

否定的印象(6項目)に分け、それぞれのチェック項目数の平均の比較を行った。その結果、有意な差がみられたものは、(1)10年以下(肯定的印象:平均2.7項目)>11年以上(平均2.1項目)[$t=2.48, p<0.05$]、(2)研修を受けている者(肯定的印象:平均2.5項目)>受けていない(平均2.0項目)[$t=-2.34, p<0.05$]であった。一方、HIVのカウンセリング経験の有無と所在のブロック別については、有意な差は見られなかった。

② 不安・心配

約65%の者が、「医学知識の不十分さ」と「社会資源の知識・情報不足」に不安を抱いている反面、残りの不安・心配事項の選択率が20%と低くなっているのが特徴であった。2事項が突出していることについては、HIV医療が多剤の薬物治療による点や、社会生活の問題と密着している点に関連しているとも推測できるが、また一方で、夥しい薬剤名が羅列されることから生じる「HIVのカウンセリングには膨大な医学知識が必要」という先入観によって上記の回答が得られたとも考えられる。

不安・心配で選んだ項目の平均は、未経験者(平均2.4項目)が研修参加経験者(平均2.0項目)より多かつた($t=2.17, p<0.05$)。HIVのカウンセリング経験や、臨床経験年数、ブロック別では有意な差は認めなかった(表1.4参照)。

③ 関わっていない理由

HIVカウンセリング未経験の回答者(99名)は、「依頼がないから(80.8%)」、次いで「派遣システムに問題があるから(39.3%)」を第一、二の理由として挙げたが、この項目は感染者とカウンセラーとの接点部分の問題点を示していると言える。この2項目を、勤務先の医療機関に「HIV感染者が受診している、いると思う」が「感染者に関わった経験の無い」回答者(61名)で検討してもほぼ同率で選択している(78.6%、36.0%)。しかし、一方でこの群(患者受診中と答えた回答者)が、患者のカウンセリングに関わっていない理由として、「現状のケースで手一杯」「所属科が違う」「研修を受けていないから」を挙げる率が患者が受診していない医療機関の回答者より有意に高く($\chi^2=8.20, p<0.05$; $\chi^2=6.69, p<0.05$; $\chi^2=6.18, p<0.05$)、この群の業務の忙しさ・所属科の違い・研修の有無が患者への関わりづらさに関連していることが示された。

また、カウンセリング未経験回答者(99名)の内、上記①の印象・意見で「機会があれば関わりたい」と積極的意見を持ちながら、③の「依頼がない」に回答した者は39名と全回答者の約3割を占めていた。

上記のことから、拠点病院のHIV医療では、カウンセラーの関心も高い傾向にあり、また実際に感染者が受診しているながら、感染者とカウンセラーの接点の支障によって2者が繋がっていない現状があると考えられる。

【HIVとカウンセリングの自由記述】でも、このテーマに関連することとして、(1)カウンセリングのシステム上の問題:・院内でカウンセリングへ患者が繋がるシステムが検討されていない・医師の依頼が前提で、患者が直接心理職にカウンセリングを依頼するシステムが無い (2)カウンセラーの立場の曖昧さ、脆さ:・法的な職務権限の曖昧さ、・非常勤のため病院のHIVへの取り組みのわかりづらさが指摘されており、これらの点は、患者と心理職の繋がりの支障となっていることが窺える。(3)患者側の意識についても、カウンセラーが精神科勤務の場合は、まず精神科受診が必要になっており、それについて「自分は内科の患者であって精神科の患者ではない」という抵抗感を持ちがちであることが報告された。(4)他方、心理職の勤務状態について、総合病院の一人職場のため人材不足の傾向があり、今後のHIVでの支援では地元の派遣カウンセラーの応援が必要であると述べていた。(5)料金について、派遣やブロックと異なり院内カウンセリングが有料であるというシステムの違いも患者側の抵抗感と関連するのではという指摘もあった。

4) 実際の臨床経験

① 依頼システム

26名が、依頼経緯の46パターンを報告した。

【院内から】主治医(内科、産婦人科、呼吸器科)→全科対応の心理職/主治医→勤務科(主に精神科)医師へ依頼、その医師が主治医となって→心理職(2名の医師を経由したケースもあり)/外来看護師やMSW(あるいはその後主治医を通して)、他の心理職→心理職

【院外から】他機関の主治医→院長、精神科医→心理職/HIVカウンセラー→主治医→心理職/

保健所保健師→NGO→内科看護師→主治医→心理職

患者から心理職への直接依頼は2ケースのみで、心理職まで患者が繋がったケースの78.0%は医師がきっかけを作ったが、また一方で、看護師やMSW、保健師、NGOの関与も心理職に患者が繋がるきっかけになっていた。医療スタッフや地域のHIV関係者のカウンセリング理解への働きかけも重要と考える。

② コンサルテーション

11名が医師(内科13名、産婦人科2名、神経内科、精神科、眼科、歯科各1名)、婦長(1名)、医療相談科(1名)より、コンサルテーションを受けていた。

その主な内容は、・患者の受け入れ体制作り・告知時の支援・患者や家族の問題理解と今までの経過理解・患者の治療についての理解度や受容度への把握・配偶者への告知・知能や痴呆化の測定。対応として、カウンセラーの見解の説明、カウンセリング、カンファレンス開催を行っていた。

③ カウンセリング活動の種類

HIV医療の関わりを表1.5に示したが、カウンセリング活動は心理査定から患者・パートナー、家族、抗体検査受検者、他職種へのカウンセリングと幅広く対応しているのが判明した。また、抗体検査受検者、他職種、家族への一人当たりのカウンセラーの担当数は他の対象者の倍以上になっており、この対象群にカウンセリングのニーズが高い傾向があるとも考えられるが、ただ今回はデータ量が限られているので、このテーマは今後の追加調査が必要であろう。

④ 相談内容

回答者が対応した具体的な相談内容について、8分類を図1.2に、また各分類の上位5項目とHIV臨床経験のある心理職(31名)に対する割合を表1.6に示した。相談内容は多岐に渡っているが、その中でも対人関係のテーマが多いのが特徴である。これは患者の社会生活における様々な人間関係の問題が反映されているものと思われる。また、患者の不安状態や抑うつ状態のテーマを臨床経験のある回答者の半数が対応していた。回答者に精神科所属が多いことが一因であろうが、このテーマはHIV医療でも軽視してはならないものであることを示唆している

と言えよう。

3-2 連携

今後、HIV感染者の増加に伴い、拠点病院の心理職と派遣・ブロック拠点病院カウンセラーが臨床において、また意見交換などを通して連携を持つ必要性が出てくることが予測される。本調査では、これまでの連携の実際と今後どのような連携が必要となるかという点について意見を求めた。また、実際の連携について、関東圏と関西圏の2ケースの報告を得た。

1) これまでの連携の実際

現在までカウンセリングの連携を、10名(7.2%)が派遣カウンセラーと、5名(3.6%)がブロックカウンセラーと持った。連携では、・親子や夫婦のカウンセリングの分担、・ケースを派遣カウンセラーから引き継ぎ、その後も連絡を取り合うという関わりが行われた。

2) 今後の連携について

派遣やブロックカウンセラーとの共同作業の今後の必要性について、「そう思う」26名(18.9%) / 「わからない」96名(70.0%) / 「そう思わない」1名(0.7%)という結果であった。

今後の連携として、・密な情報交換(他院の情報を含めて)やケース検討・派遣やブロックカウンセラーからのHIVカウンセリングについての教育や専門知識提供、スーパービジョン・院内組織作りの助言・患者の転院時の連携・院内カウンセリングの協力体制などが想定された。

3) 派遣カウンセラーによる実践報告:連携の試みと課題

【関東圏：患者と家族のカウンセリングの分担】

派遣カウンセラーと院内精神科所属の心理職が、それぞれに患者と家族のカウンセリングを分担したケース

① きっかけ：患者が受診の利便性から転院。患者の希望を院内のチームスタッフが取り入れ、派遣カウンセラーが継続的に関わったが、家族の患者への葛藤が深まっていることが看護職から報告され、家族のカウンセリングの必要性も浮上してきた。家族の希望もあって院内カウンセラーが家族の担当へ。

② 経緯：役割分担へ

- ・派遣カウンセラー：患者への継続支援
- ・院内カウンセラー：家族を中心に精神的支援へ。また、患者の日常的問題や他スタッフとの関係調整の役割へ。

③ 今回の連携のメリット

- ・患者支援の一貫性、患者・家族の双方の利益へ。
- ・院内カウンセリング体制への協力

④ 留意点

- ・事業主の自治体へ：派遣カウンセラーの関わりについての理解の要請
- ・派遣と院内カウンセラー間：密な連絡を通しての情報不足の補足、役割分担の確認

⑤ 課題

- ・院外スタッフや社会資源との連携という新たな役割への院内カウンセラーの戸惑い
- ・日頃の相互の活動に対する知識と理解、交流の必要性

【関西圏：サポートグループ企画への協力】

派遣カウンセラーと院内精神科所属の心理職が、共に院内患者のサポートグループを企画・運営したケース

①きっかけ：外来通院の患者らからサポートグループの希望が寄せられた。派遣カウンセラーが、院内カウンセラーの協力を依頼。両者が相互の存在と職務内容を以前より知っていたことが今回の連携へ結びついた。

