



## 研究 2. 派遣カウンセリングの利用促進に関する研究 2

分担研究者：山中 京子（大阪府立大学人間社会学部社会福祉学科）

研究協力者：隅田 好美（新潟大学歯学部口腔衛生福祉学科）

児玉 憲一（広島大学大学院教育学研究科）

### 研究要旨

昨年度に引き続き、本研究では派遣カウンセリングの直接的利用者である HIV 感染者のカウンセリング経験を分析することにより、1) 派遣カウンセリングの効果評価および 2) 派遣カウンセリングの利用プロセスの課題を明確化することを目的として面接調査を実施した。2 地方自治体（2 病院）で派遣カウンセリングを利用した経験を持つ HIV 感染者 5 人を対象に半構造化面接を実施し、その面接内容を質的に分析した。

その結果、利用者は、①医療情報の補完的提供による不安の軽減、②思考の側面的支援による自己統制感の取り戻し、③安心して話せる環境の保持による精神的な「ゆとり」の促進、④安心して話せる環境の保証による経験や悩みの表出、⑤「自己への気づき」および「自己の作り直し」の促進、という点からカウンセリングの効果を肯定的に評価していた。また、利用プロセスの課題として、①院内に常駐していないことから生じる即時対応の難しさ、②「遠くからきてもらうという意識」から生じる依頼への躊躇感、③紹介時の CO に関する情報の不足が明らかとなった。

### A Study for Promoting the Use of Visiting Counseling System (Part II)

Kyoko Yamanaka<sup>1)</sup>, Yoshimi Sumida<sup>2)</sup>, Kenichi Kodama<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup>School of Humanities and Social Sciences, Osaka Prefecture University, <sup>2)</sup>School of Dentistry, University of Niigata, and

<sup>3)</sup>Graduate School of Education, University of Hiroshima

## 研究目的

派遣カウンセリング制度は、院内に専門的カウンセラー（以下 CO と略記する）が不足しているあるいはない医療機関に CO が出向いてカウンセリングを行う制度である。従来の医療体制では支援資源は院内で調達することが原則とされてきた。しかし、CO のような心理・社会的支援を専門に行うスタッフを院内に常駐させている病院は多くない。この制度は不足している院内の支援資源を院外から補うことにより、カウンセリングに関する病院間格差を解消するという目的により開始された。しかし、従来型の院内スタッフと異なり、派遣 CO は院内に常駐していないという特徴を持っている。この特徴はこの制度の利用者である HIV 感染者にどのような経験としては捉えられているのだろうか。また、派遣カウンセリングの利用経験は HIV 感染者によってどのように評価されているのだろうか。本研究は、派遣カウンセリングの直接的利用者である HIV 感染者のカウンセリング経験を質的に分析することにより、利用者によって認識されている 1) カウンセリングの効果評価および 2) カウンセリングの利用プロセスの課題を明確化することを目的として実施された。

## 研究方法

2 地方自治体（2 病院）で派遣カウンセリングを利用した経験を持つ HIV 感染者 5 人を対象に半構造化面接を実施した。調査に関する説明は、調査の目的、テープ録音の許諾を含む調査の手順、調査データの保管、調査結果の公表方法を含み、文書および口頭で行った。説明内容に同意した人に対して面接を実施した。面接内容は、テープ録音の許可が得られた対象者についてはテープ録音をした。録音テープを起こした逐語録および面接メモを分析の対象とし、それらをグラウンデド・セオリー・アプローチによって質的に分析した。分析に当たって、昨年度調査を実施した 6 名の逐語録の内容と今年度新たに調査を実施した 5 名の逐語録の内容を再度継続的に比較して分析し、統合的に概念の抽出を行った。そのため、以下の結果では昨年度結果と重複する概念も見られる。しかし、それらは昨年度および今年度の両データに共通して見られた概念である。よっ

て、分析の対象は 2 年度分の合計で 11 名である。

## 研究結果

### 1. 有用性の肯定的評価

カウンセリングの経験が自分にとって何らかの面で役立ったとする有用性に関する肯定的な評価として、5 つのカテゴリーが抽出された。以下「 」で表記された文章は、逐語録の発言から引用された文章である。また、『 』で表記された語句は、分析過程で抽出された概念である。

#### (1) 医療情報の補完的提供による不安の軽減

HIV 感染症に関する症状、治療、抗 HIV 薬の服薬、副作用などに関する医療情報は、主に医師から提供されていた。しかし、「先生が忙しいのはそばにいてもよくわかるので、詳しく聞きたくても聞きにくい」「何度もきくのは遠慮する」といった理由で、対象者はさらにくわしく医師から情報を聞き出すことに躊躇感を抱えていた。そんな場合、対象者は医師から一度聞いた情報を CO に対して再度聞き直す、あるいは、医師の説明で感じた疑問を CO に質問すること等を行い、それに対して CO は自ら多様な情報を提供していた。対象者はその情報提供によって病気への心配や服薬への不安が緩和あるいは解消されたことから CO から補完的に情報提供されることは有用だったと評価していた。一般拠点病院では、医師の多くは他の疾患の患者の診察の一環として HIV 診療を行っており、HIV 感染者だけに特別に長い診療時間をかけられるわけではなく、また院内の看護スタッフも十分でないため、情報提供の補完的な役割を派遣 CO が果たしていることが伺えた。また、社会福祉制度の情報についても、院内ソーシャルワーカーがいないあるいは活発に活動していない医療機関においては、CO がそれらの制度に関する情報の提供をおこなっていた。

#### (2) 思考の側面的支援による自己統制感の取り戻し

対象者の何人かは、感染告知の直後あるいは何らかの症状出現による入院中など、心理的な危機状態にある時に初めて CO に出会っていた。対象者はその時の自分の状態を「かなり気持ちが揺らいでいた」「なんというかとにかく精神的に疲弊していた」と述べ、そのために今後の生活や周囲の人との関係

の作り方について考えようとするが、「考えられない状態」「考えがまとまらなかった」あるいは「混乱していた」と振り返っている。「どれから手をつけたらよいかわからない」混乱状態だったが、CO と対話を繰り返すことによって、考えに「明確な線引き」ができていろいろなことがらに整理が進み、カウンセリング以前より「考えやすく」なると述べていた。カウンセリングは、心理的な危機状態にあって思考の集中力、判断力あるいは統合力が一時的に減退している際に、側面からそれらを補完したと思われる。その結果、もう一度自分で考え出すことを取り戻したと思われる。

### (3) 安心して話せる環境の保持による精神的なゆとりの促進

対象者は、現在は「それほど混乱しているわけではなく、気持ちも落ち着いている」、また、「なにか考えねばならない問題があるわけでもない」といった状態にある時でも、「なにかあればこの人に話せばいいんだ」「いざとなれば話せる環境がある」となにか問題を抱えた時あるいは心理的危機に陥った時に相談できる場所・人があると思うことが「精神的なゆとり」につながっていると指摘していた。カウンセリングが間接的に日常の精神的な安定に寄与していることが示唆された。

