソーシャル・ワーカーと比較したところ、グラフ3のような結果となった。「日常生活上の現実的問題」のなかでも、「経済的問題」に関して明らかにより多くの者がソーシャルワーカーに相談をしていた。また、「自宅療養」に関しても若干ワーカーに相談する者が多かった。しかし、それ以外の領域では、分野を問わず、カウンセラーに相談した者のほうが多かった。

(3) 10領域の援助内容

援助の内容に関して、社会心理学などの領域で用いられるソーシャル・サポートの4分類(実体的サポート、情動的サポート、情緒的サポート、評価的サポート)を基本に、さらに本研究グループで検討し、10領域の下位分類を作成した。10

領域の内容は、表2に示す。

カウンセラーから受けた援助内容はグラフ4のようである。情緒や考えそのものの受容や支持、自分の情緒や考えに向きあい、それらを自ら検討するための援助、つまり情緒的サポートを受けたと答えた者が全領域中最も多かった。1位、2位の項目では他の職種(看護職、ソーシャルワーカー、精神科医)の結果と比較しても、カウンセラーから援助を受けたと答えた者が最も多かった。

また、情緒的サポートに次いで多かったのは、情動的サポートのうちで、特に福祉制度に関する情報や利用上の助言の提供の領域であった。この領域では、ソーシャル・ワーカーと医師に次いで多かった。その一方で、医療に関する情報提供や助言を受けたと答えた者は、比較的少なかった。この項目では、どの職種(医師、看護職、ソーシャルワーカー)よりも、カウンセラーから援助を受けたと答えた者の数は少なかった。

また、交渉や手続きの代行など実体的なサポートを受けた者は、最も少なかった。

5. 考察と提言

(1) カウンセラーの存在認知・利用経験・利用頻度

カウンセラーの存在は、心理・社会的援助専門職の中では、一番多くの者に認知されていた。それでも、存在を認知し、アクセシビリティのある者は、全体の50%強に過ぎなかった。すべての感染者にカウンセリングのニーズがあるわけではないが、ニーズが生じた時に適切にカウンセリングに結びつくためには、アクセシビリティが確保されている必要がある。今後は、院内にカウンセラーのいる病院では、さらに院内のカウンセラーのHIV感染者への援助体制を具体的に構築することが必要であろう。また、本調査を実施した病院のあるすべての地方自治体には、派遣カウンセラー制度が実施されている。本調査では、約半数の者がカウンセラーは「いない」またはいるかどうか「わからない」と答えており、派遣カウンセラー制度の情報が感染者にまで伝わっていない状況が判明した。その理由が制度の実施主体である行政から現場の医師にまで制度の情報が具体的に伝わっていないのか、それとも医師から患者に情報が選択的に伝えられている(あるいは伝えられていない)ためであるか、本調査では不明である。カウンセリング利用の最終的意志決定者は、むしろ感染者である。感染者が利用するしないにかかわらず、利用できる資源の情報は伝えられるべきではないだろうか。今後は、感染者本人に対する院内カウンセラーやカウンセラー制度の情報提供のあり方について検討する必要があるだろう。

(2) カウンセラーに相談した問題領域と援助内

容

カウンセラーに相談した問題領域は、特定分野に限定されず、多様な分野にわたっていた。そのなかでも、カウンセラーと他職種（看護職やソーシャル・ワーカーなど）にともに相談している分野とカウンセラーのみに相談する傾向のある分野がみられた。多職種から援助を受けている領域は、「医療に関連した問題」「日常生活上の現実的問題」「人間関係上の問題」に多かった。しかし、援助内容の結果と合わせて検討すると、「医療に関連した問題」では、看護職が情報や助言の提供など情動的サポートを中心に加えて情緒的サポートも行っている一方で、カウンセラーは、情緒的サポートを中心に行い、職種間で援助内容を分担している可能性が示唆された。

また、「日常生活上の現実的問題」では、特に「経済的問題」でソーシャル・ワーカーに相談した者が専門職種で最も多かったが、次いでカウンセラーに相談した者が多く、カウンセラーがワーカーのいない病院でワーカーの代理機能を果たしている、あるいはワーカーのいる病院でワーカーへの仲介機能を果たしているのではないかと思われた。