②経緯：役割分担へ

院内カウンセラー：グループワークの専門的な知見を通し、派遣カウンセラーの教育やグループの介入。患者の経験へ新しい第三者の視点を元にフィードバックを提供。

派遣カウンセラー：グループのファシリテーターの役割。HIV 医療の情報や状況を熟知している立場が参加者の患者へ安心感を与えることに。

③ 今回の連携のメリット

- ・双方の立場からの独自の支援機能を患者に提供。
- ・派遣カウンセラーにとっての院内カウンセラー：院内スタッフの協力がワークの心理的保証へ
- ・院内カウンセラーにとっての派遣カウンセラー：患者の心理社会的状況理解の促進と、精神科における HIV 患者への心理療法の土台作りのきっかけへ。

④ 留意点

- ・事業主の自治体へ：サポートグループの活動を派遣事業として位置づけることや、院内カウンセラーへの協力に対する謝礼支払いの働きかけ
- ・主治医：患者へのサポートグループの案内の依頼、部屋使用の依頼、院内カウンセラーの協力への同意

⑤ 課題

- ・院内カウンセラーの時間外活動への報酬の確保
- ・今後のグループワークの方向性：院内カウンセラーの本来の業務の一環としての活動、派遣カウンセラーの派遣業務の一部としての活動という可能性

4) 回答者の派遣・ブロックカウンセリング等の認知

連携を行うためには、上記報告でも指摘されたように双方の存在の認知と業務内容の理解がまず基本となるが、本調査では、回答者の派遣・ブロックカウンセリング制度の認知については、派遣：(1)「わからない」と答えた者が 46.7%、(2)カウンセラーに「会ったことがない」が 48.1%/ブロック：(3)ブロック拠点病院を「知らない」が 31.3%、(4)ブロック病院内でカウンセリングが実施されていることを「知らない」も 36.4%だった。認知度は全体的に高くないが、これらの回答は、研修参加経験の無い回答者群の方が有意に高かった [(1) $\chi^2=13.31$, $p<0.005$ (2) $\chi^2=10.89$, $p<0.005$ (3) $\chi^2=19.54$, $p<0.001$ (4) $\chi^2=11.10$, $p<0.001$]。

D. 考察

1) 院内心理職と HIV の関わり

① 今後の可能性：心理職の HIV との関わりは、院内・院外の活動やカウンセリングを 2 割強が経験し、医療者へのコンサルテーションも行われていた。回答者の HIV 分野の関わりに対する印象・意見が総じて肯定的な傾向であったことから、今後の HIV 医療のカウンセリング体制を作っていく上で協力や連携が可能である印象を受けた。

② 研修の重要性と有効的な活用： HIV 分野のカウンセリングの印象、カウンセリング施行についての不安、勤務所在地の派遣やブロックカ

ウンセラの認知に対し、研修経験の有無の関連性が判明した。研修は、カウンセリングを行うあるいは将来行う上でカウンセラー側の準備にも繋がる機能を持ち得ることも明確になった。

また、研修は回答者が派遣やブロックカウンセラーと知り合う機会にもなり、今後のカウンセリング体制を整える際、重要な役割になると考えられる。ただ、研修内容については、回答者のより具体的なニーズを把握した上で計画を立てる必要があるであろう。また、自由記述では、日進月歩で変化する医学情報の正確な入手先の希望も出たが、カウンセラーの不安感の高いこの部分について、ホームページなどを通して情報提供の機会を積極的に作っていくことも望ましい。

一方、研修などの機会を通して院内心理職がブロックや派遣カウンセラーとの関係を作り、双方の仕事を理解しておくことは、実践報告でも示されたように、患者や家族の援助で連携を行う際の基本になる。カウンセリング体制が連携という形で強化されるためにも研修会の活用は重要であろう。

2) 課題

① 依頼システムの問題

今回の調査票で明確になったカウンセリング体制の問題点として、患者とカウンセラーを繋ぐ部分の支障があった。回答者が勤務する医療機関で患者が実際にカウンセリングに繋がった割合は、91 医療機関中、29 機関と 31.8% だった。全回答者の約 9 割が他科受診の患者への関わりが可能なシステムを持っている現状に反し、HIV 分野への関与は低い状況にある。患者がカウンセラーに繋がらない理由として前述した・依頼のなさ・現状業務の大変さ・所属科の違い・カウンセラーの立場の曖昧さ・患者の意識の他に、現在の HIV 医療のカウンセリングに主治医の関わりがその率先的な役割を果たしている状況を踏まえると、主治医のカウンセリングへの協力の有無も関連していると推測できる。今後は、主治医の患者をカウンセリングに繋ぐ判断やカウンセリング理解へ働きかけることもカウンセリング制度を整える上で重要になると考えられる。

② チーム医療の重視

依頼システムと関連するテーマであるが、医

療スタッフが患者をカウンセリングに繋ぐ際にカウンセラーに寄せる期待は検討すべき課題であろう。困った患者をすべて任せるという「心理職=何でも屋」的な認知では、本当の患者の援助体制とは言えない。スタッフ間の協力という土台があって、それぞれの分野の専門性に応じて患者を繋ぐという医療者の態度が、このカウンセリング制度を発展させる鍵にもなると思う²⁾。

③ カウンセラーの雇用条件

74 名(全回答者の 54.0%)が HIV のカウンセリングについて感想を自由記述の欄に寄せているが、非常勤勤務のため(回答者の 33.3%)病院の HIV の取り組みが分かりづらい点や、一人職場で現在の複数科での心理査定で業務が飽和状態であること、保健診療の中での多くの制限で必要なサービスが行えないことなど、HIV の問題だけでなく医療全体への取り組みづらさが報告されていた。このような勤務や雇用条件の問題や位置づけの不安定さは、昨年度のブロックと派遣カウンセリングの問題点とも共通する部分であり、医療におけるカウンセリングが HIV を含めて極めて不安定な状況で行われていることが判明した。単にカウンセリングの有無を問うのではなく、今後はより質の高いサービスを提供するための医療システムの変革への提言も行っていく必要があると考える。

E. 参考文献

- 1) 矢永由里子ら「各ブロック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—ブロック拠点病院と派遣事業におけるカウンセリング体制の現状と課題—」、『平成 12 年度厚生省エイズ対策研究事業・HIV 感染症の医療体制に関する研究』、厚生省、pp. 271-280、2001
- 2) 成田善弘(監修)矢永由里子(編集)「医療のなかの心理臨床」新曜社、2001

表1.1活動

【院内】(n=16)	・患者会 ・スタッフミーティング ・感染症委員会 ・HIV感染防止ワーキンググループ 院内研修会
〈関りかた〉：・心理職の立場からの情報提供・情報提供〉	
【院外】(n=26)	・研修会、講演の講師 ・地域の医療関係者の初ワーク作り ・保健師とのミーティング ・NGO活動 ・県主催の連絡会の参加 ・カウンセリング部会の出席 ・研修会、事例カンファレンス ・患者会のサポート

表1.2研修 (n=137) 人(%)

・エイズ予防財団	47(34.3)
・県・市・ブロック主催の研修	35(25.5)
・臨床心理士会主催研修	31(22.6)
・心理関係の学会ワークショップ	12(8.7)
・院内、自主的、民間団体	9(6.5)

注)複数回答 %は全回答者137名の割合

表1.3カウンセリングの印象・意見(n=137) 人(%)

やりがいや学びがある	81(59.1)
他職種との関わりが求められる	76(55.4)
チーム医療が実践できる	61(44.5)
機会があればかわりたい	53(38.6)
何をしてもよいかわからない	42(30.6)
ネットワークが広がる	37(27.0)
感染者の状況が分かりづらい	35(25.5)
治療構造がまもりにくい	21(15.3)
ケースワークが中心の仕事	14(10.2)
自分の担当とは違う	9(6.5)
なるべくかわりたくない	2(1.4)

注：複数回答 %は全回答者137名の割合

表1.4 カウンセリングを行う際の心配・不安 (n=137)

医学知識の不十分さによる不安	89(64.9)
HIV関連の社会資源の知識・情報不足の不安	89(64.9)
死の問題への苦手意識	28(20.4)
セクシュアリティ問題への苦手意識	25(18.2)
他職種との情報交換などの交流への苦手意識	21(15.3)
HIV感染者への抵抗感	5(3.6)
自分への感染が不安	4(2.9)

注：複数回答 %は全回答者137名の割合

表1.5 カウンセリングに関わっていない(n=99)理由

依頼がないから	80(80.8)
院内の依頼システムに問題があるから	39(39.3)
現状のケースで手一杯だから	21(21.2)
専門HIVカウンセラーが存在するから	20(20.2)
HIV/AIDS患者がいないから	20(20.2)
所属科が違うから	19(19.1)
心理の存在が知られていないから	16(16.1)
時間がないから	11(11.1)
HIVの研修を受けていないから	8(0.8)
スクールカウンセリングで手一杯	2(0.2)
心理サービスの対象ではないから	1(0.1)

注：複数回答 %は、カウンセリング未経験者99名の割合

表1.6 カウンセリングの実際 (n=31)

種類	対象	
	患者数	カウンセラー数 (%)
患者のカウンセリング	136	24(77.7%)
抗体検査受検者のカウンセリング	127	9(29.0%)
家族のカウンセリング	71	6(19.3%)
心理査定	48	17(54.8%)
パートナーのカウンセリング	42	10(32.2%)
感染不安・神経症のカウンセリング	22	6(19.3%)
医療スタッフ・学校・福祉関係者のカウンセリング	21	2(6.4%)

