

結果

(1) 回収率

アンケート票は、全中核拠点病院 54 ヶ所に各施設 1 通、合計 54 通を配布し、33 通を回収した。最終的な回収率は、61.1%である。

(2) 回答者の医療機関の基本属性

各回答者が診療している医療機関の累積 HIV 陽性患者数では、1 名以上 50 名未満 13 ヶ所 (回答者全体の 39.4%)、50 名以上 100 名未満 10 ヶ所 (30.3%)、100 名以上 10 ヶ所 (30.3%) であった。なお、以下本報告では、診察した累積 HIV 陽性患者数が 1 名以上 50 名未満の機関を小規模中核、50 名以上 100 名未満の機関を中規模中核、100 名以上の機関を大規模中核と表記する。

(3) 各種カウンセリング制度・資源の導入・利用の有無 (図 1、図 2、表 1、表 2)

HIV 診療における各種カウンセリング制度・資源の導入・利用状況をたずねたところ全回答施設 33 ヶ所中 31 ヶ所ですでに何らかの制度・資源の利用があった。21 ヶ所で派遣カウンセリング制度が、18 ヶ所で中核制度が、10 ヶ所で院内に働く HIV 感染症に特化していない一般カウンセラーが利用されていた。制度・資源の導入・利用がまったくない機関は 2 ヶ所のみであった。

図 1 カウンセリング制度・資源の導入・利用の有無 (N=33)

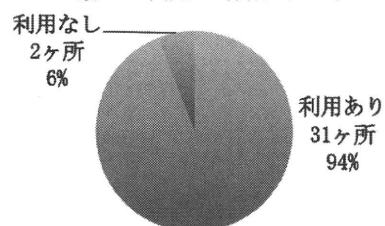


図 2 制度・資源別利用機関数 (N=33 複数回答)

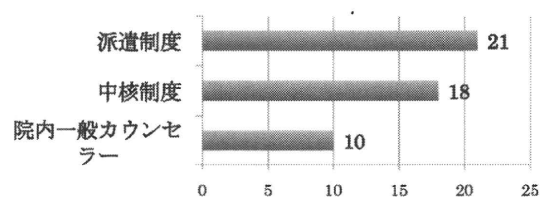


表 1 複数利用の制度・資源の組み合わせ

制度・資源の組み合わせ	機関数 (N=16)
中核/派遣/院内	1
中核/派遣	10
中核/院内	1
派遣/院内	4

また、上記制度・資源を複数にわたって導入・利用している機関が多く、31 ヶ所中 16 ヶ所 (61.2%) に及んでいた。その内訳は、派遣/中核/院内一般の 3 種類の利用機関が 1 ヶ所、中核/派遣が 10 ヶ所、派遣/院内一般が 4 ヶ所、中核/院内一般が 1 ヶ所であった。

さらに、病院種別に上記制度・資源の導入・利用状況を見ると、大規模中核では、派遣/中核/院内一般の利用機関が 1 ヶ所、中核/派遣

が6ヶ所、中核／院内一般が1ヶ所、派遣のみ1ヶ所などであった。中規模中核では、中核／院内一般が1ヶ所、派遣／院内一般が2ヶ所、中核のみ2ヶ所、派遣の4ヶ所、院内一般のみ1ヶ所であった。小規模中核では、中核／派遣が2ヶ所、派遣／院内一般が2ヶ所、中核のみ5ヶ所、院内一般のみ3ヶ所、制度・資源の導入・利用がまったくない機関は1ヶ所であった。

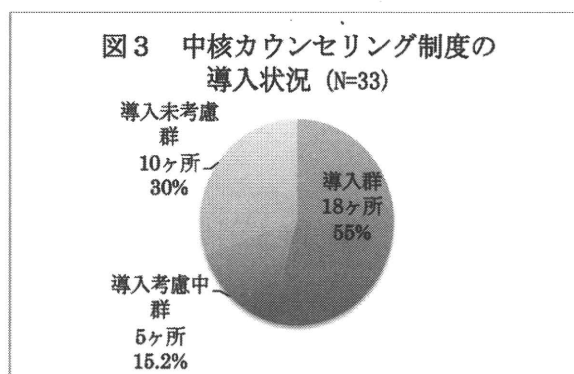
表2 病院種別の制度・資源の導入・利用状況

	制度・資源の 組み合わせ	大規模	中規模	小規模
		中核 (N=10)	中核 (N=10)	中核 (N=13)
複数	派遣／中核／院 内一般	1	0	0
導入	中核／派遣	6	0	3
	中核／院内一般	1	1	0
	派遣／院内一般	0	2	2
	(小計)	(8)	(3)	(5)
単独	中核のみ	0	2	4
導入	派遣のみ	1	4	0
	院内一般のみ	0	1	3
(小計)	(1)	(7)	(7)	
導入	利用なし	1	0	1
なし	(小計)	(1)	(0)	(1)
	合計	10	10	13

(4) 中核拠点病院カウンセリング制度の導入状況 (図3)

中核拠点病院カウンセリング制度(以下中核制度と表記)の導入の有無について聞いたところ、すでに導入している機関(以下導入群と表

記)18ヶ所(54.5%)、導入を考慮中の機関(以下導入考慮群と表記)5ヶ所(15.2%)、導入は今のところ考えていない機関(以下導入未考慮群と表記)10ヶ所(30.3%)であった。これを病院区分別で比較すると、大規模中核10ヶ所中、導入群8ヶ所(80.0%)、導入考慮群1ヶ所(10.0%)、導入未考慮群1ヶ所(10.0%)、中規模中核10ヶ所中、導入群3ヶ所(30.0%)、導入考慮群2ヶ所(20.0%)、導入未考慮群5ヶ所(50.0%)、小規模中核13ヶ所中、導入群7ヶ所(53.8%)、導入考慮群2ヶ所(15.3%)、導入未考慮群4ヶ所(30.7%)であった。



(5) 中核制度導入の理由 (図4)

以下中核制度の具体的な導入に関して聞いた結果を(5)～(9)の項目で報告する。中核制度の導入の理由について、導入群(18ヶ所)および導入考慮群(5ヶ所)に聞いた。導入群では、「中核拠点病院の選定に伴い、自治体から要請があった」が最も多く、全体の55.6%であり、次いで、「診療医が必要を感じた」が40.0%であった。「患者からのニーズがあった」は5.6%と少なかった。一方、導入考慮群で、最も多かったのは、「診療医が必要を感じた」が80.0%であり、次いで「院内の医療スタッフ(看護師、ソーシャルワーカーなど)