### (4) 安心して話せる環境の保証による経験や悩みの表出

家族、友人、同僚などに自分の HIV 感染について打ち明けていない人や打ち明けていても相手によって、打ち明ける内容を選んでいる人もあった。そのため、対象者は日常の人間関係では「使い分けねばならない秘密」を抱えていると述べている。しかし、CO に対してはさまざまな問題や経験を「語る事ができる」あるいは「泥を吐き出す」ことができると表現している。利用者はカウンセリングの場は、何を話すか話さないかと常に選択する緊張にとらわれずに安心して語り出せる環境であり、そこは自分の経験や問題を表出できる場所と認識していた。また、そのように語りだした後、カウンセリング終了後は「気持ちが楽になる」「すっきりする」と述べており、カウンセリングが気分の開放感、秘密の保持に由来する重圧感などの軽減を促していることが示唆された。ただし、このように安心して自己を語りだすことはカウンセリング関係の初期から

可能だったわけではなく、対象者によって程度の違いはあるが、初めは語り出すことへの躊躇や葛藤があり、それらを乗り越える過程を通して、「語りだし」が可能になっていた。

### (5) 『自己への気づき』および『自己の作り直し』の促進

対象者の中には、CO に自己を語り出すことが、いままで直視することがなかった、あるいは直視できなかった自己と向き合うことに繋がり、CO との対話の過程で、次第に自己に気づき、それを見つめる過程を通じていままでの自己を乗り越えて、最終的には新しい『自己の作り直し』を経験した人もいた。カウンセリングについて、いままでの自己ではなく、新しい自己を作り出したことで、「生きていこうという意欲が持てた」と肯定的に評価していた。作り出された自己と対比させ、それ以前の自己は「自暴自棄になっていた」「煮詰まっていた」などと表現されていた。その状態が「根本的に治された」という表現もみられた。

## 2. 利用プロセスの課題

### (1) 院内に常駐していないことから生じる即時対応の難しさ

対象者のなかには、派遣 CO が院内に常駐していないため、「急な病状の変化で入院になった」場合や「外来診察の時間や曜日が急に変更になった」場合などに、状況に応じて即時対応し、柔軟に面接時間を変更できないことに不満を感じている人がいた。それらの人では、院内に CO が常駐するか、あるいは院内にいても今まで以上に派遣 CO と対象者が直接的にコミュニケーションする方法を考慮して欲しいと望んでいた。しかし、一方では、携帯電話の普及により派遣 CO とは携帯電話で連絡を取り合っており、さまざまな事情による面接時間の変更は電話連絡できるので、不都合は感じないという人もあった。また、上述したような緊急な連絡が必要な場合と異なり、面接日の間で急な気持ちの落ち込みなど心理的危機を経験した場合の即時対応の難しさも指摘された。夜間の電話による相談対応を求める対象者もあった。

### (2) 「遠くからきてもらうという意識」から生じる依頼への躊躇感

派遣 CO は院内にいないため、自分のカウンセリ

ングのために「わざわざきてもらう」「遠くから来てくれる」という意識が働き、そのために依頼することに躊躇を感じたことがあると対象者は述べている。自分のためにCOにきてもらうことに抵抗感や躊躇感が働くことが示唆された。

### (3) 紹介時のCOに関する情報の不足

COの紹介は医師からなされていたが、COとの間で相談できることについて具体的な情報が少なく、対象者は「こんなことを相談してもいいのだろうか」「どこまで話して大丈夫なんだろう」と不安感や不確実感を抱えたまま、カウンセリングを開始していた。パンフレットなどで具体的な情報を提供されてからなら、開始時の不安感はもっと少なくすむだろうといった語りがみられた。

## 考察

有用性の肯定的評価は、情報の提供から『自己への気づき』および『自己の作り直し』の促進まで非常に多岐にわたっていた。本調査で抽出された5つの評価に関する概念は、従来からカウンセリングの3つの分類とされてきた「ガイダンス」「心理カウンセリング」「心理療法」の3分類すべてにあてはまり、派遣カウンセリングの多面性を裏付けた。このように多面化しているのは、まず、派遣カウンセリングでは派遣先の医療機関のスタッフ状況に応じて、利用者がCOに求めるニーズ（たとえば、医療情報の提供）も異なったためと思われる。本研究グループが平成15年度に実施した院内常駐カウンセラーの利用者による有用性の評価では、「情報の提供」は評価として抽出されなかった。院内に豊富な多職種スタッフを擁する環境とは異なる一般拠点病院での派遣カウンセリングの特徴を示していると言えるだろう。

また、本調査では利用者の語りより、長期的、継続的なCOとの関わりを基礎とし、『自己の語り出し』から『自己への気づき』を経て『自己の作り直し』の過程が可能であることが示された。そのことによって、派遣カウンセリングという常駐でない面接枠組でも諸条件が整えば心理療法が可能であることが示唆された。

さらに利用プロセスの課題では、即時対応の困難性が明確となった。その困難性を補完するため、

COは積極的に心理的危機時の院内スタッフとの連携をはかる、院外資源の紹介を丁寧に早期に行うなどを意識する必要がある。また、HIV感染者向けのCOに関する紹介パンフレットの充実や確実な配布が望まれる。

## 結論

派遣COを利用者したHI感染者の経験を質的に分析した結果、COに対する効果評価として、①医療情報の補完的提供による不安の軽減、②思考の側面的支援による自己統制感の取り戻し、③安心して話せる環境の保持による精神的なゆとりの促進、④安心して話せる環境の保証による経験や悩みの表出、⑤『自己への気づき』および『自己の作り直し』の促進、の5点が明らかとなり、利用者から多様な効果評価を得ていることが判明した。また、利用プロセスの課題としては、①院内に常駐していないことから生じる即時対応の難しさ、②「遠くからきてもらう」という意識から生じる依頼への躊躇感、③紹介時のCOに関する情報の不足が明らかとなり、心理的危機時の院内スタッフとの連携強化やパンフレットの充実や確実な配布を提案した。

## 健康危険情報

特になし

## 研究発表

### 論文発表

なし

### 学会発表

なし

## 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

### 特許取得

なし

実用新案登録

なし

その他

なし



### 研究3. HIV 感染症のチーム医療におけるカウンセラーによる 他職種との協働に関する研究

分担研究者：山中 京子（大阪府立大学人間社会学部社会福祉学科）

研究協力者：安尾 利彦（（独）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）

古谷野淳子（京都府保健福祉部）

仲倉 高広（（独）国立病院機構大阪医療センター）

矢永由里子（財団法人エイズ予防財団）

高田知恵子（創造学園大学ソーシャルワーク学部）

石川 雅子（千葉県健康福祉部健康増進課）

#### 研究要旨

HIV 感染症のチーム医療において、カウンセラー（以下 Co）の果たす役割と、他職種との連携のあり方について明らかにすることを目的に、累積的事例研究法に基づき、今年度新たに集積した 2 事例を加えた合計 10 事例の内容から、Co が他職種と連携する上でのポイントや課題を抽出した。これに基づき、これまで事例集積のための事例検討会に参加した Co を対象にアンケート調査を行った。他職種と連携するプロセスにおいて、Co は他職種とのコミュニケーションの機会を通して、クライアント（以下 CI）の心理に対する他職種の関心を喚起すること、チーム内のコミュニケーションが円滑に行われることを意図していることが明らかとなった。また他職種と連携する上では、Co には CI を的確に理解し、それを他職種にわかりやすく伝える能力と、他職種に対して開かれた積極的な態度が求められることが推測された。Co からの要望を他職種に伝えて他職種のカウンセリング理解を促進すること、連携する上で Co に必要とされる能力を高める研修機会を持つことが必要であろう。