注)複数回答 %はカウンセリング経験者31名の割合

表1.7 相談内容

内容分類	(n=31)				
人間関係	・家族 (64.5)	・職場、学校 (48.3)	・恋人 (35.4)	・周囲への告知 (32.2)	・医療者との関係 (25.8)
発達上の課題	・仕事 (45.1)	・生や死 (32.2)	・妊娠・出産 (29.0)	・結婚・恋愛 (22.5)	・親からの自立 (22.5)
日常生活	・偏見・差別 (51.6)	・医療・生活費 (45.1)	・生活留意点 (38.7)	・患者交流 (25.8)	・法律関係 (12.9)
精神疾患・不適応	・不安状態 (51.6)	・抑うつ状態 (48.3)	・希死念慮 (22.5)	・不眠 (22.5)	・人格障害 (9.6)
治療等	・治療 (45.1)	・服薬 (41.9)	・心理査定 (9.6)	・副作用 (6.4)	
HIV抗体検査	・告知直後 (38.7)	・感染不安 (32.3)	・感染後の受診 (12.9)	・陰性後予防 (9.6)	
周囲・医療者から	・今後の不安 (32.2)	・感染者の接し方 (22.5)	・否定的感情 (19.3)	・交際、妊娠 (19.3)	
性について	・セクシュアリティ、性行為について (35.4)		・セーフターセックス (32.2)		
注) 複数回答	%はHIV臨床経験者 (31名) に対する割合				

図1.1

1 患者受診の有無と臨床経験の有無

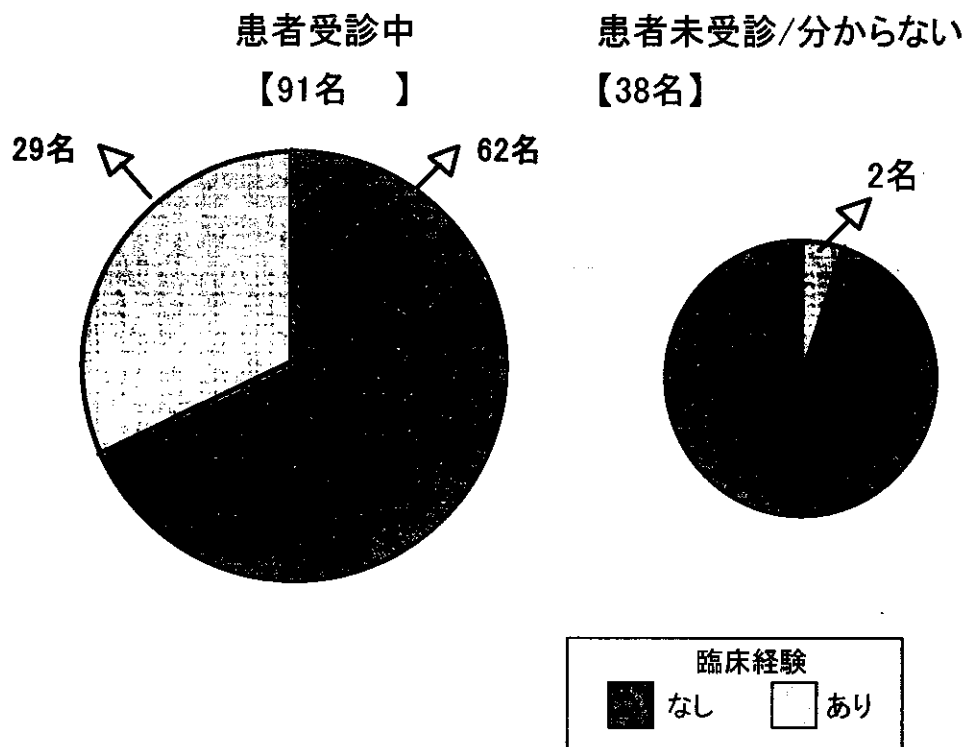
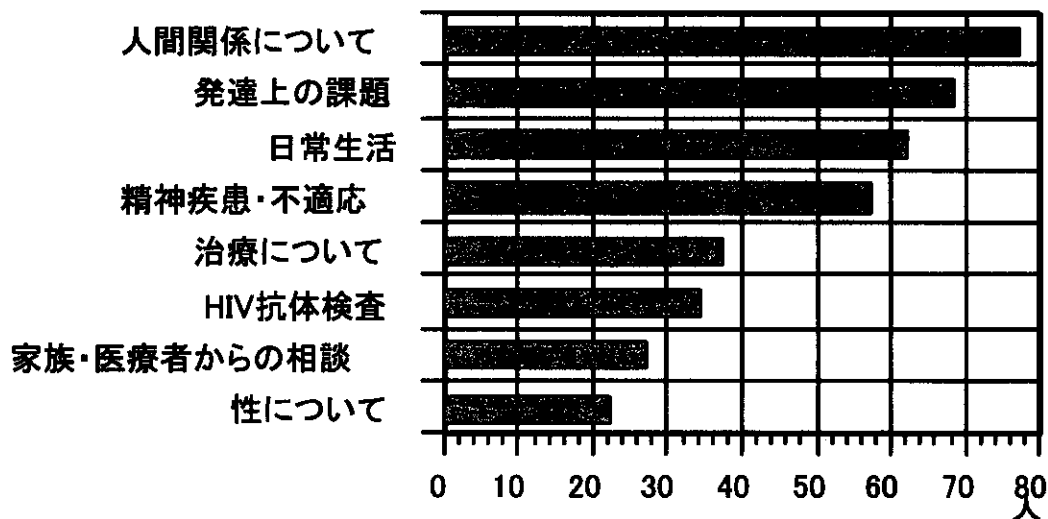


図1.2

相談内容



研究2:ピア・カウンセラーと専門カウンセラーの連携に関する研究

内野悌司 (広島大学保健管理センター)
 藤井輝久 (広島大学医学部附属病院)
 平岡毅 (県立広島病院)
 塚本弥生 (社会保険広島市民病院)
 磯部典子 (広島大学保健管理センター)
 藤原良次 (りょうちゃんず)

研究要旨

ピア・カウンセリング活動を発展させるために、ピア・カウンセリングの現状およびピア・カウンセラーと専門カウンセラーの連携の現状について、HIV関連のNGO/NPO70団体を対象に質問紙調査および電話によるインタビューを行った。その結果、ピア・カウンセリングは、立場が対等で当事者同士であるからこそ、共通体験を基盤とする共感性を用いて、医療関係者が満たすことのできなかつたニーズに応えるものとして、情報や助言などを提供していた。ピア・カウンセラーと専門カウンセラーとの連携については、まだ不十分であることが示唆された。専門カウンセラーは、ピア・カウンセラーの養成やメンテナンスにおいて一定の役割を果たすことができると考えられる。ピア・カウンセリングをより効果的・発展的に行う上で、ピア・カウンセラーと専門カウンセラーの相互の尊重と協同が、今後の課題であると考えられる。

1 研究の背景と目的

1999年の「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」の施行に伴い、「エイズ予防指針」において、偏見や差別を受けやすい同性愛者、言葉や習慣の違う外国人、性の知識が不十分で判断力が未成熟な青少年などのグループを、特別な配慮が必要な「個別施策層」と位置づけ、特定のグループへの相談や正しい知識の普及啓発を効果的に進める上で、患者組織も含む非政府組織(NGO)の協力が不可欠として、行政、医療関係者などとの連携強化を訴え、患者・感染者自身がカウンセラーを務める「ピア・カウンセリング」の活用が強調された。

そこで、本研究は感染者自身によるピア・カウンセリング活動を発展させるために、専門カ

ウンセラーが果たすべき役割を明らかにすることを目的とし、本年度は以下の点を明らかにすることを目的とした。

- (1)ピア・カウンセリングの現状。
- (2)ピア・カウンセラーと専門カウンセラーの連携の現状と問題点。

2 方法

(1)全国のHIV関連のNGO/NPO70団体(ASO情報ネットワークに基いて)を対象に、ピア・カウンセリングの実施に関する第1次調査を2001年12月に郵送の調査票で行った。

(2)第1次調査において、ピア・カウンセリングを実施していると回答したNGO/NPO14団体を対象にピア・カウンセリングの実態および専門カウンセラーとの連携に関する第2次調査を2002年2月に郵送の調査票および電話で行った。

3 結果

第1次調査の回答は38団体から得られ、回収率は54%であった。ピア・カウンセリングを実施していると回答したのは17団体で全体の45%を占めた。そのうち4つは、同一組織母体の支部であった。ピア・カウンセリングを実施していないと回答したのは、21団体で全体の55%を占めた。

第2次調査の有効回答は10団体から得られ、有効回答率71%であった。有効回答にならなかったのは、第1次調査でピア・カウンセリングを行っているとは回答したものの、第2次調査ではピア・カウンセリングを組織的に行っていないと回答を修正されたところがあったのと、ピア・カウンセリングの定義などが調査票で事前になされていなかったもので、回答するには団体内でのコンセンサスをとる必要があつて回答困難であったなどの理由のためである。

(1)ピア・カウンセリングの実施状況

表1の通りである。検査前後のカウンセリングにまで携わっているNGO/NPOは2団体にとどまり、心理社会的あるいは生活上の支援カウンセリングを行っている団体が多かった。その他のピア・カウンセリングとは、ピア・エデュケーションや啓発活動、性感染症に関する相談等であった。