カウンセラーのみに相談する傾向のある分野は、「生と死に関する実存的問題」と「以前よりかかえていた心理的問題」であった。全回答者の75%あまりが「生きる意味や人生の振り返り」に関する悩みや問題を抱えた経験があると答えている⁷⁾。カウンセラーにアクセシビリティがあり、実際に相談した者の数はそれほど多くはない。

「問題をかかえること」と「その問題をを自分で対処するかあるいは専門職に援助を求めること」は異なった段階である。しかし、もし医療のなかでこれらの問題に対応することが可能な職種に関して、十分な情報が感染者にまで行き届いていないとしたら、今後はこういった職種の相談内容に関する情報も積極的に提供することも考慮するべきであろう。

6. 結論

カウンセリングの「直接的利用者」である HIV 感染者の視点から、カウンセリングの利用経験を明らかにするために、関東圏の医療機関に通院する HIV 感染者を対象にアンケート調査を実施し、124 名から回答をえた。カウンセラーの存在の認知は、他の心理・社会的援助専門職のなかでは、約 56%と一番高かったが、派遣カウンセラー制度が実施されている自治体にある病院で治療を受けているにもかかわらず、カウンセラー制度の情報は感染者本人にまで充分流通していないことがわかり、情報の流通に関して今後検討する必要性が指摘された。カウンセラーの存在を認知している者の 76%がカウンセリングの利用に結びついていた。また、その利用頻度は、「定期的・継

続的」な利用が最も多かった。

カウンセラーに相談した問題分野・領域は、特定の分野に限定されず、多岐にわたっていた。「医療に関連した問題」「日常生活上の現実的問題」「人間関係上の問題」では、看護職やソーシャル・ワーカーにもともに相談していたが、援助内容が職種間で異なることから、職種間で援助内容の役割分担が行われていることが示唆された。「生と死に関する実存的問題」や「以前からかかえていた心理的問題」では、カウンセラーに比較的特定して相談する傾向が見られた。さらに、援助内容では、カウンセラーから受けた援助では、さまざまな情緒的サポートが他の職種と比較して最も多かった。また、それに次いで、福祉制度に関する情報や助言の提供も多かった。

【参考文献】

- (1) 小西加保留ら『HIV 感染者・AIDS 患者に対する心理社会的相談援助についての実態調査』（平成 10 年度厚生省科学研究費補助金エイズ研究事業・エイズ治療の地方ブロック拠点病院と拠点病院間の連携に関する研究）、1999 年
- (2) 松本智子ら「HIV 医療におけるカウンセリング機能の明確化に関する考察」、『平成 10 年度東京都エイズ研究班・研究報告書』、東京都、pp. 125-151、1999 年 11 月
- (3) 松本智子ら「HIV 感染者のフォローに関する研究—東京都専門相談員の役割・そのコンサルテーション機能について—」、『平成 9 年度東京都エイズ研究班・研究報告書』、東京都、pp. 127-158、1998 年 10 月
- (4) 山中京子ら「HIV 感染者へのカウンセリング・多様な問題領域と対応に関する一考察」、『日本性科学会雑誌』第 15 巻 1 号、pp. 23-28、1997 年 8 月
- (5) 山中京子ら「HIV 感染者・エイズ患者の心理・社会的援助に関する医師の意識とカウンセリングの利用に関する研究」、『平成 10 年度厚生科学研究費補助金エイズ対策研究事業・HIV 感染症の疫学研究・研究報告書』、厚生省、pp. 559-581、1999 年 3 月
- (6) 池上千寿子ら「地域における直接的支援とカウンセリング体制に関する研究」、『平成 10 年度厚生省科学研究費補助金エイズ対策研究事業・HIV 感染症の疫学研究・研究報告書』、厚生省、pp. 531-549、1999 年
- (7) 山中京子ら「HIV 感染者の心理・社会的援助に関する医師の意識とカウンセリング依頼行動および HIV 感染者による相談資源認知と利用に関する研究」、『平成 11 年度厚生科学研究費補助金エイズ対策研究事業・HIV 感染症の疫学研究・研究報告書』、厚生省、2000 年 3 月

7. 研究発表

(1) 発表論文

山中京子 (2000年10月)、「HIV感染症をめぐる現状と今後の課題」(特集・21世紀のSexuality)、『日本性科学会雑誌』、第18巻、2号、pp110-112