#### A Study on Collaboration between HIV Counselors and Other Professionals

Toshihiko Yasuo<sup>1)2)</sup>, Junko Koyano<sup>3)</sup>, Takahiro Nakakura<sup>1)</sup>, Yuriko Yanaga<sup>2)</sup>, Chieko Takata<sup>4)</sup>, Masako Ishikawa<sup>5)</sup>

<sup>1)</sup>Osaka National Medical Center, <sup>2)</sup>Japan Foundation for AIDS Prevention, <sup>3)</sup>Department of Health and Welfare, Kyoto Prefecture Government, <sup>4)</sup>School of Social Work, Souzougakuen University and <sup>5)</sup>Department of Health and Welfare, Chiba Prefecture Government

## 研究目的

HIV 感染症のチーム医療において、カウンセラー（以下 Co）の果たす役割と、他職種との連携のあり方について明らかにすること。

## 研究方法

累積的事例研究に基づいて今年度新たに 2 事例を集積し、過去 2 年間に集積した 8 事例と合わせた合計 10 事例について、Co が他職種と連携する上での課題について検討した。その検討結果を基礎に、これまで事例集積のために開催した検討会に参加した Co 41 名を対象に、匿名・自己記入式・郵送法によるアンケート調査を行った。

## 研究結果

### 1. 全体の傾向

#### (1) 基本属性

31 名からの回答があり、有効回収率は 75.6 % であった。そのうち 25 名 (80.6%) が臨床心理士有資格者であり、HIV 感染症患者とのカウンセリング経験があるのは 29 名 (93.5%) であった。勤務形態としては、「所属先の行政からケース依頼のたびに医療機関に出向く」Co が 14 名 (48.3%)、「特定の医療機関に一定時間駐在する」Co（雇用上は行政の派遣 Co だが、1 つの医療機関に一定時間決まって駐在する場合を含む）が 15 名 (51.7%) であった。

#### (2) 連携業務とその課題

他職種と連携する上で Co が目的とすることについて 5 件法で質問したところ、「他職種の CI 理解を促進するため」に最も高い点がつけられ、次いで「CI を心理的に抱える環境を他職種にも広げるため」「情報を共有するため」の順であった。他職種と連携する際に Co から他職種に伝えていることとしては、「CI についての心理的な見立てについて」と「CI の訴えについて」が最も高く、「CI の印象について」が続いた。Co を含めたカンファレンスの開催有無については、「定期的で開催されている」が 14 名 (48.3%)、「不定期だが開催されている」が 4 名 (13.8%)、「開催されていない」が 11 名 (37.9%)

であった。他職種と連携する際の Co 側の戸惑いについては、「他職種とコミュニケーションをとる機会が少ないと感じる」が最も高く、次いで「ケースを巡って連絡調整の役割を担ってくれるスタッフがない」「情報共有と守秘義務の兼ね合いが気になる」であった。また、チームの中での Co の役割については、「CI 理解を深めるためのアセスメントの伝達」が最も高く、「CI への対応についてのコンサルテーション」「各職種間のコミュニケーションが円滑に進むための働きかけ」の順であった。

#### (3) 相談できる同職種の存在、事例検討会の継続希望の有無

ケースについて十分に相談できる同職種については、「日常的にいる」が 12 名 (38.7%)、「日常的ではないがいる」が 17 名 (54.8%)、「いない」が 2 名 (6.5%) であった。またこの研究の一環として行った事例検討会の継続については、27 名 (87.1%) が「希望する」と答えた。

### 2. 2 群間比較

HIV 臨床経験のある 29 名について、次の 5 点から 2 群化して検定を行った。

#### (1) 派遣 vs 駐在

ケースの依頼のたびに医療機関に派遣される群と、特定の医療機関に駐在する群で比較したところ、派遣される群は「他職種からカウンセリングに対して期待されていることが、Co の本来の役割とは異なると感じる」( $p < 0.05$ )、他職種から Co の役割を「CI に対して HIV 感染症に関する情報提供を行う人」と理解されている ( $p < 0.05$ ) と感じる度合いが、それぞれ有意に高い結果であった。

#### (2) ブロック拠点病院 vs 拠点病院・一般病院

臨床を行う医療機関の種別で比較したところ、拠点病院・一般病院群は連携上の戸惑いとして「ケースを巡って連絡調整の役割を担ってくれるスタッフがない」( $p < 0.01$ )、他職種から Co の役割を「CI に対して、今後の療養生活についてガイダンスを行う人」と理解されている ( $p < 0.05$ )、Co には他職種に対して「HIV 感染症に関する情報提供」をする役割がある ( $p < 0.05$ ) と感じる度合いが、それぞれ有意に高い結果であった。

## (3) カンファレンスあり vs カンファレンスなし

不定期であれカンファレンスが開催されている群は、全くカンファレンスが開催されていない群に比べて、連携上の戸惑いとして「他職種が CI の心理的状态について十分に関心を払っていない」と感じる度合いが有意に高い結果であった ( $p < 0.05$ )。

## (4) 日常的な相談相手あり vs 日常的な相談相手なし

日常的に相談できる同職種がいるかどうかで比較したところ、相談相手あり群は連携上の戸惑いとして「他職種に対して、Co として何を伝えればいいのか分からないと感じる」程度が有意に低く ( $p < 0.05$ )、また他職種に対して「CI の心理的見立て」を伝えていと感じる程度が有意に高い ( $p < 0.05$ ) 結果であった。

## 3. 自由記述

「連携する他職種に対する要望」と「他職種と連携する上で Co が身につけるべきこと」についての自由記述は、以下のようにカテゴリー化された。

## (1) 連携する他職種に対する要望

記述されていたのは、「Co 紹介をルーチン化してほしい」「派遣制度の存在は必ず患者に伝えてほしい」などカウンセリングの活用に関する要望、「主治医のカウンセリング理解によって利用率が変わる」「他職種を対象に、カウンセリング理解を広める研修を開いてほしい」などカウンセリング理解に関する要望、「カンファレンスを開いてほしい」「病状について、平易な言葉で説明してほしい」などコミュニケーション機会の充実に関する要望、「心理的側面に着目したカンファレンスを」「患者の心理に対するセンシティブリティの向上を」など心理面への関心に関する要望、「個室がほしい」「窓口となる人を固定してほしい」「小さな単位でいいのでチームを作ってほしい」など環境・組織の整備に関する要望などであった。

## (2) 他職種と連携するための Co の資質

記述されていたのは、「治療、社会資源、性などについての知識」など知識や情報を持っていること、「自分の関わりを、短時間で他職種にわかる言葉で伝える力」など伝達する能力、「毛の生えた心臓」「アサーション能力」など積極的な姿勢、「組織をアセスメントする能力」「患者との関係だけに埋

没せずに全体を見渡す目」など組織や他職種を見る能力、「カウンセリングの技能」「アセスメント能力」「コンサルテーション能力」「他職種とは違う視点、理解の仕方」「他職種との間で不調和が生じても耐えられるくらいの、自分の仕事に対する自信と責任感」など Co 独自の専門性などであった。

## 考察

## 1. Co の役割、連携の意図

他職種との連携の際に Co は、単に情報共有だけを目的とするのではなく、他職種が CI に対する理解を深めることや、CI を心理的に抱える環境を広げること、他職種が CI に対応しやすくなることなどを意図して、主に CI の心理的アセスメントを他職種に伝えていと考えられる。また Co は CI に対してだけでなく、各職種間のコミュニケーションが円滑に進むための働きかけをも重視していることが明らかとなった。