(2)専門職の関与状況

表2、3の通りである。ピア・カウンセリングを行っているか否かに関わらず、NGO/NPOと連携し

ている専門職は同様の特徴があった。ピア・カウンセリングを行っている団体においては、心理職と連携しているのがやや多い傾向にあった。その他の専門職としては、養護教員、教員が多く、それ以外では数は少ないものの保健師、管理栄養士、歯科医師、助産婦等が連携していた。

(3) ピアの定義

ピアについての定義は、同じ立場や社会的状況にあるといった共通項をもつ者とする回答が共通していた。本調査では、ピアを共通項によって以下の3つに分類された。

- 1) HIVポジティブ
- 2) 同性愛者
- 3) 同年代の子ども

(4) ピア・カウンセリングの定義

専門職のカウンセリングと区別化する特徴として以下のものがあげられた。

- 1) 立場の対等性と当事者性
- 2) 共通体験を基盤とする共感性
- 3) 非専門家による相互援助性

通常の友だちの相談と区別化する特徴として以下のものがあげられた。

- 1) 時間や場の意図的、組織的枠組み
- 2) プライバシーの厳格な確保
- 3) 援助的コミュニケーションスキルの意図的な使用

(5) ピア・カウンセリングで扱われたテーマ

ピア・カウンセリングで扱われた主なテーマは、表4の通りである。その他のテーマとしては、セクシュアリティや性感染症、病院との交渉、告知後の支援、女性のための情報といったものがあげられていた。

(6) ピア・カウンセラー養成の方法

以下のような方法によって、ピア・カウンセラーは養成されていた。

- 1) 専門職カウンセラーを招いて研修
- 2) 他団体のピア・カウンセラー養成研修会に参加
- 3) トレーニングを受けた経験者が指導
- 4) ケース研究
- 5) 過去の相談事例をアレンジしたロールプレイ
- 6) 個人の経験による学習
- 7) 専門カウンセラーの連携の役割

専門カウンセラーの連携の役割として、以下のものがあげられた。

- 1) ピア・カウンセラー養成に関与

- 2) ピア活動維持・発展のための研修に関与
- 3) 何か問題が生じたときのスーパーバイス
- (8) 連携の度合い

連携の度合いとして、密な連携が3団体、緩い連携が3団体、連携なしが4団体であった。

(9) カウンセリングを実施しない理由

ピア・カウンセリングを実施していない理由として以下のものがあげられた。

- 1) スタッフ確保が困難
- 2) 養成・研修が困難
- 3) 被支援者とのアクセスが未整備

4 考察

(1) ピア・カウンセリングの現状とその意義

ピア・カウンセリングは、立場が対等で当事者同士であるからこそ、共通体験を基盤とする共感性を用いて、医療関係者が満たすことのできなかったニーズに応えるものとして、情報や助言などを提供することに第1の特徴があげられた。さらに、そうした支援はレシーピエントばかりではなく、プロバイダーであるピア・カウンセラーにとっても意義が認められ、セルフ・ヘルプ・グループ活動の一環と位置づけられると考えられる。

(2) ピア・カウンセラーと専門カウンセラーとの連携の現状と問題点

ピア・カウンセラーと専門カウンセラーとの連携は、まだ不十分であることが示唆された。その一方で、連携専門職が多いほど多様なピア活動がなされていることも明らかになった。

上記でも述べたように、ピア・カウンセリングは医療関係者が満たすことのできなかったニーズに応えるところに1つの特徴があるので、本来、専門職とは独立した機能を果たすことを指向すると考えられる。しかし、その利点は、他方ではピア・カウンセラーが、たとえば相談者に共感しすぎて問題を抱え込むといった危険性を包含する。そこで、連携の前提として、まず専門職がピア・カウンセラーの役割とその独自性を認識し、尊重することが必要と考えられる。一方、ピア・カウンセラーは、専門職との異同とともに役割の限界を認識する必要があると考えられる。

ピア・カウンセラー養成については、援助的コミュニケーション技法を重視するかどうかによって、その仕方に差異がみられた。NGO/NPOによっては、相談技法よりもオープンな仲間関係を軸とした対等性、共感性を重視して、特に養成をし

ないところがあった。それは、ピア・カウンセラーの資質や経験に負うところが大きいことを示唆し、ピア・カウンセラー個人に責任や負担がかかりすぎる可能性が示唆された。そこで、専門カウンセラーはピア・カウンセラーの養成やメンテナンスにおいて一定の役割を果たすことができると考えられる。

以上のような観点から、ピア・カウンセラーと専門カウンセラーの相互の尊重と協同が、ピア・カウンセリングをより効果的・発展的に行う鍵であると考えられる。

参考文献

- 1) 厚生省公衆衛生審議会感染症部会小委員会：
後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針、1999.

表1 ピア・カウンセリング実施状況

非感染者PCによる 検査前カウンセリング	2	12
感染者を含むPCによる 検査前カウンセリング	1	13
非感染者PCによる 検査後カウンセリング	1	13
感染者を含むPCによる 検査後カウンセリング	2	12
非感染者PCによる 支援カウンセリング	5	9
感染者を含むPCによる 支援カウンセリング	9	5
非感染者PCによる その他のピア・カウンセリング	5	9
感染者を含むPCによる その他のピア・カウンセリング	2	12

表2 専門職との連携：PCを行っている団体

	医師	看護師	薬剤師	SW	CP	弁護士	その他
スタッフとして参加	8	7	3	6	7	1	7
連携者として関与	9	7	3	8	8	6	3

表3 専門職との連携：PCを行っていない団体

	医師	看護師	薬剤師	SW	CP	弁護士	その他
スタッフとして参加	6	8	2	5	5	1	6
連携者として関与	10	6	3	6	3	2	2

表4 ピア・カウンセリングで扱われたテーマ

病院	5
薬や副作用	7
福祉制度	7
NGO/NPO	5
予防	4
日常の生活情報	7
代替療法	4
その他	2

研究3: 地方ブロック拠点病院に求められる ソーシャルワーク機能の探索的研究 —近畿ブロックにおける当事者参加型のコミュニティ開発の過程について—

横田 恵子(大阪府立大学社会福祉学部)

青木理恵子(京都YWCA)

加瀬まさよ(北海道大学医学部附属病院)

榎本てる子(日本基督教団)

辻本登志子(大阪外国語大学)

菊池恵美子(国立名古屋病院)

武田 丈(関西学院大学)

岳中 美江(国立大阪病院)

山中 京子(大阪府立大学)

研究要旨

HIVに関わる医療体制の構築にあたっては、ソーシャルワークの体制充実をはかることが急務である。従来、医療分野ではケースマネジメントをもってソーシャルワークと解されてきたが、HIV医療の問題は、それだけでは不十分である。地方ブロック拠点病院が中心となって、圏域全体の感染予防、患者の早期発見と治療への導入をはかる、というコミュニティ開発の視点や、当事者ととも制度を改革していくソーシャルアクションの試みが不可欠である。本調査研究では、行政施策や医療・福祉サービスが届きにくい滞日外国人コミュニティに焦点をあて、探索的に当事者参加型のコミュニティ開発を試みた。さらに結果をモデル化した。

キーワード: コミュニティ開発、ソーシャルアクション、当事者参加

1 研究の背景

不法就労、滞在者を含む我が国の滞日外国人コミュニティは、恒常的に健康不安を抱えている。特にHIVを含む性感染症(STD)に関しては、制度や資源の利用に関する情報が得にくく、症状が重篤化するまで発見されないことが多い。

さらに発見後の治療についても、治療経過の中で経済的、社会的、心理的問題が多く出現し、日本のルーチンな医療サービス内では解決不能な問題を抱えることがある。

このような層に対しては、個別の事例への援

助だけではなく、コミュニティ全体に対して多層的・包括的なソーシャルワークが不可欠である。しかし、従来から日本の医療現場では、ケースマネジメントを持ってソーシャルワークと同義に扱うことが慣例であり、そのために重大な事例が発生するたびにアドホックな援助がなされる、という悪循環が繰り返されている。

2 目的

本研究では、上に述べたような社会状況を鑑みて、滞日外国人コミュニティにおけるHIV感染の予防と早期治療を目的に、コミュニティを組織化するレベルでのソーシャルワーク的介入を試みることを目的とした。さらに、介入に際して、ブロック拠点病院の心理職やソーシャルワーカーが果たす役割についても、探索的に分析し、モデル提示をすることとした。

3 研究方法

滞日外国人の援助体制を発案し、組織化するまでを目的に、アクションリサーチを行った。このプロセスは(1)ニーズ把握のための滞日外国人インタビュー調査と、(2)当事者参加型ワークショップの定期的な開催、という2つの手法によって組み立てられていった。

インタビュー調査は雪玉サンプリングによってインフォーマントを増やしていき、計8名、11回のインタビューを行った。国籍はタイ、フィリピン、韓国、ブラジル(日系)である。

ワークショップは4回開催された。毎回、滞日外国人コミュニティリーダー、ソーシャルワーカー、医療者、行政担当者、ソーシャルワーク研究者が参加し、コミュニティ援助のための組織づくりについて、使命、目的、方法、資金、役割分担などについての合意形成を行い、実行した。

4 結果

(1) インタビュー調査

インタビュー調査では、

- 在日資格についての不安
- 社会保障についての不安
- 医療・福祉の情報を得られないこと
- エスニックコミュニティ内部での相互扶助の

様子とプライバシーが保ちにくい問題

- 日本人コミュニティへの不信感
- ドメスティック・バイオレンスや児童虐待の実際が語られた。

(2) 援助の体系化

参加者の合意形成と役割分担によって、NPO 法人 CHARM (Center for Health and Rights of Migrants) が発足した。本組織は、滞日外国人コミュニティに対して、コミュニティメンバーとともに健康相談、電話相談、コミュニティリーダー養成、医療通訳人派遣、等の事業を企画し、実施する。また、行政委託を受けて、ゲイ、セックスワーカー、若者グループなどの予防指針個別施策層グループとともに共同で HIV 抗体検査とその前後相談の実施も行う。