図4 導入の理由（複数回答）

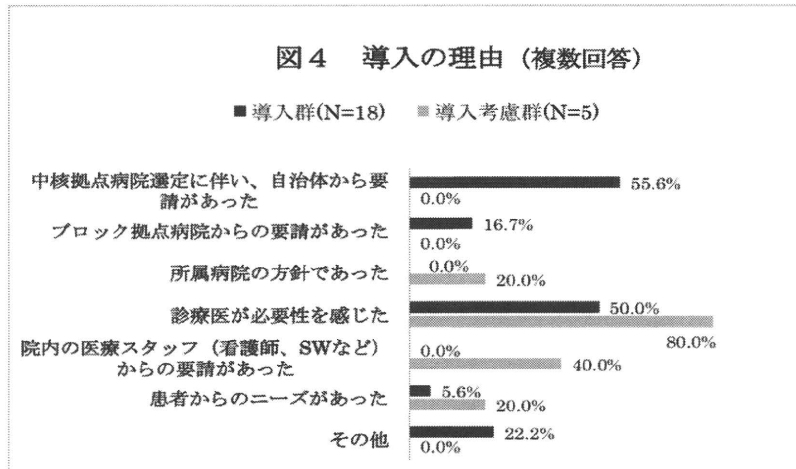
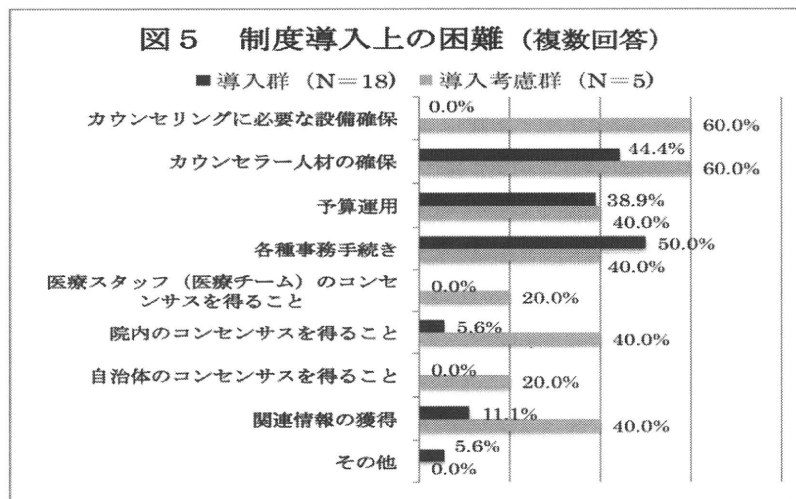


図5 制度導入上の困難（複数回答）



からの要請があった」が 40.0%であった。「患者からのニーズがあった」は導入群に比べて多く 20.0%であった。しかし、「中核拠点病院の選定に伴い、自治体から要請があった」が 1ヶ所もなく、この項目に関して導入群と大きく異なる傾向を示した。

（6）中核制度導入上の困難さ（図5）

制度導入に際して経験したあるいは経験している困難さに関して、導入群（18ヶ所）および導入考慮群（5ヶ所）に聞いた。導入群では、「各種事務手続き」が最も多く、50.0%が困難を経験していた。次いで、「カウンセラー

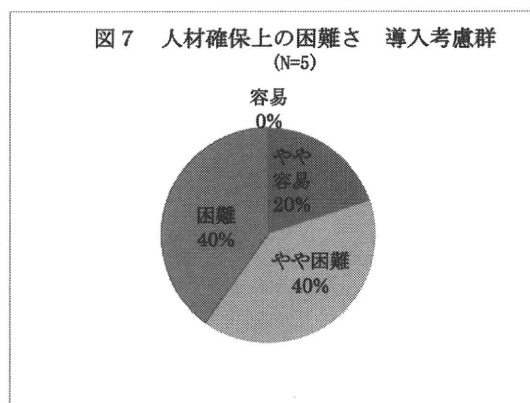
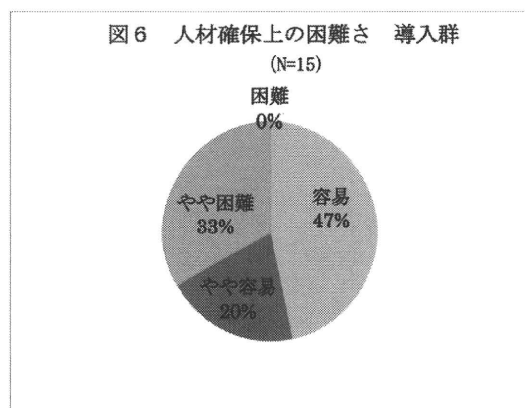
人材の確保」44.4%、「予算運用」38.9%が続いた。「カウンセリングに必要な設備確保」は 11.1%に留まり、「院内コンセンサスを得ること」5.6%や「医療スタッフのコンセンサスを得ること」0.0%の困難経験は少なかった。一方、導入考慮群で、最も多かったのは、「カウンセラー人材の確保」60.0%、「カウンセリングに必要な設備確保」60.0%であり、次いで「各種事務手続き」40.0%、「予算運用」40.0%、「医療スタッフのコンセンサスを得ること」40.0%、「関連情報の獲得」40.0%、と続いた。

(7) 中核制度導入時の支援者や支援組織

導入群（18ヶ所）を対象に、制度導入に関して支援を受けた人や組織について自由記述方式で答えてもらった。導入群18ヶ所中9ヶ所から自由記述欄への記入があった。結果を質的にまとめて報告する。院内の人や組織では、「病院事務方（経理課、医事課）」、「院内スタッフ」、「外来ナース」、「医事課（医療相談）」、「大学病院の教員」から支援を受けていた。また、院外の地域の人や組織では、「県」、「県健康福祉部」、「派遣カウンセラー」、「県臨床心理士会」、「大学の臨床心理学教員」から支援を受けていた。院外の全国組織では、「エイズ予防財団」「エイズ予防財団担当者」があげられた。

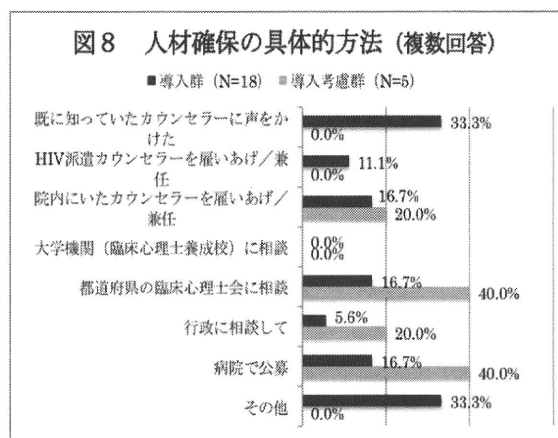
(8) 人材確保上の困難さ（図6、図7）

制度を立ち上げ、実際にカウンセラーの人材を確保する際の困難さについてたずねたところ、導入群（N=15）では、「容易」47%、「やや容易」20%であり、両方合わせて6割強に達した。一方「やや困難」は33%であった。導入考慮群（N=5）では、「困難」40%、「やや困難」40%であり、両方合わせて8割に達したが、「やや容易」は20%であった。



(9) 人材確保の具体的方法（図8）

カウンセラーの人材を確保するにあたって、おこなった具体的な方法の詳細について尋ねた。導入群では、「既知していたカウンセラーに声をかけた」が6ヶ所で最も多く、次いで、「派遣カウンセラーを雇いあげ」4ヶ所、「その他」4ヶ所と続いた。