## 2. 医療機関による役割の調整

Co が臨床活動を行う環境によって、Co は自らの関わり方を調整していることも窺われた。特定の医療機関に常駐、あるいは一定時間だけでも駐在するスタイルに比べて、ケースごとに医療機関に派遣されるスタイル、特に派遣される医療機関のチームメンバーが豊富でない場合には、Co に期待される役割はカウンセリングや心理療法に加えて、状況に応じて CI に対して HIV 感染症に関する情報を提供し、今後の療養生活の見通しを立てるなどのガイダンス機能の比重が高まることが推測された。

## 3. 組織・環境の課題

他職種への要望に関する自由記述から窺われるように、医療機関によってはカウンセリング理解が乏しく、活用される頻度も十分ではないところもあるようである。全体的にコミュニケーションをとる機会の乏しさという課題がある上に、中にはチーム自体が編成されていない、カンファレンスが開かれていない、カウンセリングのための個室が用意されていない、CI との連絡調整のための窓口の役割を担うスタッフがいないなどの課題のある医療機関もあるようである。これら医療機関の体制上の課題や他職種のカウンセリング理解不足などによって Co とし



て仕事をする上での不都合、他職種との連携する上での困難さが生じていることが明らかとなった。

#### 4. CI の心理への関心

たとえカンファレンスが開催されていても、Co には他職種が CI の心理状態について十分に関心を払っていないと感じられることがあるようである。これは逆に、カンファレンスが開催されている場合、他職種がどの程度 CI の心理状態に関心を持っているかを判断しているとも考えられる。身体面の治療に関して重点的に討議するカンファレンスにおいて、Co としていかに CI の心理に対する他職種の関心を喚起できるかが重要課題であろう。

#### 5. 相談できる同職種の存在と連携

相談できる同職種が身近にいない場合など、Co が他職種に対して自らの関わりをいかにわかりやすく伝えるか苦心する様子が窺われたが、これは多くの他職種の中で一人働くことの多い Co が直面しやすい課題であると言えよう。自らの心理アセスメントについてともに検討できる同職種、検討の必要なケースに出会った時に相談できる同職種とのネットワーク作りが重要であると考えられる。

#### 6. Co に求められる資質

自由記述から明らかかなように、Co は何よりもまず Co の専門性に基づいて CI を的確に理解し、それを他職種にわかりやすい形で的確に伝える能力が必要であろう。そこには自らの専門性を高める努力と同時に、他職種に対して開かれた積極的な態度を身につける努力が求められると考えられる。

#### 7. 提言

本研究で明らかとなった Co が直面する不都合さや他職種に対する要望を集約し、カウンセリング理解の促進、コミュニケーション機会を増加するための働きかけを行うことが求められると考えられる。また他職種と連携する上で Co に必要とされる資質について Co 間で共有し、事例検討会のように CI 理解のあり方や他職種とのコミュニケーションのとり方について具体的に学ぶ機会を持つことが必要であろう。

#### 結論

他職種と連携するプロセスにおいて、Co は他職種とのコミュニケーションの機会を通して、クライアント（以下 CI）の心理に対する他職種の関心を喚起すること、チーム内のコミュニケーションが円滑に行われることを意図していることが明らかとなった。また他職種と連携する上では、Co には CI を的確に理解し、それを他職種にわかりやすく伝える能力と、他職種に対して開かれた積極的な態度がさらに求められることが推測された。Co からの要望を他職種に伝えて他職種のカウンセリング理解を促進すること、連携する上で Co に必要とされる能力を高める研修機会を持つことが必要であろう。

#### 健康危険情報

なし

#### 研究発表

##### 論文発表

なし

##### 学会発表

なし

#### 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

##### 特許取得

なし

##### 実用新案登録

なし

##### その他

なし



## 研究 4. ブロック拠点病院カウンセラーの院内活動および地域連携に関する研究

分担研究者：山中 京子（大阪府立大学人間社会学部社会福祉学科）

研究協力者：菊池恵美子（東海ブロック：国立病院機構名古屋医療センター、エイズ予防財団）

佐藤 愛子（東北ブロック：国立病院機構仙台医療センター、エイズ予防財団）

牧野麻由子（関東甲信越ブロック：新潟大学医歯学総合病院）

瀧辺 裕江（北陸ブロック：石川県こころの健康センター）

仲倉 高広（近畿ブロック：国立病院機構大阪医療センター）

安尾 利彦（近畿ブロック：国立病院機構大阪医療センター、エイズ予防財団）

喜花 伸子（中国四国ブロック：広島大学病院・エイズ予防財団）

辻 麻理子（九州沖縄ブロック：国立病院機構九州医療センター、エイズ予防財団）

注 1) 北海道ブロックは現時点で常駐カウンセラーが不在であるため、本研究グループには北海道ブロックのカウンセラーは参加していない。

### 研究要旨

1997年より開始されたエイズ治療における各ブロック拠点病院には、財団法人エイズ予防財団および各自治体の派遣職員として常駐のカウンセラー（以下 Co）が配属されている。本研究においては、フォーカス・グループ・ディスカッションを行うことで、各ブロック Co の院内活動および拠点病院等との地域連携活動を把握し、カウンセリング活動の特長、課題や今後の活動のあり方について検討を行った。結果として、まず院内常駐 Co としての特長は①患者の心理的危機状況への支援と改善、それに伴うチーム内緊張緩和や治療後方支援、②格差の大きいブロック内での情報発信、③拠点病院と地域 Co の連携調整支援、④狭義および広義のカウンセリング活動が挙げられた。また、院内カウンセリング体制課題としては、①患者数と Co 数の不均衡性、②医療者間のよりよいコミュニケーション維持継続、③ Co 存在の認知度の低さが挙げられた。提言として、必要に応じた Co 数の配置、また Co 存在の認知向上への取り組みが挙げられる。

### A Study on Counseling Activity and Regional Collaboration of Counselors in Regional Center Hospitals'

Emiko Kikuchi<sup>1) 2)</sup>, Aiko Satou<sup>3) 2)</sup>, Mayuko Makino<sup>4)</sup>, Hiroe Katabe<sup>5)</sup>, Takahiro Nakakura<sup>6)</sup>, Toshihiko Yasuo<sup>6) 2)</sup>, Nobuko Kihana<sup>7) 2)</sup>, Mariko Tuji<sup>8) 2)</sup>

<sup>1)</sup>National Hospital Organization Nagoya Medical Center, <sup>2)</sup>Japan Foundation for AIDS Prevention, <sup>3)</sup>National Hospital Organization Sendai Medical Center, <sup>4)</sup>Niigata University Medical and Dental Hospital, Niigata Prefecture Government,

<sup>5)</sup>Mental Health Center, Ishikawa Prefecture Government, <sup>6)</sup>National Hospital Organization Osaka Medical Center, <sup>7)</sup>Hiroshima University Hospital and <sup>8)</sup>National Hospital Organization Kyushu Medical Center

## 研究目的

各ブロック拠点病院カウンセラー（以下 Co）の院内活動および拠点病院等との地域連携活動を把握し、カウンセリング活動の特長、課題や今後のあり方について検討を行う。

## 研究方法

全国のプロック拠点病院に駐在する Co を対象にフォーカス・グループ・ディスカッションを2回実施した。北海道ブロックには現在常駐 Co が派遣されていないため、参加ブロックは7ブロック拠点病院であった。北陸ブロックの拠点病院に関しては、後日情報を収集し、分析データとして用いた。