5 考察

本研究での対象が滞日外国人コミュニティであることで、ブロック拠点病院の心理・社会的援助を行うスタッフが行うべきソーシャルワーク機能がより鮮明になった。

まず、ハイリスク感染グループ(いわゆる個別重点施策層)と信頼関係を築くことが第一である。強固な信頼関係が得られて初めて、当該コミュニティの現状把握が可能となり、さらに行行政策に対して当事者の立場から提言を行い、施策をより良いものに作り替えることが出来る。第二に、当事者自らが、置かれている状況を理解し、改善のための行動を起こすようなエンパワーメント実践を心がけなければならない。第三に、このような活動を企図するにあたっては、さまざまな立場の仲間を必要とする。すなわち、さまざまな専門性を持った人びとを巻き込み、人々が対等に発言し合えるようなグループづくりをしなければならない。

本研究では、まず、滞日外国人コミュニティで多くの感染者の心理・社会的ケアをしてきたカウンセラーやワーカーが、彼らの培ってきた信頼関係を元に研究の基盤を形作った。さらに、ニーズ調査から得られたデータを行政にフィードバックし、従来の HIV 抗体検査プログラムや外国人ホットラインの方法を修正するに至った。加えて法人格取得に至った組織化については、

多くの分野の専門職が、滞日外国人コミュニティメンバーとともに合意形成のプロセスに参加し、ネットワーキングを行っている。

6 結論

ブロックレベルで行われる HIV 医療の心理・社会的援助は、広域をカバーし、疫学的な視点を持って行われる必要がある。その一方で、管轄域に存在するさまざまな感染者コミュニティの特性を把握し、コミュニティにフィットしたアプローチをする必要もある。そして、単に施策や制度の枠組みで動くのではなく、コミュニティとともに施策に対する提言を行い、時には制度を変えることも視野に入れておかなければならない。

研究4：関東圏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

山本 博之(東京都衛生局医療福祉部感染症対策課エイズ対策係)

高山 俊雄(東京都立駒込病院医療相談室)

神谷 昌枝(東京都衛生局医療福祉部感染症対策課エイズ対策係)

荻野 員也(成城大学大学院文学研究科博士課程)

研究要旨

本研究は平成12年度より「関東圏の感染状況に応じた社会福祉学的援助体制に関する研究」として「関東圏の医療ソーシャルワーカーによるHIV感染者への支援状況の経験実態把握」を目的として行われてきた。平成12年度の東京都内MSWの支援経験実態調査に引き続き、6地方自治体で活動するMSWに対して同様の調査を行った。総送付数1378に対し499の回答が得られた。主な結果は次の3点である。1)HIV感染者への「支援経験あり」と答えたMSW(以下支援経験あり群)は64名、「支援経験なし」と答えたMSW(以下支援経験なし群)は434名であった。

「支援経験あり」群を医療機関別にみると、診療協力機関と一般医療機関のMSWにおいて支援経験の有無についての拠点統計学的有意差はみられなかった。2)「支援経験あり」群と「支援経験なし」群のHIV関連研修参加経験の有無を比べてみると、統計学的有意差はみられないものの、「支援経験あり」群におけるMSWの研修参加率が「支援経験なし」群におけるMSWにくらべ優位に高いという結果が得られた。3)平成14年度に計画している第二次調査への参加について、平成12年度、13年度調査で272名のMSWから同意を得ることができた。

1 研究背景

HIV患者感染者数の増加、そして治療の進歩により、今後様々な医療機関、施設での患者感染者の受け入れ及び長期的なフォローアップの必要性が予測される。現在の我が国において、患者感染者への心理社会的支援は主としてソーシャルワーカー、臨床心理士、カウンセラー(派遣を含む)といった専門家によって担われてお

り、過去の調査においてそれぞれの専門性により取り扱う内容や活動に差があり、またHIV感染者がそれぞれの専門家に期待するサービスの内容にも差があることが明らかになった。HIV感染者の多様な心理社会的ニーズに対応するため、今後益々MSWはチーム医療にとって欠かすことのできない存在となると考えられている。MSWの患者感染者支援の実態調査は研究の対象となるべき領域であるが、従来は主としてエイズ診療拠点病院のMSWを対象に調査が行われてきた。しかしながら平成12年度に東京都内のMSWに対して行われた本調査においては、「支援経験あり」と答えたMSW(n=66)のうち22.7%にあたる15名がエイズ診療拠点病院以外の一般医療機関所属のMSWであることが報告された。この結果からも示唆されるように、将来的には、拠点、連携病院以外の医療機関、施設における患者感染者支援の可能性が考えられ、本調査において拠点、連携病院のみならず、一般医療機関、施設所属のMSWを対象として調査を行った。

2 研究目的

本年度の研究は昨年度に東京都内のMSWに対して行った調査の継続版である。目的として以下の2点があげられる。

- 1) 関東圏の医療ソーシャルワーカーの患者、感染者への支援経験の有無についての把握
- 2) 平成14年度調査へのリクルートメント

3 研究方法

(1) 調査方法及び対象

各地方自治体の医療社会事業協会の名簿をもとに、個人、教育関係者以外のすべての会員に対して郵送によるアンケート調査を実施。

(2) 調査項目

調査対象者の基本属性から始まり、主たる調査項目は①勤務形態、②教育機関、③経験年数、④資格、⑤HIV患者感染者への支援経験の有無、⑥HIV関連研修への参加経験の有無、⑦支援経験無し理由、⑧現在直面している問題、⑨第二次調査への参加承諾の有無であった。本調査での質問は①～⑦の項目については多項選択回答形式と一部自由記述回答形式を使用し、項目⑧に関しては自由記述回答形式を用いた。項目

⑨については、今後の連絡先住所、電話番号、氏名を明記することで、参加、不参加の意思を確認することとした。

4 結果

結果 1

[回収率]：総送付数は 1378 で有効回答率は 499 (36.2%) であった。各県の回収率を個別にみると、千葉 239/85 (35.5%)、埼玉 383/134 (34.9%)、栃木 113/41 (36.2%)、群馬 117/40 (34.1%)、神奈川 403/163 (40.4%)、茨城 123/36 (29.2%) であった。

結果 2 回答者背景

結果 2-1

[所属機関の経営母体]：(表 1 参照)

結果 2-2

[職名]：(表 1 参照)

結果 2-3

[雇用形態]：(表 1 参照)雇用形態を“常勤”と答えた MSW は 480 名と全体の 96.2% を占めた。

結果 2-4

[教育機関]：(表 1 参照)教育機関では、選択肢を“社会福祉系”と“非社会福祉系”の教育機関に分け分析を行ったところ、90.3% (n=451) の MSW が、社会福祉系教育機関終了と答えていることの対して、残り 8.2% (n=41) は、社会福祉系以外の教育機関を終了し、現在の職務を行っている」と回答した。

結果 2-5

[所持する資格]：(表 1 参照)※重複回答

結果 2-6

[経験年数]：回答者の MSW としての臨床経験年数の平均は 80.5 ヶ月 (6.7 年) と報告された。各県ごとのデータに関しては表 1 参照

結果 3

[HIV 患者感染者支援経験の有無]：(図 1、4 参照)499 名の回答者のうち、“HIV 患者感染者に対する支援経験あり”と答えた MSW は 64 名 (以下支援経験あり群) で、全体の 12.8% であり、“HIV 感染者に対する支援経験なし”と答えた MSW (以下支援経験なし群) は 434 で全体の 87.0% であった。このデータを 1×2 の直接確率計算法によると、 $p=.000$ (両側検定) で有意であった。このことは、本調査の対象となった地域において、HIV 感染者への直接的支援経験のない MSW

が多いということを示している。

医療機関別にみると、支援経験あり群における拠点・連携病院所属 MSW は 46.8% (n=30)、一般医療機関所属 MSW の占める割合は 51.6% (n=33) であり、統計学的な有意さはみられなかった。このことは、拠点、連携病院所属如何にかかわらず、HIV 感染者を支援する MSW の存在が示されている。

結果 4

[HIV 関連研修参加経験]：(図 2 参照)支援経験あり群における MSW の HIV 関連研修参加経験については、68.7% (n=44) の MSW が参加経験ありと答えているのに対し、支援経験なし群における HIV 関連研修参加経験は 14.9% (n=65) という回答を得た。1×2 の直接確率計算法によると、 $p=.000$ (両側検定) で有意であった。このことは、支援経験がある MSW の場合は HIV 関連研修に参加し、HIV 感染者への支援経験のない MSW は、関連する研修への参加経験がないことを示している。

結果 5

[支援経験なしの理由]：(図 5 参照)支援経験なし群における理由については、“患者感染者の受診がない”と答えた MSW (複数回答) が多数をしめたが、その他の回答としては、“受診してもすぐに転院してしまう”、“患者、感染者のソーシャルワークニーズは医師、看護により取り扱われている”という回答をした MSW もあった。その他自由記述で得られた内容は以下の通りである。