(2) 口頭発表

Kyoko YAMANAKA、"PSYCHOSOCIAL PROBLEMS EXPERIENCED BY HIV-INFECTED INDIVIDUALS IN JAPAN"、The 6th Asian Congress of Sexology (August 19-21, 2000, Kobe, Japan)

山中京子、「HIV感染者による相談資源の認知と利用に関する研究—HIV感染者へのアンケート調査より—」、第48回日本社会福祉学会全国大会(2000年11月 日本女子大) (単)

山中京子、松本智子、高田知恵子、磯本明彦、「医師のHIVカウンセラーに対する援助要請行動に影響を与える要因の分析」、第14回日本エイズ学会総会(2000年11月 京都大学)

高田知恵子、「HIVカウンセリング研修会のあり方について—医療従事者、教育関係者、行政担当者からの要望—」、第14回日本エイズ学会総会(2000年11月 京都大学)

石川雅子、「社会福祉施設利用者に対する抗体検査において保健所が果たす役割」、第14回日本エイズ学会総会(2000年11月 京都大学)

図1 カウンセラーの存在の認知 (N=119)

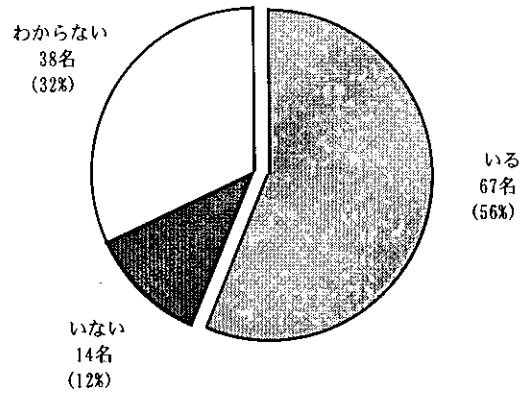


図2 カウンセラーの利用経験 (N=67)

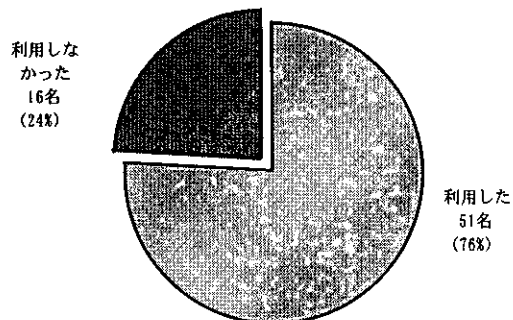


図3 カウンセラーの利用頻度 (N=51)

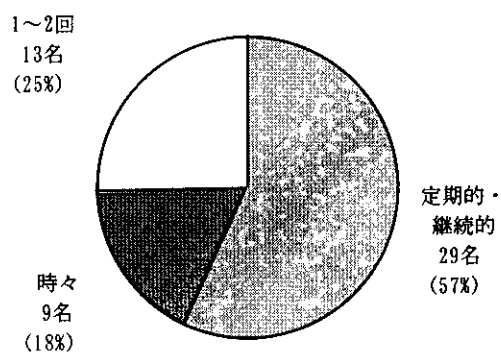


表1 心理・社会的問題の6分野28領域

(1~28までの領域の表記は、実際の調査票で用いたワーディングによる)

(1) 医療に関連した問題

- 1 HIV感染を告知された直後の不安や心の動揺
- 2 抗HIV薬を始める時の迷いや飲み続けるつらさ
- 3 体調の悪化や入院にともなう不安や心配
- 4 妊娠・出産・育児にともなう気持ちの迷いや不安

(2) 日常生活上の現実的問題

- 5 仕事や学校生活での悩みや苦勞
- 6 医療費や生活費など経済的な問題
- 7 自宅での療養や介護を受ける時の悩みや問題
- 8 裁判などの法律に関する問題

(3) 人間関係上の問題

- 9 配偶者やパートナーに感染の事実を話すかどうかの悩み
- 10 家族に感染の事実を話すかどうかの悩み
- 11 セイファー・セックス(より安全な性行動)についての疑問や悩み
- 12 恋愛や結婚にともなう悩みや問題
- 13 配偶者やパートナーとの人間関係の悩み(病名告知以外の)
- 14 家族との人間関係の悩み(病名告知以外の)
- 15 医師とのコミュニケーションの悩み
- 16 看護婦やコーディネーターナースとのコミュニケーションの悩み
- 17 カウンセラーやソーシャルワーカーとのコミュニケーションの悩み
- 18 ボランティアとのコミュニケーションの悩み
- 19 患者会や他の感染者とのコミュニケーションの悩み