### (1) 第1回フォーカス・グループ・ディスカッション参加者

5ブロック拠点病院、6名（1ブロック拠点病院より2名参加）

#### テーマ

- ・院内のカウンセリング活動について
- ・ブロック内地域カウンセラーの HIV 医療における活動の現状把握
- ・ブロック拠点病院カウンセラーと上記地域カウンセラーの連携の有無やその方法の現状把握
- ・院内活動の課題の分析と明確化
- ・地域連携活動の課題の分析と明確化
- ・ブロック拠点病院のカウンセリング体制への提言

### (2) 第2回フォーカス・グループ・ディスカッション参加者

6ブロック拠点病院、6名

#### テーマ

- ・院内カウンセリング体制の課題と解決に向けて
- ・現システムについて評価できる点
- ・ブロック内のカウンセリング体制の課題

## 研究結果

### 1. ブロック拠点病院常駐 Co としての特長

- (1) 患者の心理的危機状況の支援と改善、それに伴うチーム内の緊張緩和や治療後方支援  
HAART 治療導入により、HIV 感染症治療は飛躍

的な進歩を見た。しかし、治療進歩に関わらず、感染告知を受けた患者の心理状況は多くの場合危機的である。このため、告知後バックアップとして患者支援に果たす Co の役割は大きいものがあると言える。特に、常駐しているため緊急対応が可能であるという特長が認められた。さらに、感染者として病いと共に生きていく患者は、感染前とは異なる自己存在の意味、他者告知に伴う人間関係の変化、治療への疲れと副作用など様々な問題に直面する。このような場合にも、患者支援として Co が関与していた。一方、HIV 感染症治療は多職種がチームで関わるため、患者の心理的危機状況が医療者全体にも波及し、チーム内の緊張が高まる場合も少なくない。Co はチーム内の緊張緩和を果たす役割を積極的に行っていた。

### (2) 医療者間のより良いコミュニケーション維持の調整支援

HIV に罹患した患者は免疫力低下により様々な日和見感染症を発症することは周知の事実である。このような状況にある患者の多くは入院治療対象となる。このため、入院病棟での患者支援は言うまでもないが、さらに入院病棟担当医療者と外来担当医療者の連携の橋渡し役を行うことで、医療者間のより良いコミュニケーション維持の調整をしていく役割を担っていた。

### (3) 格差の大きいブロック内での情報発信の役割や拠点病院と地域 Co をつなぐ調整の支援

近年、HIV 感染症治療がブロック拠点病院に集中するという一極化が顕著になり、HIV 感染者治療を行っていない拠点病院等では、患者ケアへのモチベーションが低下傾向になりがちである。また、地域 Co にとっては、患者の心理的ケアを経験することが減少している。このため、各ブロック拠点病院の Co は研修会・メーリングリスト・連絡会議等を通して、ブロック内の拠点病院、協力病院、あるいは関係機関に最新の HIV 関連情報を発信し、ブロック内の Co 同士の連携調整を支援していた。

### (4) 狭義のカウンセリング活動のみでなく広義の活動

院内という限定された空間のみがカウンセリング活動の場ではない。Co には院内活動と院外活動という異なる場での活動展開が求められていた。大規模調査研究への協力、あるいは HIV 感染症治療の

現状報告とそれに伴う問題提起、患者のより良い理解などを行うための研修会や事例検討会の開催、そして院内外のネットワーク構築化を図ること等を行っていた。

(5) 他病院患者への支援

Co 資源の少ないブロックでは、ブロック拠点病院の Co が他病院に出向いたり、他病院の患者をブロック拠点病院に受け入れ、カウンセリングを提供していた。

2. ブロック拠点病院カウンセリング体制の課題

(1) 患者数増加に伴う Co 数増加が無い場合、患者ニーズに応じたカウンセリングを行うことの困難化

図 1、図 2、表 1 にあるように、全てのブロック拠点病院において患者数増加が見られるが、常駐 Co 数には増加は見られない。患者数が実際の実働患者数とは必ずしも一致するわけではないが（例：患者の転勤・帰国・死亡など）、物理的に Co がケア

できる患者数には限界があることは明らかである。このため、特に患者数増加の著しいブロック拠点病院においては、患者のニーズに的確に応じるカウンセリングを施行していくことに困難を生じていることが判明した。

(2) 病院全体あるいは HIV 医療チーム構成メンバーとしての存在認知度の低さ

Co としての活動の場が限定されるため、院内においても Co の存在を把握していない医療者が少なからずいる。また、HIV 医療チームのメンバーの一員であるにも関わらず、HIV 医療チーム以外の医療者からはチーム医療の一員としての Co の必要性が認知されにくい状況が継続されていた。Co の活動の一つであるカウンセリングが診療報酬としてシステム化されていないことも要因の一つとして挙げられる。HIV 医療に特化して活動を展開しているために柔軟性を兼ね備えた業務活動ができる反面、病院の組織内での位置づけが明確でないため責任の所在が不明確になりがちであった。

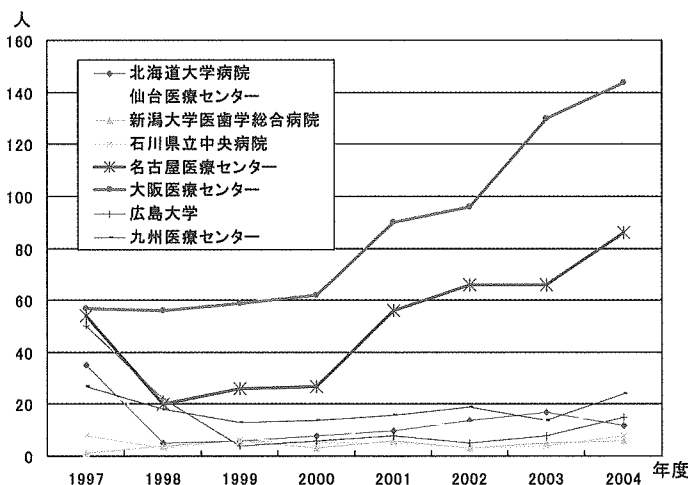
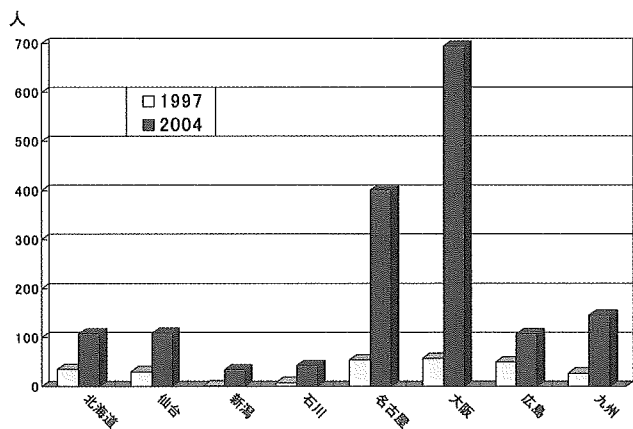