- ・介護老人保健施設の為
- ・関わる機会がない
- ・病院ではないため (老人保健施設)
- ・確定診断後死亡
- ・患者感染者の相談がない
- ・老健のため関わりをもつ機会がこれまでなかった。
- ・感染者の受診はあるかもしれないが、感染者かどうかチェックするわけではないので感染者がいるかどうかわからない
- ・病院ではないので対象となる感染患者がいない。(老健)
- ・患者が感染者であるかどうか不明なため
- ・現在在宅介護支援センター兼居宅介護支援事

- 業者として仕事に携わっているが、患者感染者との関わりがないため
- ・受診があるかも知れないが、refer されてこない、あるいは来室がない
- ・当部署内の役割分担で、HIV は、同僚あるいは、上司が担当することになっている
- ・老人保健施設だから
- ・所属部署の他の SW はケースとして担当有り
- ・入所の対象外であるし、相談も今までない(老人保健施設)
- ・ソーシャルワークニーズとして持ちこまれていない。
- ・ニーズがないのか、医師、看護等で取り扱っているかについては未確認
- ・今自分の業務に患者の方と関わる機会がないから(介護支援相談員)
- ・特に相談対象として浮上していない。受診している患者がいるようだが…
- ・対象患者が少ない、経験年数がまだ少ないため
- ・老健なので、入所の対象とならない
- ・現在高齢者を対象としての業務で感染者をソーシャルワークすることはないに等しい(居宅介護支援センター)
- ・ケースの依頼自体ない
- ・精神科、療養棟(内科)の構成のため
- ・感染者に関する依頼がない。
- ・自分の配属先には HIV 患者はいない
- ・受診があるのかもかもしれないが、HIV 患者さんとして関わりをもった経験はない。
- ・医師、看護によって扱われているかも知らされていない。
- ・診療科目がない。
- ・(老人)施設である。
- ・担当者 SW を決め、その者が集約して受け持っていたため
- ・受診者の可否もわからない状況
- ・受診がないのか不明
- ・外来のない医療機関であるため、その機会は少ない。健康教育と介護療養型医療施設(8床+11床)
- ・受診があるかないか分からない。
- ・依頼を受けたことがない。
- ・まだ担当したことがないため。

- ・依頼を受けたことがないため。
- ・相談業務の関わり自体が医師、看護、本人からの依頼がなければ動いてはいけなと決められている。

結果 6

[直面している問題]: 本項目について、自由回答を調査者 3 名により KJ 法を使い、カテゴリー化した結果、1) 職場環境に関する問題 (n=111) 2) 法、制度に関する問題 (n=98) 3) 専門性の未確立に関する問題 (n=85) 4) 個人における知識及びスキルに関する問題 (n=54) という 4 項目に判別された。それぞれのサブカテゴリーは以下の通りである。

1) 環境における問題

- 人手不足
- 病院経営とソーシャルワーカーの専門性の軋轢
- スーパービジョン不足
- オーバーワーク
- 時間不足
- 面接その他のための部屋がない
- 社会の差別・偏見
- 医師側の問題
- 研修の場の少なさ

2) 資源と法制度の問題

- 政策制度がニーズを反映していない
- 資源不足
- 社会的入院の増大
- 行政の対応の不充分さ
- 家庭問題(介護拒否)
- 地域による社会資源のかたより

3) 専門性の未確立

- 他職種、他機関との連携の困難さ
- 認知度の低さ
- 給与が低い
- 未資格
- 独自性の未確立
- 業務内容の未統一
- 診療報酬に結びつかない

4) 個人における知識、技術に関する問題

- 患者との距離の保ち方
- ソーシャルアクションのとりかた
- 専門性の理解が不十分
- カウンセリング能力の低さ

アウトリーチが不十分
 コミュニケーション能力が不十分
 知識不足
 経験不足アセスメント能力不足
 自信のなさ
 コーディネーション能力
 援助能力

結果 7

[平成 14 年度調査協力者]：平成 14 年度の第二次調査において、支援経験あり群より 67 名（東京都 27 名含む）、支援経験なし群より 205 名（東京都：51 名含む）計 272 名の MSW の同意を得ることができた。

5 考察と提言

東京を除く関東 6 県における MSW による HIV 感染者への医療社会福祉学的支援は、一部の MSW によってのみ行われているものの、“HIV 感染者への支援経験あり”群に占める診療協力病院に所属する MSW と一般医療機関所属 MSW の割合において、 χ^2 乗検定による統計処理の結果、統計学的な有意差は見られなかった。この結果、HIV 感染者を受け入れる医療機関の多様化と、一般医療機関におけるソーシャルワーク支援の可能性が示唆されており、現在の感染拡大と感染者層の多様化を考えると、今後さまざまな機関、施設でのサービスを受ける感染者の増加が考えられる。

HIV 感染者支援の経験あり群において、“HIV 関連の研修参加経験あり”と答えた MSW は全体の約 71.1% を占めている状況に対して、支援経験無し群における“関連研修経験参加あり”と答えた MSW は 16.5% であり、支援経験の有り、無しによって研修参加率に有意差がみられた。経験無しの理由の項目で“患者感染者の受診がない”という回答がどの県においても過半数を上回った。この“患者感染者の受診がない”という項目にはさまざまな意味合いがあると理解でき、この意味づけは次年度の質的調査の課題であろう。しかし、その他の項目において“老人保健施設のため対象外である”等、自分の所属する機関が受け入れ対象機関でないと認識しているワーカーの存在が考えられる。HAART 療法の進歩とともに、慢性疾患としての HIV 感染

症という傾向が今後増大し、患者感染者の高齢化が予測されるなかで、医療機関の種別を問わず研修の機会を設けることが受け入れ準備として必要であり、MSW のこの疾患に対する意識改革につながるであろう。また、この項目には受診しているか否かを知らされていない可能性も考えられ、医師看護のみの関わりで HIV 患者感染者へのケアが限定的に行われている傾向があることも示唆された。

自由記述の項目については、治療チームにおける MSW の職務の確立が不明瞭であることや専門性の確立が不十分なこと、一人職場や人手不足によるオーバーワークも報告された。平成 11 年に東京都衛生局医療社会事業推進検討委員会が都内の MSW の環境調査を目的として行った調査においても、MSW を設置している機関の割合の低さや、人員の少なさが指摘されており、“将来の包括的な患者感染者支援のシステム構築のための準備をする”という意味でも、資格化や設置人員の増加、スーパービジョンシステムの確立、研修参加の機会の提供等、ソーシャルワーカーを取り囲むさまざまな環境整備が必要であると考えられる。

参考文献

1. 東京都衛生局医療福祉部医療福祉課：「衛生局医療社会事業推進検討委員会報告書」1999
2. 山中京子他：『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』1999
3. 小西加保留他：『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』1999

表1:回答者背景

	千葉県(n=85)		埼玉県(n=134)		栃木県(n=41)		群馬県(n=40)		神奈川県(n=163)		茨城県(n=36)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
①所属機関の経営母体												
国立	0	(0)	4	(3)	1	(2.4)	1	(2.5)	0	(0)	0	(0)
地方自治体	8	(9.3)	5	(3.7)	5	(12.3)	6	(15)	24	(14.7)	1	(2.8)
社会保険関係	2	(2.4)	4	(3)	0	(0)	1	(2.5)	7	(4.3)	0	(0)
公益法人	1	(1.2)	1	(0.7)	1	(2.4)	4	(10)	3	(1.8)	1	(2.8)
学校法人	2	(2.4)	3	(2.2)	2	(4.9)	0	(0)	6	(3.7)	0	(0)
日本赤十字社	3	(3.4)	1	(0.7)	1	(2.4)	0	(0)	3	(1.8)	0	(0)
済生会	0	(0)	4	(3)	0	(0)	0	(0)	3	(1.8)	0	(0)
医療法人	56	(65.9)	99	(74)	24	(58.6)	19	(47.5)	79	(48.6)	22	(61.1)
社会福祉法人	2	(2.4)	8	(6.1)	1	(2.4)	2	(5)	17	(10.4)	2	(5.5)
その他法人	1	(1.2)	1	(0.7)	1	(2.4)	4	(10)	7	(4.3)	3	(8.3)
個人	7	(8.2)	1	(0.7)	1	(2.4)	1	(2.5)	5	(3.1)	1	(2.8)
その他	2	(2.4)	0	(0)	4	(9.8)	1	(2.5)	6	(3.7)	5	(13.9)
無回答	1	(1.2)	3	(2.2)	0	(0)	1	(2.5)	3	(1.8)	1	(2.8)
①職名												
医療相談員	2	(2.4)	6	(4.5)	1	(2.4)	2	(5)	1	(0.6)	1	(2.8)
医療ソーシャルワーカー	44	(51.8)	65	(48.5)	8	(19.5)	20	(50)	87	(53.37)	17	(47.2)
カウンセラー	0	(0)	1	(0.7)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
社会福祉士	3	(3.6)	2	(1.5)	1	(2.4)	3	(7.5)	2	(1.2)	0	(0)
ケースワーカー	6	(7)	7	(5.2)	4	(9.7)	3	(7.5)	13	(8)	3	(8.3)
PSW	0	(0)	6	(4.5)	9	(22)	3	(7.5)	15	(9.202)	2	(5.6)
その他	15	(17.6)	17	(12.9)	5	(12.2)	5	(12.5)	15	(9.2)	6	(16.7)
無回答	15	(17.6)	30	(22.4)	13	(31.8)	4	(10)	30	(18.4)	7	(19.4)
②雇用形態												
常勤	83	(97.65)	132	(98.51)	40	(97.56)	36	(90)	154	(94.48)	35	(97.22)
非常勤	0	(0)	1	(0.746)	1	(2.4)	3	(7.5)	4	(2.5)	1	(2.8)
その他	1	(1.2)	1	(0.75)	0	(0)	1	(2.5)	3	(1.8)	0	(0)
無回答	1	(1.2)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	2	(1.2)	0	(0)
③教育												
社会福祉系の学校卒	68	(80)	124	(92.54)	35	(85.37)	37	(92.5)	152	(93.25)	35	(94.44)
非社会福祉系の学校 ²	17	(20)	9	(6.7)	4	(9.8)	2	(5)	8	(4.9)	1	(5.6)
無回答	0	(0)	1	(0.8)	2	(4.9)	1	(2.5)	3	(1.8)	0	(0)
④資格(重複回答あり)												
社会福祉士	22	(25.88)	57	(42.54)	10	(24.39)	19	(47.5)	76	(46.63)	11	(30.56)
精神保健福祉士	5	(5.8)	11	(8.2)	18	(43.9)	2	(5)	25	(15.34)	4	(11.11)
介護福祉士	3	(3.5)	3	(2.2)	0	()	2	(5)	4	(2.5)	1	(2.8)
ケアマネージャー	21	(24.71)	43	(32.09)	15	(36.59)	12	(30)	55	(33.74)	9	(25)
臨床心理士	0	(0)	1	(0.8)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
その他	17	(20)	24	(17.91)	5	(12.2)	7	(17.5)	21	(12.88)	11	(30.56)
持っていない	33	(38.82)	27	(20.15)	7	(17.07)	5	(12.5)	19	(11.66)	7	(19.44)
⑤経験年数(平均)												
	74.6 月		72.3 月		103.7 月		64.22 月		93.94 月		60.31 月	