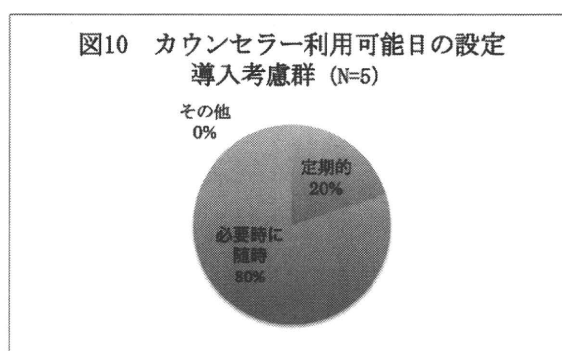
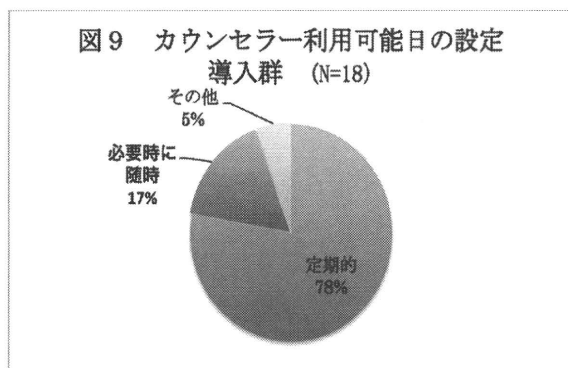
なお、「その他」の自由記述を分析すると「知り合いのカウンセラーに相談」として分類できる回答が3ヶ所からあった。その後「院内にいたカウンセラーを雇いあげ」3ヶ所と続いている。カウンセラー本人への直接的な仕事の依頼や依頼先の相談の両面において、すでに築いている特定のカウンセラーとのネットワークや仕事を通じた関係が人材確保の具体的方法と

して機能していることがうかがわれた。一方「病院での公募」や「都道府県の臨床心理士会に相談」も各々3ヶ所で行われており、公式的なルートを使った人材確保の方法も一定実施されていた。

また、導入考慮群では、「病院での公募」や「都道府県の臨床心理士会に相談」が各々2ヶ所でも多く、知り合いのカウンセラーへの直接的交渉や相談はまったくなかった。

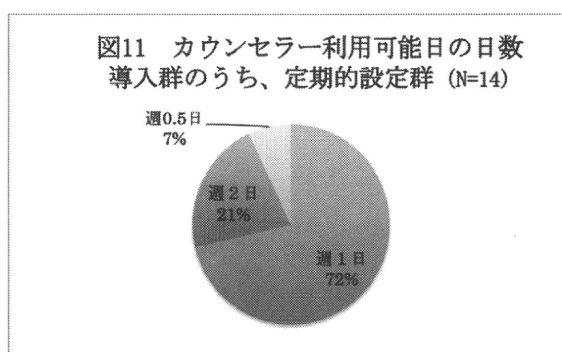
(10) カウンセラー利用可能日の設定 (図9、図10)

以下中核制度の具体的な運用に関して尋ねた結果を(10)～(14)で報告する。まず、カウンセラー利用可能日の設定について尋ねた。すでに制度を導入し、実際にカウンセリング活動を包括医療の一環として開始している導入群では、14ヶ所(77.8%)でカウンセラー利用可能日が「定期的」に設定されていた。また、設定せずに「必要時に随時」としていた施設は、3ヶ所(16.7%)であった。一方これから導入を行おうと考えている導入考慮群では、「定期的」な設定を考えている施設は1ヶ所(20%)、「必要時に随時」と考えている施設は4ヶ所(80%)であった。



(11) カウンセラー利用可能日の日数 (図11)

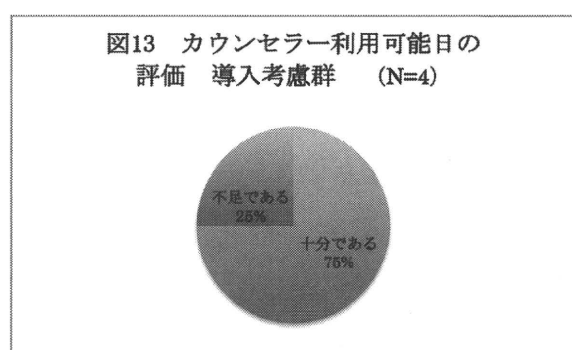
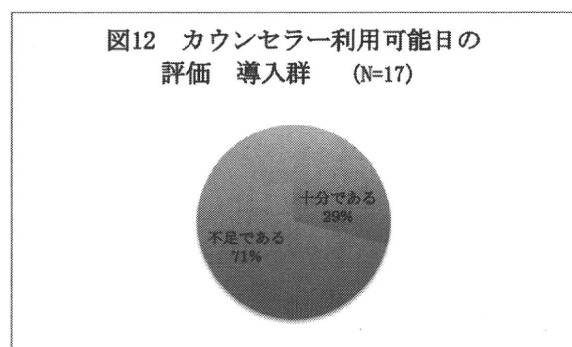
カウンセラー利用可能日を定期的を設定している場合の利用可能日数をたずねた。導入群においては定期的を設定している機関は14ヶ所であり、そのうち週1日の設定が最も多く10ヶ所(72%)、次いで週2日が3ヶ所(21%)と続いた。また、導入考慮群において定期的を設定している機関は1ヶ所であり、その機関は週1日を設定する予定としていた。



(12) カウンセラー利用可能日の評価 (図12、図13)

上記で聞いたカウンセラー利用可能日について、この日数で十分かどうかその評価を聞いた。導入群では、5ヶ所(29%)が「十分である」と認識しており、12ヶ所(71%)が「不足である」としていた。一方、導入考慮群では、設定を考えている日数に対して、3ヶ所(75%)

が「十分である」と認識しており、1ヶ所(25%)が「不足である」としていた。



(13) 設備確保の達成および困難さ (図 14、図 15)

導入群に対して、制度の運用に関して特に設備の確保について焦点付け、達成できているかどうかまたその達成は困難であったかどうかを聞いた。達成では、「できている」と答えた施設の全体における割合を示す。「面接室の確保」94.4%が最も多くの施設で達成できている項目であった。次いで、「カルテ以外のカウンセラー記録の保管・管理」82.4%、「カウンセラーのカルテ閲覧」77.8%、「Coの待機場所確保」72.2%と続いた。全項目で達成されている割合は比較的高かったが、達成割合が最も低かったのは、「カウンセラーのカルテ記入」55.6%であった。また、これらを達成するにあたって経験した困難では、「Coの待

機場所確保」38.9%が最も困難を経験した施設が多い項目であり、「カウンセラーのカルテ記入」29.4%、「面接室の確保」23.5%、「カウンセラーのカルテ閲覧」21.2%と続いた。