(4) 以前よりかかえていた心理的問題

- 20 自分の性格についての悩み
- 21 性にまつわる自分の傾向や好みについての悩み
- 22 自分の人生のそれぞれの時期にともなう悩みや葛藤(親からの自立、子離れ、中年の危機など)

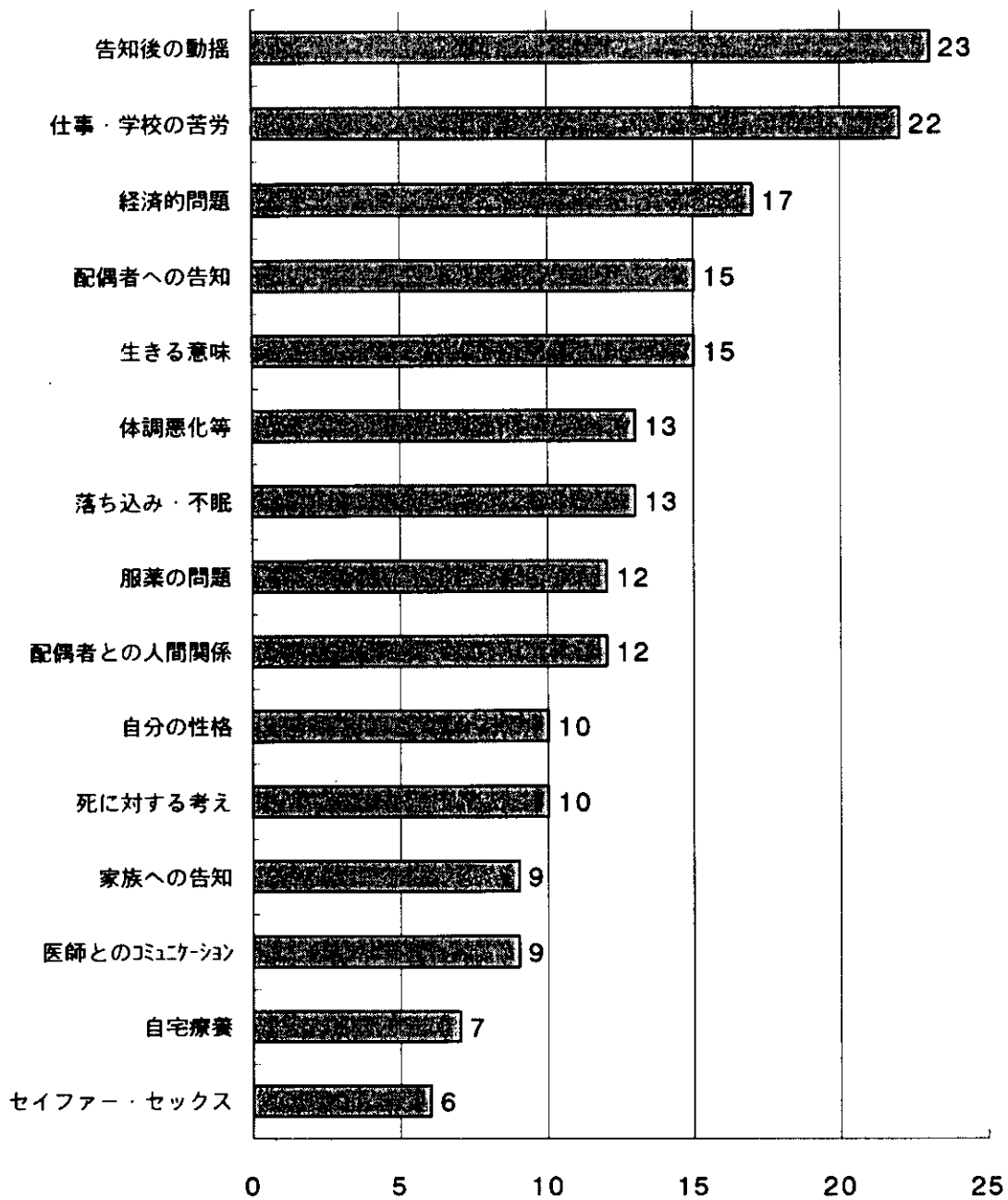
(5) 精神医学に関連した問題