図1-支援経験の有無

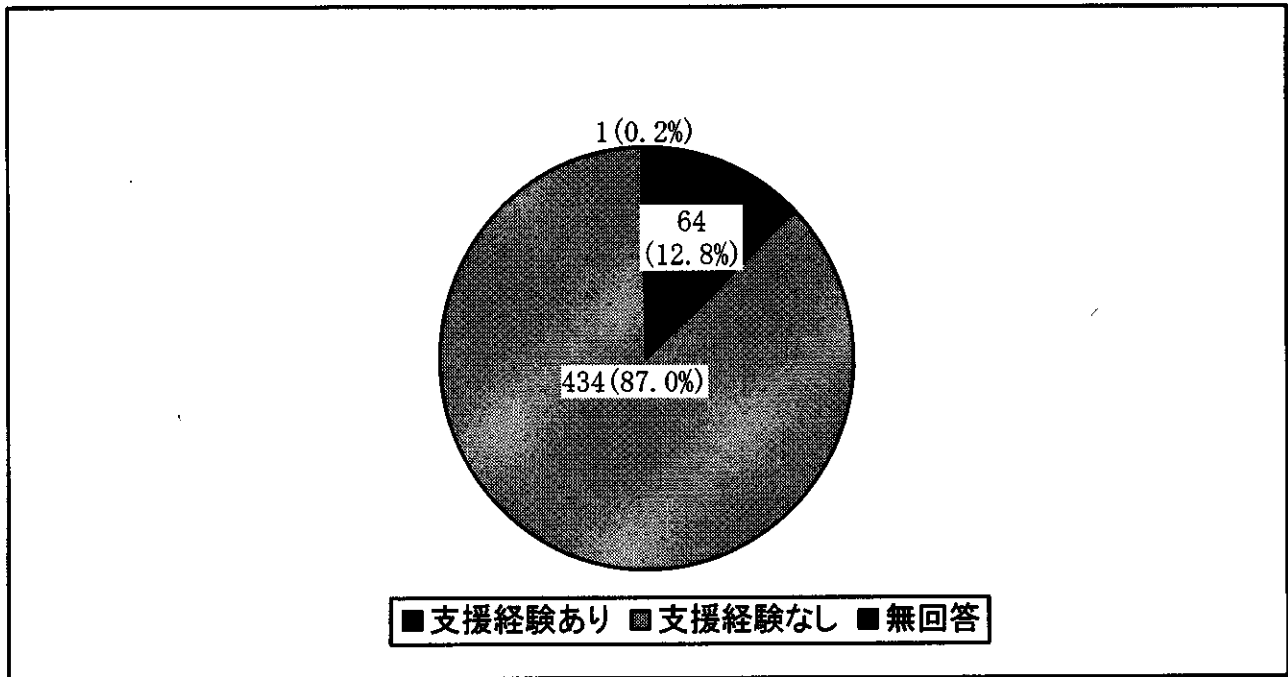


図2-支援経験の有無(県別)