図 1. 各ブロック拠点病院年度別新規患者数



注)各ブロック拠点病院名は略称表記

図 2. 97 年度と 04 年度の各ブロック拠点病院患者数

表 1. 各ブロック拠点病院年度別新規患者数と常駐 CP 数

ブロック名	97年度まで		97年度から04年度まで	
	患者数	CP数	患者数	CP数
北海道大学病院	35人	1人	107人	1人
仙台医療センター	30人	1人	109人	1人
新潟大学医学総合病院	1人 <sup>注1)</sup>	0人	34人	1人
石川県立中央病院	8人	1人	42人	1人
名古屋医療センター	54人	1人	401人	1人
大阪医療センター	57人	1人	694人	1人
広島大学病院	50人	0人	107人	1人
九州医療センター	27人	1人	145人	1人

注1)97年度以前のデータ不詳のため、97年度の新規患者数を示す。

## 研究の提言

1. 患者への心理的サポートの維持向上のため、患者数増加が顕著なブロック拠点病院における常駐 Co の増加配置
2. Co 存在の認知向上への働きかけ
3. 医療の質を高めるためのカウンセリング機能の恒常化

## 結論

ブロック拠点病院の常駐 Co の現状分析を行い、問題点を明らかにし、問題解決に向けての提言を行った。常駐 Co の主活動の場となるブロック拠点病院における HIV 感染症治療へ関わりは、患者数や診療日程の差異により、Co の抱える問題もそれぞれに異なり、現実的には問題解決に向けての提言は必ずしも全てのカウンセリングの問題を反映しているものではない。しかし、将来的にも数年間新規患者数増加傾向は維持されるという視点に立ち、今回の提言を行った。また、Co の存在認知の低さが示唆され、この状況を打開していくための現実的な取り組みを行っていくことが課せられている。

## 健康危険情報

なし

## 研究発表

なし

## 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし



## 研究 5. HIV 感染者の心理・社会的問題と相談ニーズに関する研究

分担研究者：山中 京子（大阪府立大学人間社会学部社会福祉学科）

研究協力者：内野 悌司（広島大学保健管理センター）

藤原 良次（りょうちゃんず）

橋本 則久（りょうちゃんず）

椎村 和義（りょうちゃんず）

平岡 毅（県立広島病院）

藤井 輝久（広島大学病院血液内科）

### 研究要旨

HIV 感染者が直面するさまざまな心理的な悩みや生活上の相談事について、実際にどのような人や専門職に相談をしているか実態調査を行った。感染による身体状態や心理社会的悩みは軽症化していると推察されるが、悩みによっては、深刻な問題で相談ニーズはあるものの、一人で抱え込んでいる人が2割から3割程度存在していることが明らかになった。専門家への相談は、悩みの内容に応じて特定の専門職が選ばれ、満足度はおおむね高い傾向であった。いろいろな相談事において、相談相手として他の感染者へのニーズが高く、満足度は家族や友人などの身近な人に比べると高いが、専門家に比べて一定の割合で不満足という回答があった。これらの結果から、専門職従事者へのアクセスのしやすさ、および身近な人で支え合う相談体制の充実化が望まれる。

### A Study on Psycho-social Problems Experienced by HIV Infected Individuals and Their Needs for Consultation

Teiji Uchino<sup>1)</sup>, Ryouji Fujiwara<sup>2)</sup>, Norihisa Hashimoto<sup>2)</sup>, Kazuyoshi Shiimura<sup>2)</sup>, Tsuyoshi Hiraoka<sup>3)</sup>, Teruhisa Fujii<sup>4)</sup>

<sup>1)</sup>Health Service Center, University of Hiroshima, <sup>2)</sup>NGO Ryouchans, <sup>3)</sup>Hiroshima Prefecture Hospital and <sup>4)</sup>Hiroshima University Hospital

## 研究目的

本研究は、HIV カウンセリングの活用を促進するために、HIV 感染者が直面するさまざまな心理的な悩みや生活上の相談事について、それぞれ実際にどのような人や専門職に相談をしているかの実態を明らかにすることを目的としている。

## 研究方法

HIV 感染者を対象に、心理社会的相談事に関する相談経験および満足度を問う 31 項目とその他相談ニーズおよび派遣カウンセリング制度等について問うアンケート調査を行った。今回の調査には、HIV 診療ブロック拠点病院の 3 病院（北陸、東海、中四国ブロック）から協力が得られた。調査票は、調査協力いただいた病院を受診している感染者に、診療スタッフから調査協力の依頼をし、同意が得られた場合に手渡しし、無記名自記式回答形式により郵送で回収した。

## 研究結果

今回の調査は有効回答数 31（33 名回収）であり、サンプル数が少なく、次年度計画している研究の予備的調査と位置づけられる。回答者の年齢は図 1、回答者の感染告知後経過期間は図 2、回答者の感染経路は図 3 の通りである。この回答者の年齢や感染経路の分布は、厚生労働省エイズ動向調査に報告されている特徴にある程度符合していると考えられる。選択された相談対象者およびその満足度については、表 1 の通りである。質問項目別回答の集計は紙面の都合上掲載しない。

## 考察

全体的な特徴として、全 31 項目中 24 項目で「悩みなし」の回答が最も多く、特に告知後 2 年以内の回答者にダメージが比較的小さく、感染による身体状態や心理社会的悩み（告知直後を除いて）は軽症化していると推察される。その他の要因として、今回調査対象になった感染者は、ブロック拠点病院に