- 23 気持ちの落ち込みや不眠
- 24 自殺についての思いや考え
- 25 アルコールや薬物などがやめられない悩み

(6) 生や死に関連した実存的問題

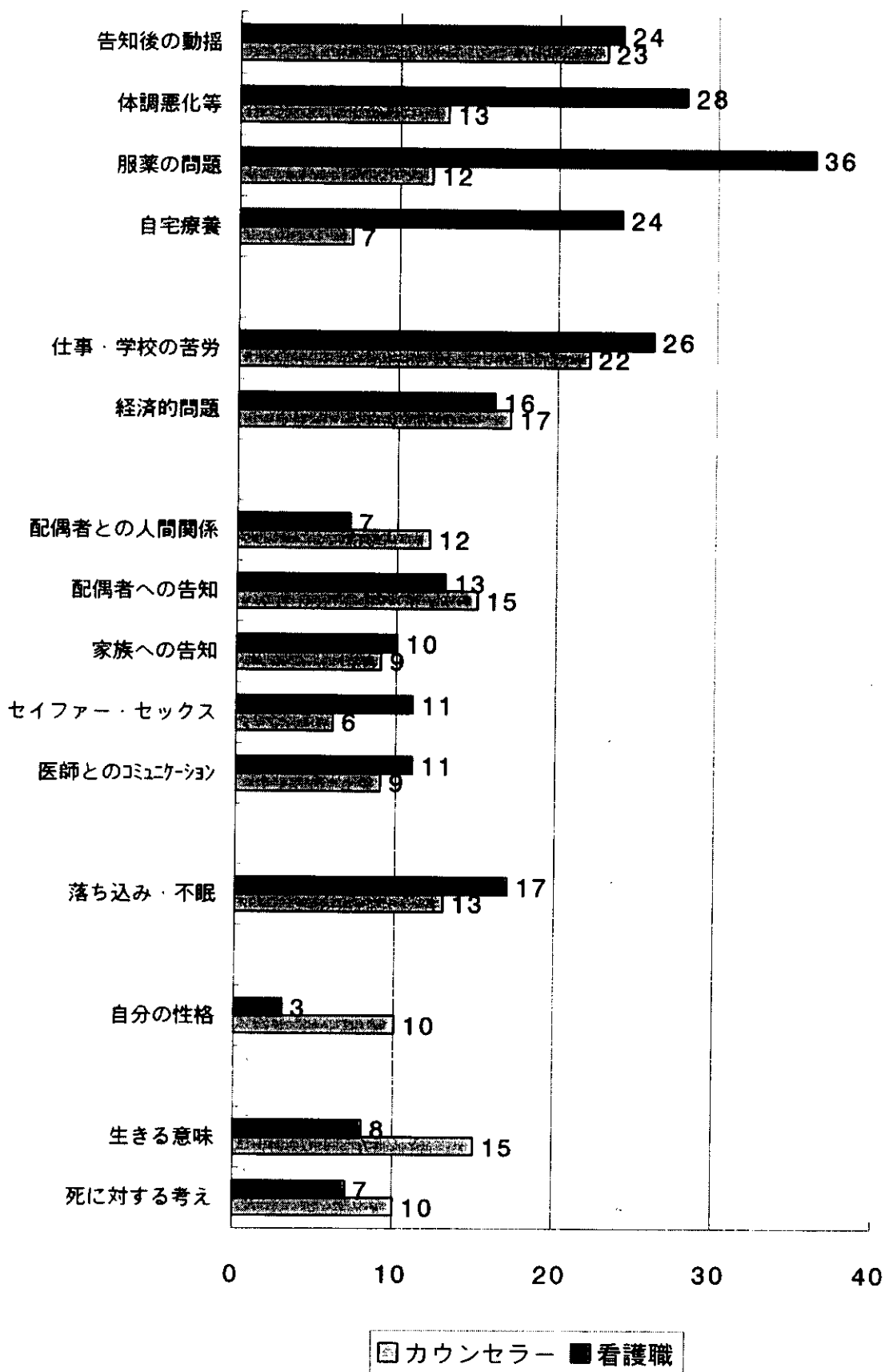
- 26 死に対する思いや考え
- 27 生きる意味や自分の人生のふりかえり
- 28 宗教や神への関心