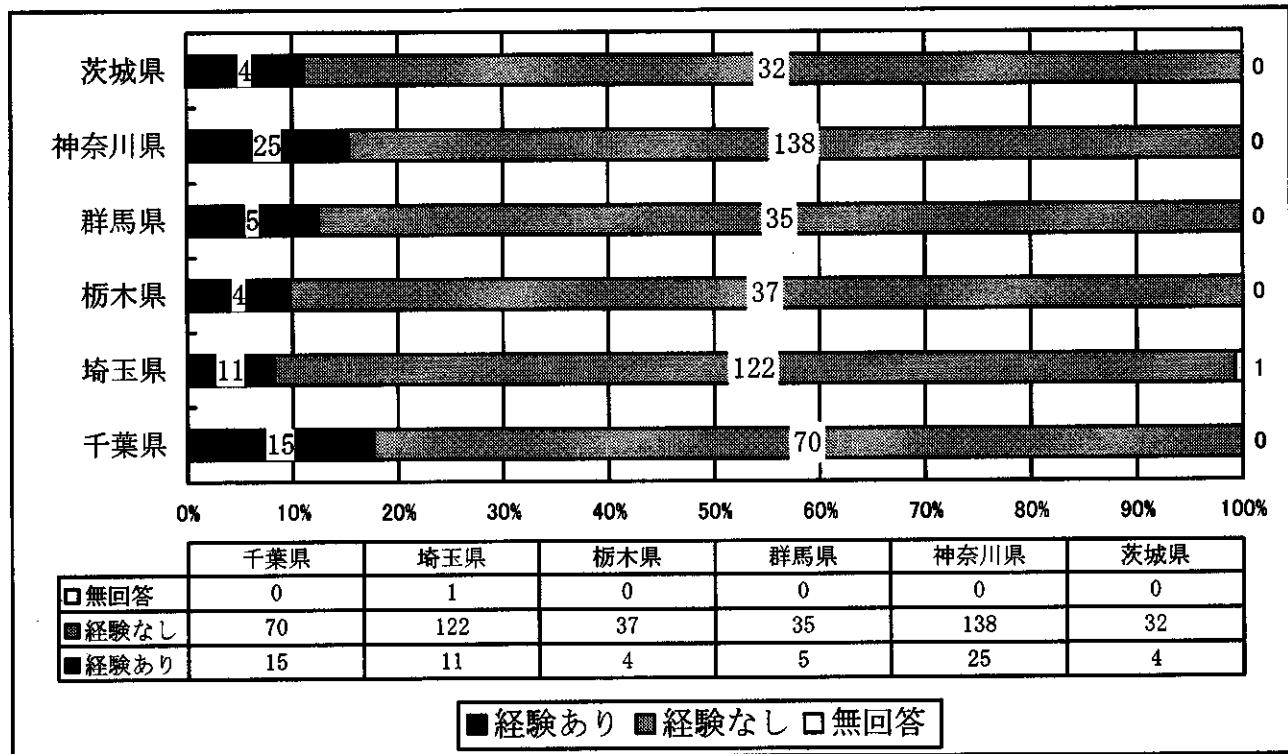


図3 - 支援経験あり、なし群における研修参加状況

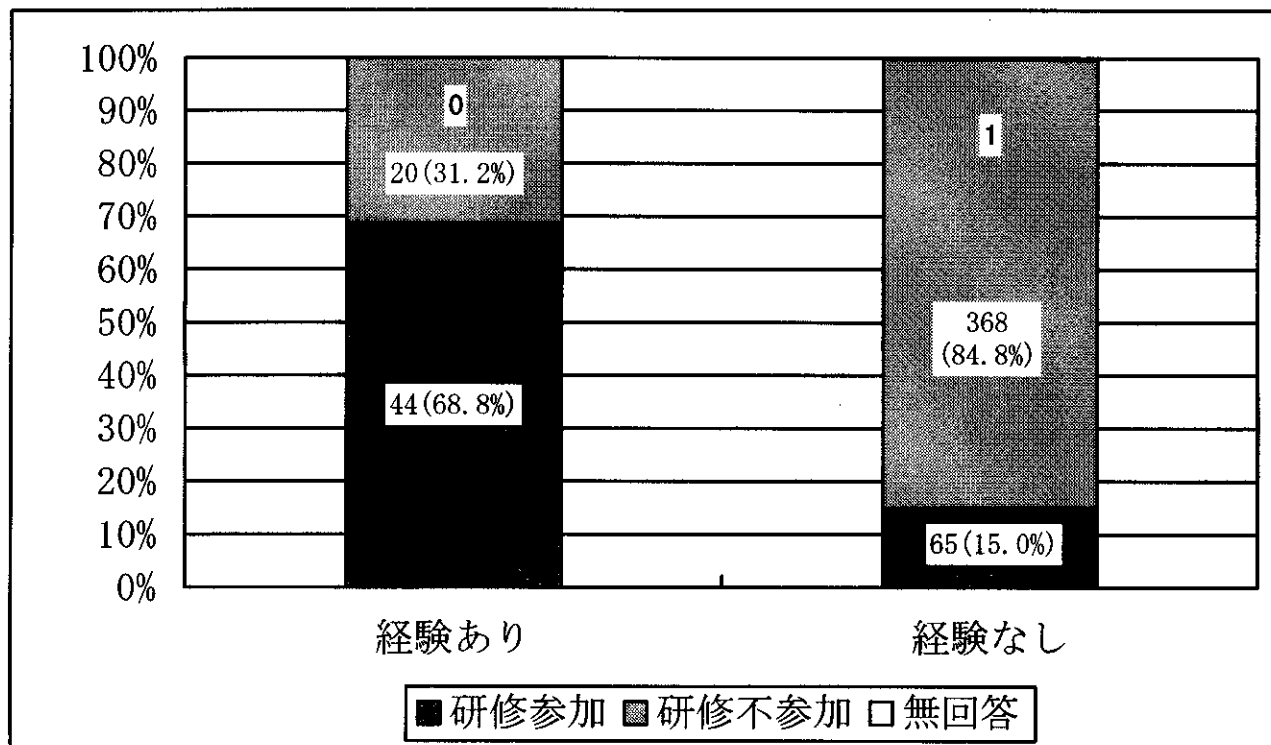


図4 - 支援経験あり群の所属機関種類

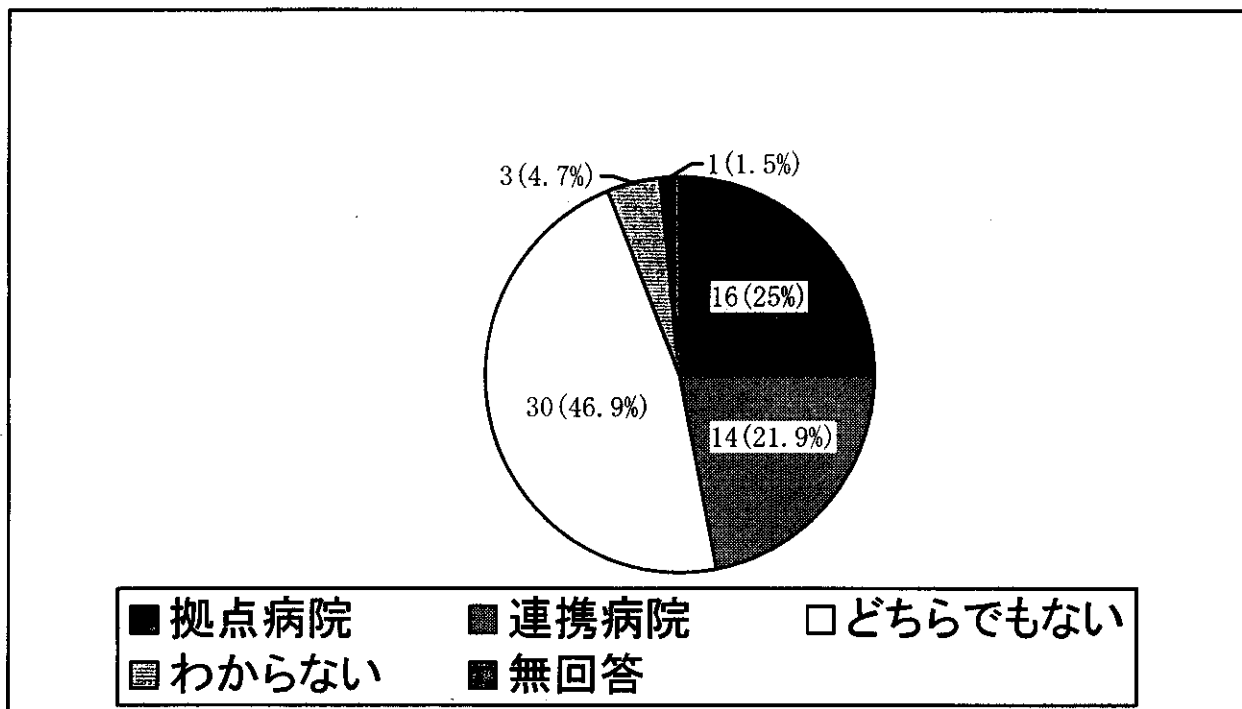
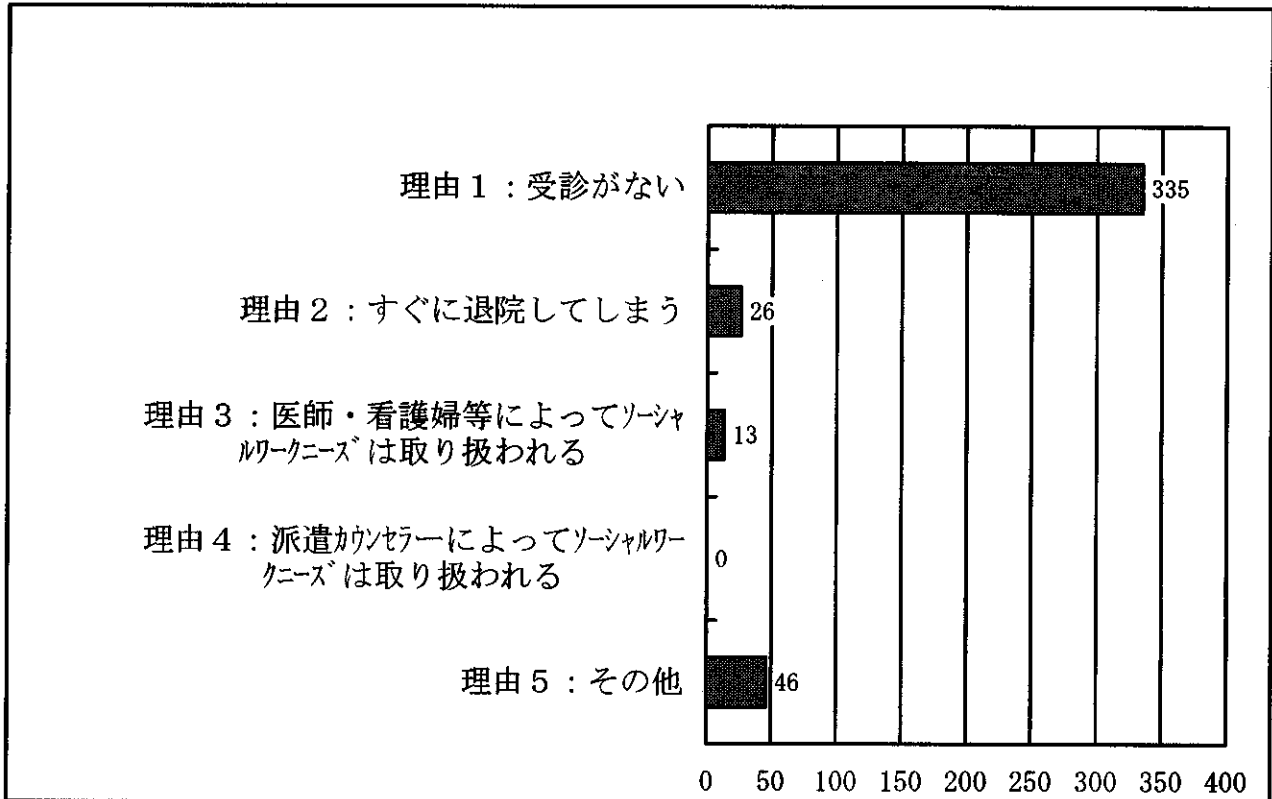


図5-支援経験なし群における理由(重複回答有り)



研究5: カウンセラー支援ネットワークの構築に関する研究

- 小島 賢一(荻窪病院血液科)
 森田 眞子(エイズ予防財団)
 日高 庸晴(京都大学大学院医学研究科国際保健学)
 福武 勝幸(東京医科大学臨床病理学)
 山元 泰之(東京医科大学臨床病理学)
 今村 顕史(東京都立駒込病院感染症科)
 藤平 輝明(東京医科大学医療福祉相談室)

A. これまでの研究経過

HIV/AIDS カウンセラーは未だその数が少なく、一部地域を除いては個別に活動していることが多い。しかし HIV/AIDS カウンセリングを囲む医療状況と社会環境は急激に変化しており、個人の努力で、その速度と情報量に追従するのは困難になりつつある。本研究はインターネット上のメーリングリストを利用して、カウンセラーのための効率的な情報支援ネットワークの構築を目指し、その内容、形態及び問題点を研

究する。

昨年度はカウンセラーに対して、既に行われているインターネット上での情報提供に関する意識調査を中心に行った。予備調査として既にあるメーリングリストやウェブサイトの現状を見たが、カウンセラーが必要とする情報との間には差が見られた。そこで調査では14領域、75の評価情報を提供し、評価を受けた。

その結果、カウンセリングを行う上で、カウンセラーは幅広い情報を必要と考えていることが分かったが、それ以外にも1. 経験年数や事例数が少ないほど、幅広い情報を求める、2. 女性カウンセラーが、学会や厚生科研のテーマ、疫学関連、女性保護、予防といった問題により強い関心を持っている、3. 男性クライアントを多く扱っているカウンセラーほど、疫学関連、予防を高く評価し、4. 異性間感染者を多く扱うほど差別、検査や薬品関連の情報を役立つと評価していることが窺えた。