同じく、導入考慮群に対して、設備の確保が「達成できそうかどうか」(達成予測)、またその達成が「困難かどうか」(困難予測)を聞いた。達成予測では、「面接室の確保」80.0%、「カウンセラーのカルテ閲覧」80.0%、「カウンセラーのカルテ記入」80.0%で達成予測の割合が高く、「カルテ以外のカウンセラー記録の保管・管理」60.0%、「Coの待機場所確保」60.0%でやや割合が低かった。さらに、困難予測では、「カルテ以外のカウンセラー記録の保管・管理」60.0%、「カウンセラーのカルテ記入」40.0%で困難を予測していたが、「面接室の確保」、「カウンセラーのカルテ記入」、「Coの待機場所確保」では困難の予測はそれぞれ20.0%にとどまった。

(14) 医療チームの連携上の困難さ (図 16)

導入群に対して、制度運用に関して実際に医療チームとともにカウンセリングを行っていく際の連携の困難さを聞いた。最も困難経験の割合の高かった項目は「医師や看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーからカウンセラーへの情報提供」の33.3%であった。次いで、「カウンセラーと他の職種との役割分担と振り分け」16.7%、「カンファレンスでの情報共有や情報交換」16.7%などが続いた。全体に困難を経験した割合は、3割以下で比較的低かった。

図14 設備確保の達成および困難さ
導入群 (N=18)

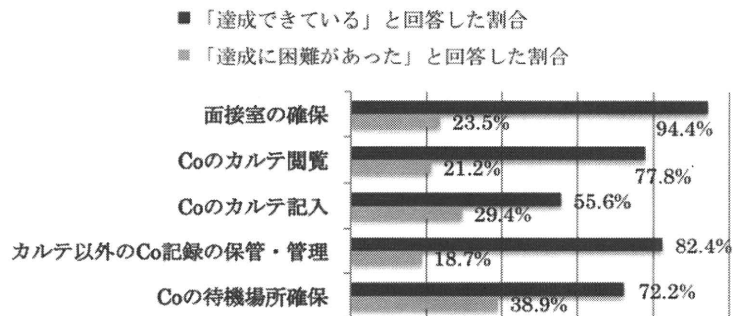


図15 設備確保の達成および困難さ
導入考慮群 (N=5)

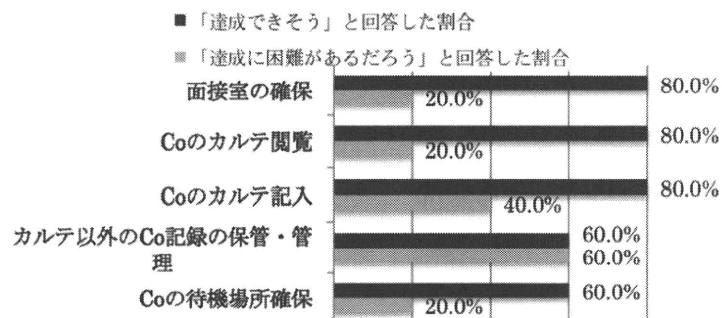
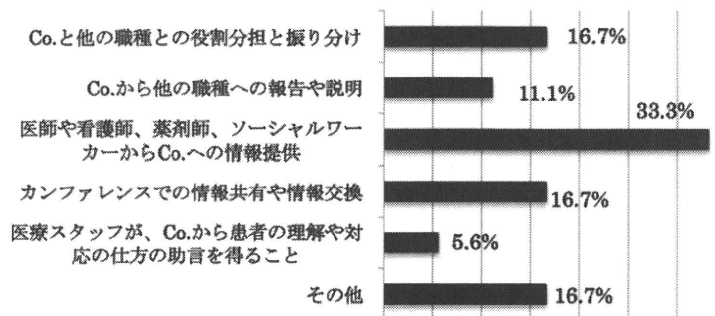
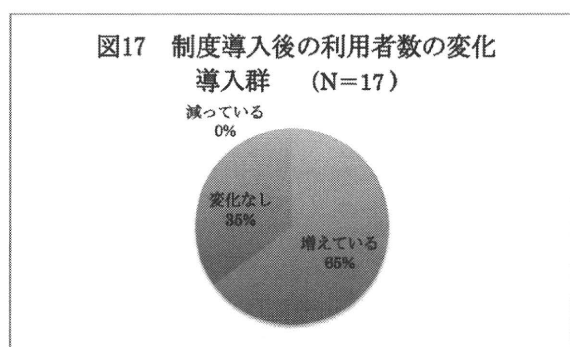


図16 医療チームの連携上の困難さ
導入群 N=18



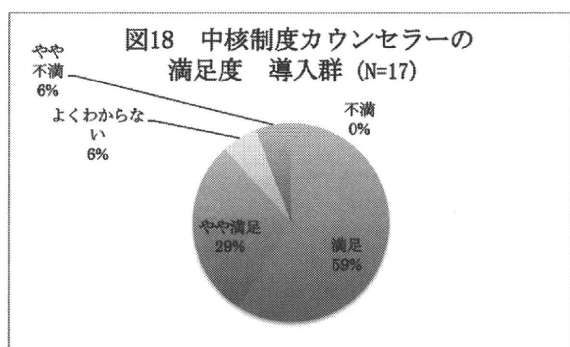
(15) 中核制度導入後のカウンセリング利用者数の変化 (図 17)

導入群に対して、制度導入後のカウンセリング利用者数の増減についてたずねたところ、「増えている」と答えた施設は 11 ヶ所 (65%)、「変化なし」と答えた施設は 6 ヶ所 (35%) であった。「減っている」施設はなかった。



(16) 中核制度カウンセラーの満足度 (図 18)

導入群に対して、中核制度カウンセラーについて実際に利用した上での全般的な満足度を聞いた。10 ヶ所 (59%) の機関が「満足」と答え、また「やや満足」は 5 ヶ所 (29%) であった。両方合わせて 15 ヶ所 (88%) に及んだ。一方、「不満」は 1 ヶ所もなく、「やや不満」が 1 ヶ所 (6%) であった。



(17) 中核制度カウンセラーの課題 (図 19)

導入群に対して、中核制度カウンセラーにつ

いて医療者が感じる専門的力(患者に対する支援およびチームに対する支援の力など)上の課題について聞いた。全体的にみると各項目でそれらをカウンセラーの課題と感じている機関の割合は低かった。最も多くの施設が課題として感じていたことは、「患者がカウンセリングの継続を望まない」5 ヶ所 (27.8%) であった。次いで、「その他」4 ヶ所 (22.2%)、「医療チームが患者に対してどのようにカウンセリングをすすめればよいかの説明や助言が足りない」2 ヶ所 (11.1%) であった。「その他」の自由記述では、「(カウンセラーが) 週 1 回の勤務なので、患者の来院予定と合わないことが多々ある。カンファレンスなどが開きにくい。」「週 1 回定期的に来ていただいているが、仕事の都合で来れない日がある。できれば、別の曜日に来ることができるカウンセラーをもう 1 人確保したいところだが、なかなかいい人を見つけるのが大変。」といったカウンセラー利用可能日の少なさに関する課題などがあげられた。

(17) 導入未考慮群の未導入の理由 (図 20)