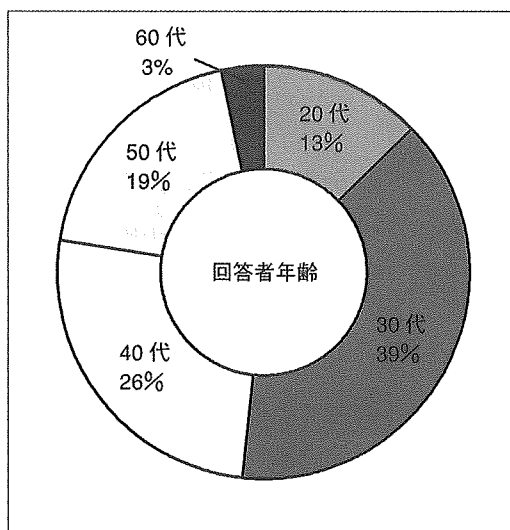


図 1. 回答者の年齢

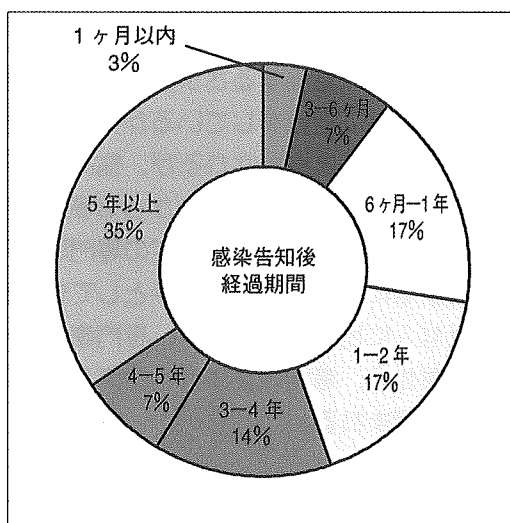


図 2. 回答者の感染告知後経過期間

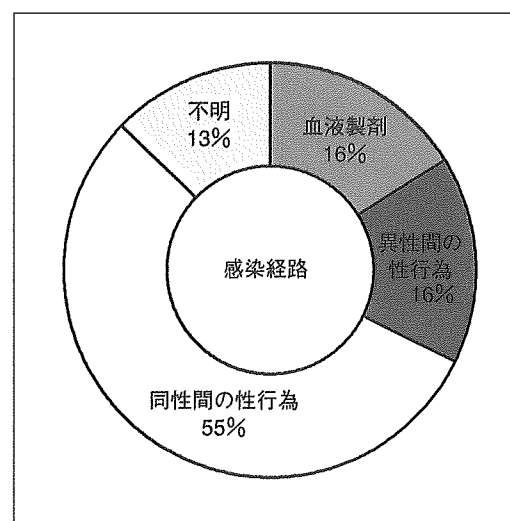


図 3. 回答者の感染経路

表 1. 選択された相談対象者の回答数およびその満足度

選択された相談対象者	満足		どちらとも いえない		不満足	
	実数	(%)	実数	(%)	実数	(%)
医師	96	67	41	28	7	5
看護師	54	69	22	28	2	3
コーディネーターナース	14	58	10	42	0	0
心理職	88	73	29	24	4	3
福祉職	35	76	11	24	0	0
精神科医	9	64	5	36	0	0
ボランティア	3	27	8	73	0	0
他の感染者	72	65	22	20	16	15
パートナー	26	51	24	47	1	2
家族	14	32	21	48	9	20
友人	23	32	47	64	3	4
その他	7	64	4	36	0	0
	実数	(%)				
悩みなし	511	53				
悩みはあっても相談し なかった	178	19				

通院中の人であり、表1の通り、専門家に対する相談満足度が比較的高く、それだけ支援体制が整っていることも影響していると考えられる。

悩みの内容に応じて、特定の専門職が選ばれ、満足度はおおむね高い傾向であった。日常的な相談事については、家族や友人など幅広く相談相手として選ばれているが、満足度は専門家に比べて低い。多くの項目において、他の感染者への相談ニーズが高い(31名中8名が相談経験あり)。満足度は65%と家族や友人などの身近な人に比べると高いが、「どちらともいえない」が20%、不満足が15%と専門家に比べて不満足の数合いが高いといえる。これは、他の感染者の「相談を受ける技術的な問題」が関連している可能性があるが、同じ立場の感染者には問題を共有してもらえ理解してもらえという期待が高いため、期待に反した場合の不満足度が高いと考えられる。同じ立場の他の感染者への相談ニーズが高いので、他の感染者を支援するという目的をもったピア・カウンセリングやピア・サポート体制を整備・充実させることが望まれる。

相談ニーズが高く満足度も高い悩みは、「経済的な問題」「体調が悪化したり改善されない時」「気分の落ち込みや眠れなかった時」であり、専門家への相談を通じて問題解決が可能であったからと考えられる。

「悩みなし」という回答者が多い一方で、一定の相談ニーズが高いものの、実際には相談されなかったことの多い悩みは、「生きる意味」「将来の不安」

「(自殺以外で)死について考える時」などの実存的な悩み、「抗体検査を受ける前」「パートナーや家族への告知に悩んだ時」「HIV感染症になったことが受け入れられなかった時」「死にたい気がしたとき」「セイファー・セックスについての悩み」など、深刻な問題が相談されず一人で抱え込んでいる人が2割から3割程度存在していることが明らかになった。それに加え「抗体検査前」の相談ニーズは高いものの相談行動に至らなかった回答者が約3割いた。これらの結果から、HIV抗体検査体制の充実を図ることや必要な時に専門職のだれかに相談できるようにするため、多様な専門職従事者を告知後早い段階で紹介し、その後、挨拶を交わしたり立ち話する関係をもつような配慮が必要と考えられる。

## 健康危険情報

特になし

## 研究発表

なし

## 知的財産権の出願。登録状況(予定を含む)

### 特許取得

なし

### 実用新案登録

なし

### その他

なし





## HIV 感染者の地域生活支援におけるソーシャルワークに関する研究

分担研究者：小西加保留（桃山学院大学社会学部社会福祉学科）

### 構成

- 研究 1. 長期療養者の支援に関する研究
- 研究 2. HIV 感染者の療養生活と就労に関する調査研究
- 研究 3. エンパワメントのプログラム開発に関する調査研究
- 研究 4. 医療従事者向け制度のてびき作成

**Research on Social Work Assisting Community-based Life of Person with HIV/AIDS**

Kahoru Konishi

*Faculty of Sociology, Momoyama Gakuin University*



## 研究 1. 長期療養者の支援に関する研究

分担研究者：小西加保留（桃山学院大学社会学部社会福祉学科）

研究協力者：石川 雅子（千葉県健康福祉部健康増進課疾病対策室）

菊池美恵子（国立病院機構名古屋医療センター、財団法人エイズ予防財団）

葛田 衣重（千葉大学医学部附属病院地域医療連携部）

### 研究要旨

HIV 医療の進歩の一方で、免疫機能は安定しても PML や HIV 脳症、その他脳梗塞などのために、身体障害や知的能力や認知症等の障害が残存し、在宅生活が困難で、主治医が入院治療の必要がないと判断した後も病院で長期療養を継続する感染者（＝本研究における「長期療養者」とする）が漸増している。本研究では、拠点病院における長期療養者の実態把握、背景にある要因抽出により、必要な医療・福祉環境づくりのための提言を目的とした。アンケート結果では、42 病院中 32 病院、82 事例について回答があり、必要な入院期間を超過した事例は 68 例、超過した平均月数は 9.1 ヶ月。疾患名別では、PML、HIV 脳症などであった。またインタビュー調査結果から、長期療養に繋がる阻害要因として、医学的要因、医療機関の課題、患者・家族、制度・システムと支援体制の問題が抽出され、促進要因としては、万全の診療体制、豊富なネットワーク、コーディネーターの存在、トップのリーダーシップなどが挙げられると共に、チーム医療の有用性が示された。提言としては、対臨床従事者に対する適切な知識・態度の積極的継続的普及・啓発、連携・サポート体制の強化、支援に専従で従事できる人員配置、診療報酬上の不利益の改善のための医療保険上の課題が挙げられた。

### Research on Support to Persons with HIV/AIDS Needing Long-term Care

Kahoru Konishi<sup>1)</sup>, Masako Ishikawa<sup>2)</sup>, Emiko Kikuchi<sup>3)</sup>, Kinue Kuzuta<sup>4)</sup>

<sup>1)</sup>Faculty of Sociology, Momoyama Gakuin University, <sup>2)</sup>Department of Health and Welfare, Chiba Prefecture Government,

<sup>3)</sup>National Nagoya Medical Center, Japanese foundation of AIDS Prevention and <sup>4)</sup>Department of Welfare and Medical Intelligence, Chiba University Hospital

## 研究目的

HIV 医療の進歩により、免疫機能は安定しても身体障害や知的能力や記憶力低下等の障害が残存し、在宅生活が困難で、主治医が入院治療の必要がないと判断した後も病院で長期療養を継続する感染者が漸増している。こうした患者は医療機関、福祉施設、在宅支援のいずれにおいても必要なサポートが保障されず、安定した生活の場を得にくい現状がある。本研究では、特に拠点病院におけるこのような事例の実態を把握し、その背景にある要因を抽出することによって、必要な医療・福祉を提供できる環境づくりのための提言を行うことを目的とする。