グラフ1 カウンセラーを利用した問題領域 (N=46 複数回答)



グラフ2 相談した問題領域の職種比較 (カウンセラーと看護職)

(N=46)



グラフ3 相談した問題領域の職種間比較
 (カウンセラーとソーシャル・ワーカー) (N=46)

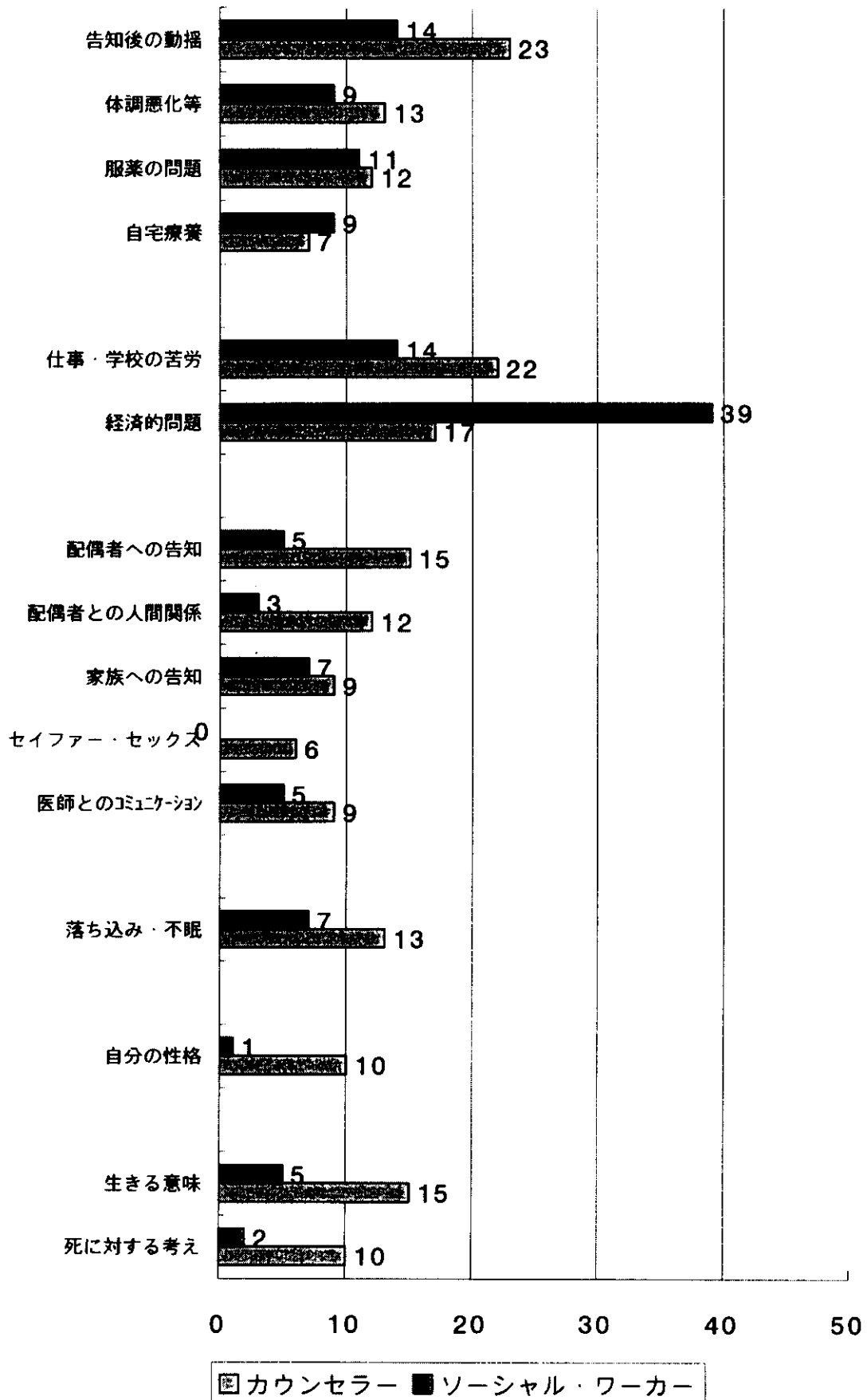
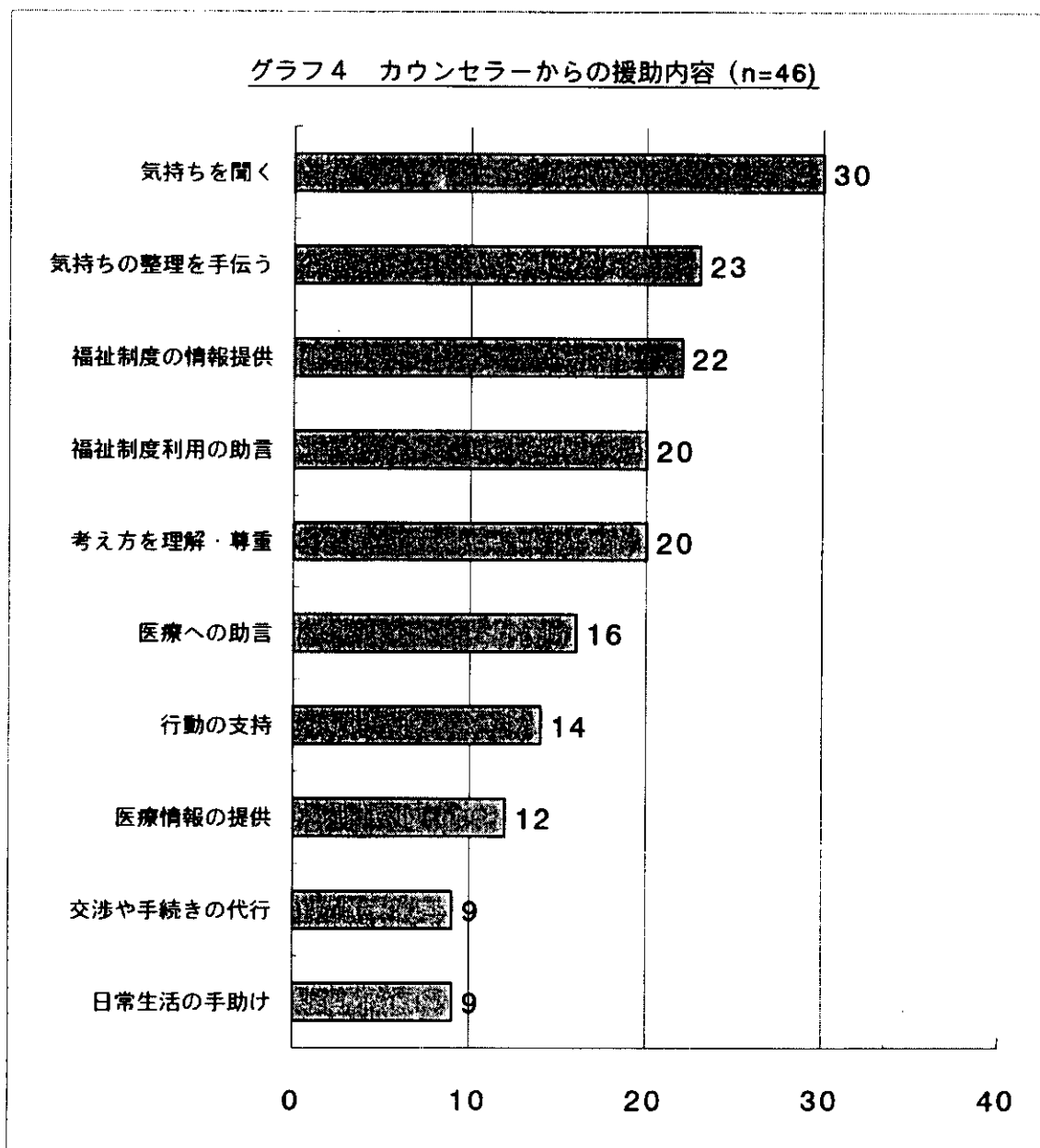


表2 援助内容の10領域

(領域の表記は、実際の調査票で用いたワーディングによる)