導入未考慮群 (N=10) に未導入の理由(複数回答)を聞いた。最も多かった理由は「院内ですでに雇用されている一般カウンセラーで間に合っている。」5 ヶ所 (50%) であった。次いで、「現在の中核拠点病院相談事業の予算額では、カウンセラーの雇用確保が難しい。」4 ヶ所 (40%)、「現在のスタッフ体制で患者の心理・社会的支援が行えているので必要ない。」3 ヶ所 (30%) であった。また、「中核拠点病院相談事業の存在・手続き方法は知っているが、

図19 中核制度カウンセラーの課題
導入群 (N=18)

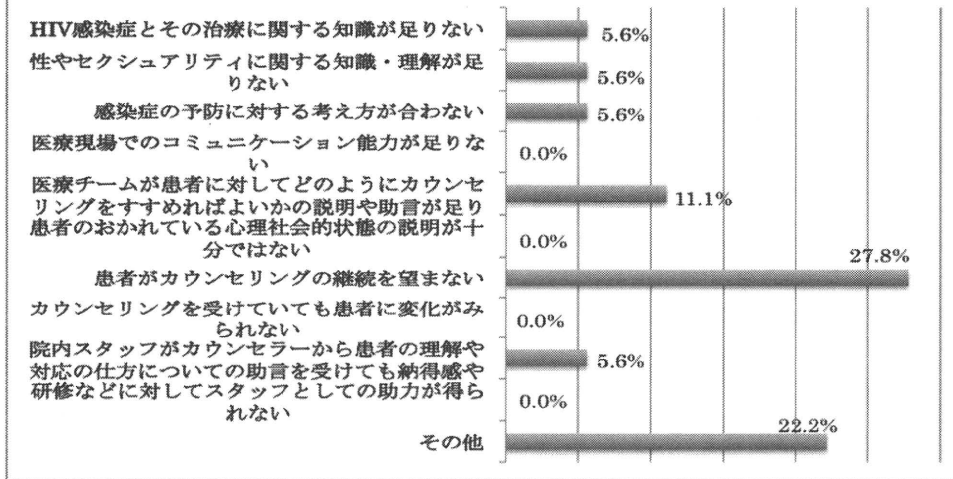


図20 未導入の理由 導入未考慮群 (N=10)

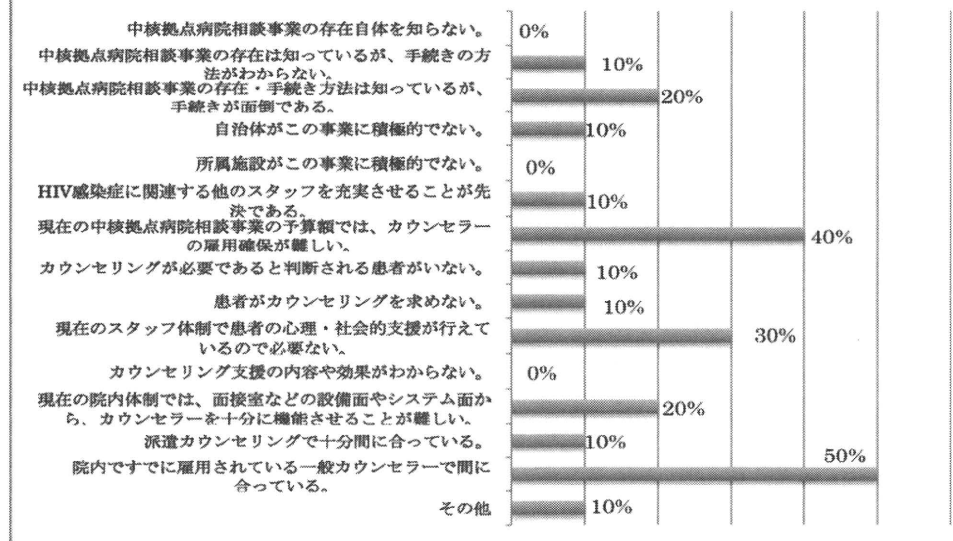
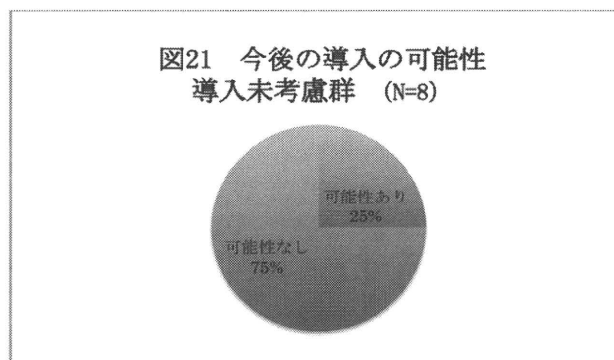


図21 今後の導入の可能性
導入未考慮群 (N=8)



手続きが面倒である。」、「カウンセラー人材が見当たらない。」、「現在の院内体制では、面接室などの設備面やシステム面から、カウンセラーを十分に機能させることが難しい。」が各項目2ヶ所(20%)の施設で理由にあげられていた。

(18) 導入未考慮群の今後の導入の可能性

(図 21)

導入未考慮群に今後の制度の導入可能性について聞いた。「可能性あり」と答えた施設は、2ヶ所(25%)、「可能性なし」と答えた施設は6ヶ所(75%)であった。なお、無回答の施設が2ヶ所あった。

(19) 中核制度に関する意見の自由記述

中核制度に関する回答者の意見を聞く自由記述欄には18ヶ所から意見が寄せられた。そのうち引用の許諾が得られた14ヶ所の15記述について、その内容に照らして分類し、報告する。なお、表現は原文のままである。

①制度の運用に関する課題と希望

- 事務手続きが複雑。カウンセラーが予定の回数来られなかった場合に、金を返却する必要があるようだが、手続きが面倒そう。金額に上限があるようですが、「週1回1人」ではあまり、「週に2回」では足らなくなるような金額ではなかったかな？
- エイズ財団の本事業がいつまで継続されるのか不安。事業終了で各中核拠点病院独自で継続となると経費として、十分なカウンセリング料がとれなければこの事

業で行っているものはすべて中止となるでしょう。一応、政策として、県派遣制度をスタートしていますが。

- 時間的制限があるため、十分にカウンセリングを受けてもらえない。費用が決まっているため、カウンセラーが1ヶ月とかいないことがあること。毎年支援があるのか不安である。
- 意見を十分にくみ取っていただき、年度初めよりカウンセラーが派遣できるようにしてもらいたい。
- 予算の使用範囲が極めて限定されている。使用しづらい。
- これだけでは食べていけない給与ではないでしょうか。それではむりです。
- 事業自体はカウンセラーの定期確保や研修などに活用でき、大変良いと思います。「安定的に」継続をお願いします。ただ、週1回程度の経費にとどまっており、絶対的に不足しています。年度末・年度始めの運用について、もう少し迅速／柔軟に使用できるとたすかります。

②制度が必要に合致した意義

- とても助かっております。県からの派遣カウンセラーの予算が削減され、患者さんは増えて、需要が高まっていた時なので、本当に良かったと思っています。しかし、本来は、中核拠点病院の支援は自治体の責務であり、この事業のおかげでうまく回ってしまったことが、逆に県の無責任さを助長してしまった感じがするのが残念です。