## 研究方法

- 2004 年度拠点病院を対象にした実態調査で同意を得られた病院に対し、入院期間、必要入院期間超過の有無等について、アンケート調査（郵送）を実施。
- 2004 年度並びに 1 の調査で協力を得られた病院の内、7 病院に対してインタビュー調査を実施。病院の選択に際しては、成功例を持っているところ、また、複数の当該事例経験があり、自由記載において、問題提起・意識を記載されたところを選択。地域的には関東 4 箇所、近畿 2 箇所、その他 1 病院。対象者は、医師、看護師、ソーシャルワーカー他の医療スタッフ。インタビュー内容は、入院後の経過、長期入院に至った事由、転・退院を目的とした医療スタッフのアプローチ、その結果としての転帰に焦点を当てた。インタビューは、許可を得た上で録音し、その逐語録を元に内容分析を行った。
- 厚生労働省健康局疾病対策課および保健局医療課に対して要望書を提出。
- 医療・福祉関係者を対象に、理解促進やネットワークのきっかけ作りのための講演・研修会の実施。

## 研究結果

### 1. 長期療養事例の概要

42 病院中 32 病院、82 事例について回答があり、必要な入院期間を超過した事例は 8 割以上の 68 例で、その平均在院月数 13.6 ヶ月、超過した期間の平均 9.1 ヶ月、入院の最大値 96 ヶ月、8 年に及んでいた。また、入院期間が全て入院治療として必要であったと判断した場合の平均在院月数は 4.6 ヶ月、最大 12 ヶ月であった。（図 1、表 1）

入院の契機となった疾患名と必要入院期間の事例数は、PML が最も多く 17 例、HIV 脳症 9 例、脳梗塞 6 例、カリニ肺炎、悪性リンパ腫が 5 例などであったが、その他にも骨折、肺炎、慢性下痢、膵炎、抹消神経障害など多様な病名により入院していた。（図 2）

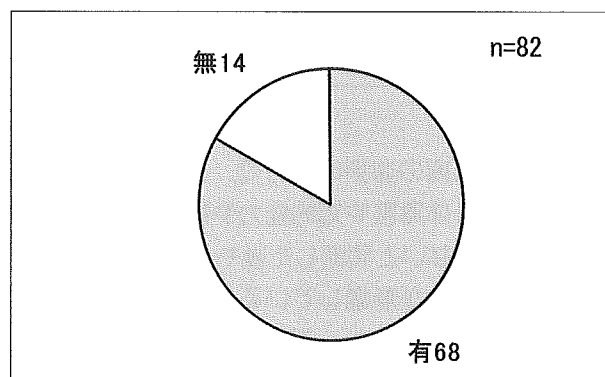


図 1. 必要入院期間の超過の有無

表 1. 必要入院期間の超過月数

超過入院の有無	有	無
平均在院月数	13.6	4.6
平均超過月数	9.1	0
最大値月数	96	12

表 2. 事例概要

症例	性別	年齢	原疾患	入院期間	転帰
1	男	60代	アメルバ膿瘍	6M	転院→施設入所
2	男	50代	肺気腫、骨折	7M	死亡
3	男	30代	PML	1Y8M	自宅退院（往診）
4	男	50代	サイトメガロ	5Y3M	自宅退院（外来）
5	男	50代	血友病	8Y	入院中
6	男	50代	脳出血	1Y?	死亡
7	男	50代	PML	1Y6M	入院中
8	男	30代	AIDS脳症	9M	入院中
9	男	30代	脳悪性リンパ腫	2Y6M	入院中
10	男	50代	圧迫骨折	?	転院→外来
11	男	50代	カリニ・PML	4M	自宅退院→死亡

7 病院のインタビュー対象となった事例は 11 例で、その概要は表 2 の通りである。年齢は 50 代が最も多く、病名はエイズ発症例を中心に骨折や血友病、脳出血などである。転帰は、転・退院が可能になった 5 事例、転・退院できずに死亡した 2 事例、転・退院に至らず入院を継続している 4 事例の計 11 事例であり、入院期間は、最も長い例で 8 年に及んでいた。

2. 長期療養に影響する阻害要因

長期入院に至った背景には、以下のような要因が抽出された。(表 3)

3. 長期療養に至らないための要因

長期療養に至らないために、以下のような要因が肯定的に影響していることが示された。(表 4)

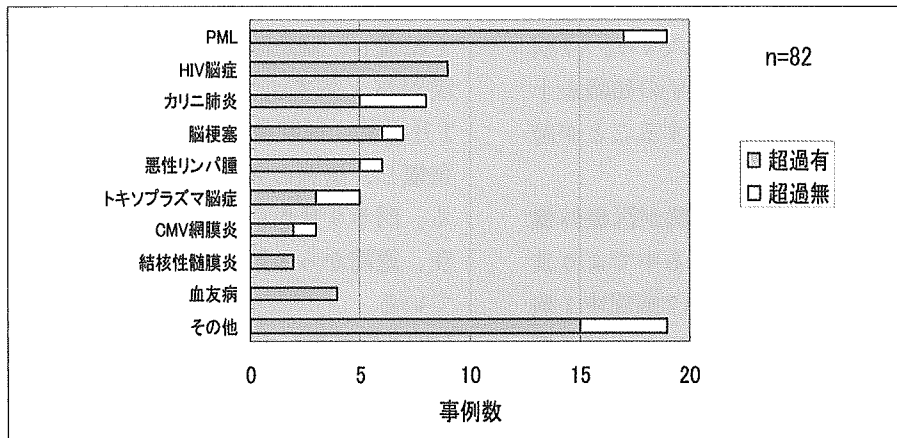


図 2. 入院の契機となった疾患名と入院期間超過の事例数

表 3. 長期療養に影響する阻害要因

医学的要因	・認知症 寝たきり等の合併
医療機関	・初期治療の遅れ・診断処方誤り ・他科連携の不備 医療機関同士および医療機関と関係機関との連携の不備 ・拠点病院が受入れ拒否 (在宅・施設入所のバックアップをしない) 拠点病院以外の病院・施設の受入れ拒否 (未経験・心理的拒否・トップ/スタッフの反対) ・スタッフの職種が限定され (SW, CP 不在) 調整・情報収集に限界 スタッフの教育に時間を要し受入れできない
患者・家族	・患者の生活基盤の脆弱さ ・家族の受入れ拒否 (介護困難・未告知・家族機能不全、発病前の関係の悪さ)
制度・システム	・診療報酬上のメリットの少なさ (高額薬価・差額ベッド・在院期間) ・施設の受入れ拒否 (未経験・心理的拒否・トップ/スタッフの反対)
支援体制	・疾病が喚起させる否定的なイメージ、偏見、拒否感、受け入れ施設情報の入手困難

表 4. 長期療養に至らないための要因

万全の診療体制	・拠点病院による医療・院外関係機関のバックアップ&サポート
豊富なネットワーク	・他科・医療機関同士・医療および院外関係機関の連携強化 ・本人・家族・支援スタッフが持つ多くのネットワーク
コーディネーターの存在	・ソーシャルワーカーのような、ネットワークを有機的に組み合わせる役割をする人の存在
トップのリーダーシップ	・主治医や医療機関のトップ・行政による疾病理解 ・リーダーシップ
受け入れの意思	・研修会参加やマニュアル作成など、感染症患者の受け入れ整備
アウトリーチへの積極性	・関係機関に対し、理解・協力を求める積極的行動
許容的な文化・風習	・HIVへの差別・偏見の少ない地域 HIV予防啓発が浸透している地域