- 1 日常生活の具体的な手助けをする。
- 2 あなたに代わって誰かと交渉したり、手続きをする。
- 3 医療について知識や情報を提供する。
- 4 福祉制度について知識や情報を提供する。
- 5 医療についてアドバイスし、方向を示す。
- 6 福祉制度の利用についてアドバイスをし、方向を示す。
- 7 あなたの気持ちや考えをじっくりときく。
- 8 あなたが気持ちや考えを整理するのを手伝う。
- 9 あなたの行動を支持する。
- 10 あなたの考え方を理解し、尊重する。

グラフ4 カウンセラーからの援助内容 (n=46)



研究3 各ブロックの感染状況に応じた医療社会福祉学的援助体制に関する研究
 一ブロック拠点病院におけるソーシャルワーク機能：業務分析から抽出した現状と展望一

横田 恵子(大阪府立大学社会福祉学部)

研究協力者：

加瀬まさよ(北海道大学医学部付属病院)

菊池恵美子(国立名古屋病院)

岳中 美江(国立大阪病院)

研究要旨

多くの国立病院や大学病院では、専門ソーシャルワーカーは医療職や行政管理職によって残余的な仕事をする者と解釈され、専門職としては扱われない。さらに現状では、HIV 医療における制度の運用は、「心理社会的援助」としてひと括りの概念の中にある。また、ブロック拠点病院の多くは、このように専門ソーシャルワーカーを置かない公的医療機関もしくは大学病院であるため、結果としてさまざまな職種がソーシャルワークを行っている現状が生じる。

本報告では、このような現状に鑑みたく上で、ブロック拠点病院のソーシャルワークが、誰によってどのように行われているか、ということをも11名の従事者からの聞き取り調査で明らかにした。その結果

- (1) ブロック拠点病院体制には一定の医療水準向上の成果があったこと
- (2) 医療専門職集団におけるソーシャルワークの認知と理解がカギを握っているということ
- (3) リサーチレジデントを始め、様々な専門性を持つスタッフがソーシャルワーク機能を果たすことで組織レベルでのサービスの向上に役立っていること
- (4) ソーシャルワーク機能を担う者は、専任ナースと協働していること
- (5) 医療における生活問題の増加とHIV ケースワークが増加していること
- (6) ブロック拠点病院に蓄積された経験を効果的に還元する時期に来ていること

(7) HIV 医療の持つ先駆性革新性を広げていきたい、という使命感を持っていること

(8) 当事者の組織化支援やNGOとの連携を積極的に行う必要性を視野に入れていること

(9) 当事者の視点からの施策提言の必要性があると感じていること

という9種類の現状が抽出された。

これらの結果を踏まえて、ブロック拠点病院のソーシャルワーク機能は、生活問題を権利や人権の視点で扱えるようなソーシャルワーク的視点を援助者側が獲得する必要があること、ブロック内の当事者組織や病院に対してさまざまな働きかけを行うことで、患者側のエンパワーメントを促進し医師-患者関係を改革していくこと、が求められているといえよう。

1. 目的

HIV 医療の発展、特にPI 導入後の医療状況の変化によって、患者・感染者のQOLは短期間で劇的な変化を見た。それに伴わない、いわゆる「生活問題」や社会保障制度の利用問題など、具体的かつ社会的な問題が解決すべきニーズとして上がってくるようにもなった。これらの問題は、人間関係の齟齬を解決したり社会保障制度の利用手続きを行う、といった表面的な対人援助行為を越えて、より深い問題を提起する。つまり、施策としての社会保障制度をどう解釈するのか、権利擁護や人権といったきわめて「正当な」概念を現実の人間関係の中でどうやって具体的に示すのか、といった社会的な視点での問題把握の必要性を喚起するのである。このように社会問題と個人の日常をつなぐ視点が必要になってきたことは、社会福祉専門職や研究者がより深くこの問題に関わる必要があることを示してもいる。

しかし、日本の現状では専門ソーシャルワーカーの医療分野への配属はまれである。特に国立病院や大学病院では医療職や行政管理職によって残余的な仕事をする者と解釈され、専門職としては扱われない。従って、慢性疾患として長期にわたり医療サービスを受けるHIV感染者は、権利保障の面では心許ない状況で医療を利用し続けていることになる。

さらに現状では、HIV 医療における患者の権利擁護的視点や社会保障制度の施策的視点からの運用は、「心理社会的援