- XX 県では派遣カウンセラー制度がない（以前はあったらしい）ので、本事業は大変ありがたい。中核拠点病院以外でも利用できるようになれば（例えば治療協力病院や開業医で）さらによいと思う。

④制度導入に関する院内の課題

- 医療従事者として「中核拠点病院相談事業」は必要性があると判断し、病院に申し込んでいるが、当院事務サイドでストップがかかっており、事業導入ができないでいる。

⑤カウンセリングを医療に導入する上での課題

- 必要な事業であると考えるが、一般病院ではカウンセリング自体に理解が得られていない。HIV 患者数は多くなく、費用や医療資源を十分に活用できない状況にある。
- 今後の HIV/AIDS の新患の方には、「カウンセラーの方とまずお会いになって下さい」と伝える予定です。（過去数年間、既に通院中の患者さんは、「カウンセリングは特に希望しません」とのことでした。）
- 患者側にまだカウンセリングの効用が知られていないためニーズがひろえていない面があるのではないのでしょうか。

⑥カウンセリングの必要性を感じない。

- ①あまり必要性を感じません（他疾患と比較すると）それより「がん」「うつ病」「不妊症」など、相談事業がもっと必要

な分野があると思います。「透析」や「在宅酸素」などもずっと必要性は高いように思います。②もちろんエイズカウンセリング事業は今後も続けていく必要があると思います。その中で中核拠点を中心に進めるのは、もっとも効率的なやり方だと思います。

- 現在当院では60名ぐらいの患者数であり、必要性を感じていない。

考察

本アンケート調査は、中核制度の利用に焦点づけて行われたが、その前提となる中核拠点病院全体のカウンセリング体制の現状把握も行ったので、まず、その結果から考察し、続いて中核制度に関して考察する。

（1）各種カウンセリング制度・資源の導入・利用

本研究班が昨年度実施した中核拠点病院における「HIV 診療医に対するアンケート調査」では、回答した機関 38 ヶ所中 30 ヶ所（79%）が何らかのカウンセリング制度・資源を利用し、8 ヶ所（21%）がどの制度・資源もしていなかった。一方、本年度調査では、回答した機関 33 ヶ所中 31 ヶ所（94%）で何らかの制度・資源を利用し、2 ヶ所（6%）でどの制度・資源の利用もないとの結果であった。昨年度結果と比較すると、回答した機関に関しては制度・資源の導入・利用がない施設の割合は減ってきているのではないかと推察されたが本年度と昨年度では回答施設数に違いがあり、単純には比較

できないと思われる。各制度・資源別で見ると、昨年度は派遣制度利用機関 19 ヶ所、中核制度利用機関 13 ヶ所、院内一般カウンセラー利用機関 10 ヶ所であったが、本年度は、派遣制度 21 ヶ所、中核制度 18 ヶ所、院内一般カウンセラー 10 ヶ所という結果であり、派遣と中核制度の利用が増えていた。特に中核制度の利用の増加は比較的大きく、今年度に入ってこの制度の導入が活発化してきたことを伺わせる。

複数の制度を導入・利用している機関が 31 ヶ所中 16 ヶ所 (61.2%) に及んでおり、回答施設の過半数が複数制度を利用して院内カウンセリング体制を構築していることが明らかとなった。その組み合わせとして最も多いのが、中核／派遣 9 ヶ所であり、派遣／院内一般 4 ヶ所、中核／院内 2 ヶ所がそれに続いている。派遣制度は、1997 年に国の制度として創設されているが、上記の結果は派遣制度が中核拠点病院においても、一定定着していることを示している。特に患者規模の大きい大規模中核では、8 ヶ所で複数制度が利用されていることが明らかとなった。中核制度のカウンセラー利用可能日の日数では、制度予算の制約上大多数の機関で利用可能日は週一日程度と限られており、患者数の多い大規模中核においては、この制度単独ですべてのカウンセリング希望患者に対応することは困難であると思われる。以前からの派遣制度の利用に加えて、中核制度を導入することで、カウンセリング体制全体を強化して患者のカウンセリング希望に対応していると考えられる。また、派遣／院内一般カウンセラーとの複数利用も小規模中核および中規模中核で一定見られた。

このような複数の制度・資源の導入・利用によるカウンセリング体制の現状を踏まえ、この体制の今後の課題をここで検討したい。まず、第一に、各制度の一般的特徴（メリットとデメリットを含む）、たとえば、中核制度では、一日の駐在でその間であればいつでも対応可能、ただし利用日が限られる、派遣制度では利用可能日が比較的柔軟、しかし院内にいないため急な対応が困難、院内カウンセラーでは院内駐在であるために、急な対応や心理検査などが比較的可能、しかしカウンセラーの所属診療科が HIV 診療科と異なるために手続きが複雑な場合もあるなど、をさらに現実的かつ詳細に検討することが必要である。各制度の一般的特徴を認識した上で、中核拠点病院の診療体制の現状を分析し、各制度のさらに現実的なメリット・デメリットを詳細に明確化することが現在求められていると考える。第二に、その各制度のメリット・デメリットの分析の上に、これら三者を利用・導入した有効な連携モデルを明らかにする必要がある。このモデルは 3 つの制度をすべて導入・利用する唯一のモデルを意味するのではなく、各施設の個別の状況を考慮し、最も持続可能で、高機能を発揮する利用制度・資源の組み合わせを判断するためのモデルと言えるだろう。また、第三に、利用制度が複数に渡れば、各制度によって手続きが異なることや活動するカウンセラーの数が増えることなどにより、患者とカウンセラーをつなぐ医療者、具体的には看護師、医師、ソーシャルワーカーなどに制度運用のコーディネーター役としての負担が高まる恐れがある。これらの負担を軽減するためになんらかの方策を講じる必要が

あるだろう。実務面では各制度の運用方法の簡素化、簡略化などの促進、中期的には医療者のカウンセラー紹介のアセスメント力量向上への支援、カウンセラー自身の中核拠点病院に個別の環境に適応して医療チーム内で動ける連携・協働力量の向上などが挙げられるだろう。

一方単独利用は、中規模および小規模中核で顕著であり、中規模では派遣の利用が、また、小規模では中核の利用が最も多かった。両施設とも、診療患者数がまだそれほど多くなく、単独の制度での対応が可能であることがこの状況を生んでいると推察される。ただし、今後診療患者数が増えた場合などに、複数利用に転じる可能性も生じてくるだろう。今後の変化に対応するためにも、有効な連携モデルを明らかにする意義がある。

(2) 中核制度導入の全体的な傾向および課題

回答施設 33 ヶ所中、中核制度の導入群は 18 ヶ所 (54.5%)、導入考慮群は 5 ヶ所 (15.2%)、導入未考慮群は 10 ヶ所 (30.3%) であった。導入群と導入考慮群を合わせると約 7 割に及んでおり、回答者全体で、この制度の導入意識が広がっていることを示している。その一方で約 3 割が中核制度の導入を現在は考慮しておらず、また、今後の導入の可能性についても導入未考慮群 10 ヶ所中 6 ヶ所が「可能性はない」との結果となっていた。つまり、導入未考慮群の過半数が現在のところこの制度の導入を考えていないとはっきり意思表示している。しかし、この結果は導入未考慮群がカウンセリングそのものの利用を考慮していないことを意味するのではけっしてない。導入未考慮群の他制

度の導入・利用をみると、中核制度以外の制度・資源をすでに導入しているところがほとんどであり、制度・資源の利用のない機関は、一ヶ所のみであった。また、導入未考慮群の未導入の理由で最も多かった理由は「院内ですでに雇用されている一般カウンセラーで間に合っている」5 ヶ所 (50%) であり、現在のところ派遣制度や院内一般カウンセラーの導入・利用によってカウンセリング・ニーズに対応できているために、新たな中核制度導入の必要性を意識していないものと考えられる。

さらに、導入未考慮群について病院区分別で比較すると、大規模中核 10 ヶ所中導入未考慮群は 1 ヶ所 (10.0%)、中規模中核 10 ヶ所中導入未考慮群は 5 ヶ所 (50.0%)、小規模中核 13 ヶ所中導入未考慮群は 4 ヶ所 (30.7%) であった。つまり、診療患者数の多い大規模中核では、中核制度をすでに積極的に導入し、導入未考慮群は少なく、診療患者数がそれほど多くはない中規模および小規模中核では未導入考慮群が多い結果となっている。また、複数制度および単独制度利用の結果をみると、大規模中核 (10 ヶ所) : 複数制度利用 8 ヶ所、単独制度利用 1 ヶ所、利用なし 1 ヶ所、中規模中核 (10 ヶ所) : 複数制度利用 3 ヶ所、単独制度利用 7 ヶ所、小規模中核 (13 ヶ所) : 複数制度利用 5 ヶ所、単独制度利用 7 ヶ所、利用なし 1 ヶ所となっている。この結果は、大規模中核が中核制度も導入しつつ、大規模な患者数に対して複数制度で対応している現状を伺わせる一方、診療患者数がそれほど多くはない中規模および小規模中核では以前から利用していた派遣制度あるいは利用可能な院内一般カウンセラーの単独制度

利用で対応できており、そのために、中核制度の導入を積極的に考慮する必要性を感じていないことを伺わせる。

たしかに中核制度の導入は次第に進んでいることが上記結果からもわかる。しかし、今後の中核制度のあり方として、54ヶ所すべての中核拠点病院にこの制度の配置をめざす全配置モデルを推進すべきなのか、それとも上記の結果および考察から見て、この制度を必要とする施設には積極的に配置するが、各施設の状況に見合った各種制度・資源との連携・協働モデルを推進すべきなのだろうか。本アンケート調査の結果は、全54中核拠点病院の中でこのアンケートに回答した33ヶ所の結果であり、この結果の限界を認識すべきであるが、本アンケート調査の結果も参考にしつつ、この制度のあり方に関して一定の判断を検討すべき時期にきていると思われる。

中核制度は、中核拠点病院のカウンセリング機能の向上を目的に中核拠点病院のみを対象として創設され、病院や地方自治体の予算によらず全額国の予算によって、院内に駐在するカウンセラーを雇い入れる制度である。制度利用の機会は、すべての中核拠点病院に対して平等に提供されることは基本原則である。しかし、本アンケート調査の結果は、現状では中核制度によらず、派遣制度や院内一般カウンセラーの導入によりカウンセリング体制を整備できている施設があることを示している。その一方で、中核制度をすでに導入している施設では、多くがカウンセラーの利用可能日は週一回であり、その現状に7割が「不足である」と答えている。予算の配分は基本的には各施設に対して平等

であるべきだが、現在の導入群が抱える課題から発想すれば、診療患者規模やカウンセリング・ニーズに見合った中核制度の予算配分を考慮すべきではないだろうか。診療患者規模やカウンセリング・ニーズによる予算の重点配分も、全配置モデルとは異なる一つの方向性として考えられるのではないだろうか。

(3) 中核制度導入時の現状および課題

制度の導入に際し、実際にカウンセラーの人材を確保する際の困難さについてたずねたところ、導入群では、「容易」47%、「やや容易」20%であり、約7割が人材の確保にそれほど困難を感じていない結果となっている。この導入群では、人材確保の具体的方法として「既に知っていたカウンセラーに声をかけた」、「派遣カウンセラーを雇いあげ」、「院内にいたカウンセラーを雇いあげ」「知り合いのカウンセラーに相談」などをあげており、すでに築いている特定のカウンセラーとのネットワークや仕事を通じた関係が人材を探す際の具体的方法として機能していることがうかがわれる。HIV診療に関して比較的長い経験のある、あるいは他疾患での診療や病院全体の体制としてチーム医療やカウンセラーとの協働に経験のある医療者の場合には、上記のような人材確保の方法が可能であろう。しかし、それらの経験がない場合には、上記のような方法に頼ることは難しく、「病院での公募」や「都道府県の臨床心理士会に相談」などの公式的なルートを使った人材確保の方法を採用することになる。この点に関して導入考慮群が上記のようなネットワークではなく、公式ルートのみを人材確保の具体的方

法としてあげているのはこのような場合ではないかと推察される。今後このような場合には、確実な人材確保を保障するために、公式ルートと並行して、その地域のカウンセラーのネットワークと医療者をつなぐ役割が必要となるだろう。その中核拠点病院が位置するブロックのブロック拠点病院には多くの場合複数のカウンセラーがすでに活動しており、ブロック拠点病院の院内だけでなく、ブロック内の拠点病院への支援を行っている。そこで、ブロック拠点病院のカウンセラーにはこのような地域のカウンセラーのネットワークと医療者をつなぐ役割を期待したいと思う。

(3) 中核制度運用の現状および課題

設備の確保について、導入群では「面接室の確保」を始めとして、多くの項目で達成されている施設の割合は高かったが、達成割合が最も低かったのは、「カウンセラーのカルテ記入」55.6%であった。カルテ記入の目的は活動記録の保存はもちろんのこと専門職間の情報の共有にあると考えられる。現実的な対応として、「カルテ以外の Co 記録の保管・管理」が行われ、その達成施設割合は全体の82.4%となっており、上記の目的はこの現実的な対応で一定果たされていると考えられる。しかし、さらに各職種が包括的な患者理解を促進させ、それに基づく包括的支援視点を獲得するためには、患者支援にあたるすべての職種のカルテアクセスが望まれる。昨今多くの施設でカルテは電子カルテ化されており、カルテへのアクセスには、パスワードなどの入力が必要であり、カウンセラーに対するパスワードの配布が前提となる。

現行の中核制度によるカウンセラーの勤務(週一回程度)のあり方を非常勤職員に対する院内ルールに照らすと、パスワードの配布が難しい事態が生じているのかもしれない。しかし、カウンセリングは HIV 感染症の包括医療の一環であるとの院内の認識が高まれば、カルテ記入の必要性も院内に理解される可能性が出てくるだろう。今後の活動の継続と定着によって院内のカウンセリングに対する理解が高まることで「カウンセラーのカルテ記入」の達成が実現されるだろう。

また、達成するにあたって最も困難の経験が多かった項目は「Co の待機場所確保」であった。面接室を実施するための場所の確保は比較的容易であり、達成されているが、面接時間以外のカウンセラーの待機場所を確保することが難しい現状がある。派遣制度と異なり、中核制度は、面接の有無に関わらずカウンセラーがその活動日の一日を院内に駐在しているという特徴があり、そのために、その時間内であれば、急遽の面接にも対応できる即応性を持っている。しかし、そのことは、面接以外の時間にもカウンセラーが院内になんらかの形で駐在するつまり待機する場所を必要とすることを意味している。しかし、現在の一般的な HIV 診療機関の外来状況から想像するに、週一日程度活動するスタッフのために場所を専有しておくことはなかなか難しいのではないだろうか。別のスタッフとの駐在・待機場所の共有や元々多くのスタッフの共有スペースとなっている場所での駐在・待機などが現実的な選択肢だと考えられる。院内の物理的環境を短期間に変更することは難しいと言わざるを得ない。院

内の医療者には可能な限り条件のよい駐在・待機場所を探す努力を期待したいが、現状では、上記のような環境での勤務を柔軟に受け入れていく態度がカウンセラーの側にも求められていると考える。

導入群に対して、中核制度によるカウンセラーについて医療者が感じる専門的・力量上の課題について聞いたところ、患者に対する支援およびチームに対する支援の力量に関する各項目で課題と感じている施設の割合は低かった。また、全般的な満足度を聞いたところ、10ヶ所（59%）の機関が「満足」、また「やや満足」は5ヶ所（29%）であり、両方合わせて15ヶ所（88%）に及んだ結果となっている。中核制度によるカウンセラーの専門的・力量は医療者から一定評価されていると思われる。最も多くの施設が課題として感じていた項目は、「患者がカウンセリングの継続を望まない」5ヶ所（27.8%）であったが、この点に関しては、今年度本研究班の分担研究3において、HIV感染者自身を対象にカウンセリング利用の意識と経験についてアンケート調査を実施し、その結果を報告しているので、その中で考察したい。

上記のようにカウンセラー自身の専門的・力量に関して運用上の課題は多く見いだせなかった。しかし、自由記述欄でこの制度に関する意見を聞いたところ、7ヶ所の施設からこの制度の予算運用に関する課題の指摘があった。予算運用上の課題は本アンケート調査では質問項目として項目立てしていなかったが、自由記述欄において多くの指摘があったので、その内容を質的に整理するとともに考察を加えたい。

7ヶ所からの指摘は内容を整理分析すると

以下のように集約できる。第一に、一施設に対する予算の不足である。カウンセラーの活動日数に限りがあり、望んでいる十分な支援が提供できていない。また、この費用不足がカウンセラーの雇用を難しくしているとの指摘である。第二には、予算が迅速あるいは柔軟に運用できないために、年度末や年度初めのカウンセリング実施に支障をきたしていること、また、予算処理の経理手続きが煩雑であるとの指摘である。第三に、本制度が今後いつまで継続されるのか不安であるとの意見であり、今後もこの制度が安定的に継続されることを望むとの指摘である。

第一の指摘は、カウンセラーの利用可能日や利用可能日の評価に関する結果と重なる指摘であり、カウンセリングの需要があるところに予算の配分を重点的に行う必要性を示唆しているのではないだろうか。また、第二については、公的資金の運用に関して求められる公正性や説明責任の観点から予算運用の簡略化や柔軟化の限界は理解できるが、制度の運用上その制度が患者支援にうまく結びつかない事態は最も避けるべき事態であり、今後は予算の柔軟かつ安定的な運用のための打開策をいそぎ考察する必要があるだろう。また、第三に関しては中核制度の将来の方向性を見据えた率直な指摘であり、制度運用元や国に対してこの制度の安定的な存続を強く求めたい。

結論

中核拠点病院を対象に創設された中核拠点

病院カウンセリング制度に焦点付け、この制度の導入の現状および課題を把握するため、全国54ヶ所の中核拠点病院の診療医（各施設1名）を対象にアンケート調査を行った。回収率は61.1%である。全回答施設33ヶ所中31ヶ所ですでに何らかの制度・資源の利用があった。21ヶ所で派遣カウンセリング制度が、18ヶ所で中核拠点病院カウンセリング制度が、10ヶ所で院内に働くHIV感染症に特化していない一般カウンセラーが利用され、制度・資源の導入・利用がまったくない機関は2ヶ所のみであった。また、上記制度・資源を複数にわたって導入・利用している機関が多く、31ヶ所中16ヶ所（61.2%）に及んでいた。その内訳は、派遣／中核／院内一般の3種類の利用機関が1ヶ所、中核／派遣が10ヶ所、派遣／院内一般が4ヶ所、中核／院内一般が1ヶ所であった。中核制度の導入の有無をさらに詳細に聞くと、導入群18ヶ所（54.5%）、導入考慮群5ヶ所（15.2%）、導入未考慮群10ヶ所（30.3%）であった。この結果は導入未考慮群がカウンセリングそのものの利用を考慮していないことを意味するのではけっしてない。導入未考慮群の他制度の導入・利用をみると、中核制度以外の制度・資源をすでに導入しているところがほとんどであり、制度・資源の利用のない機関は、1ヶ所のみであった。現在のところ派遣制度や院内一般カウンセラーの導入・利用によってカウンセリング・ニーズに対応できているために、新たな中核制度導入の必要性を意識していないものと考察された。今後は各施設の個別の状況を考慮し、最も持続可能で、高機能を発揮する各種制度・資源の連携・協働モデルの明確化

が重要と思われる。また、その一方で、中核制度をすでに導入している施設では、多くがカウンセラーの利用可能日は週一回であり、その現状に7割が「不足である」と答えていた。診療患者規模やカウンセリング・ニーズによる予算の重点配分も今後考慮すべきではないかと思われた。

制度運用上の課題では、カウンセラー自身の専門力量やチーム医療での連携力量には大きな課題はなかったが、中核制度の予算運用に関して、支援の安定的な供給のために予算の拡充、予算執行の柔軟性の確保や煩雑さの軽減などの指摘が見られた。

健康危険情報

該当なし

知的所有権の出願・取得状況

該当なし

研究発表

学会発表

分担研究2 カウンセリングの具体的導入方法の明確化に関する研究

研究分担者：安尾利彦 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター

研究協力者：日笠聡 兵庫医科大学病院

高折晃史 京都大学医学部附属病院

清瀧裕子 京都大学医学部附属病院

下司有加 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター

古谷野淳子 新潟大学医歯学総合病院

岡本学 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター

高橋佳子 国際医療センター戸山病院エイズ治療研究開発センター/エイズ予防財団

関矢早苗 東京都立駒込病院

神谷昌枝 東京都福祉保健局健康安全室感染症対策課

佐々木祐子 札幌医科大学病院

石川雅子 千葉県健康福祉部健康増進課感染症対策室

仲倉高広 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター

森田眞子 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター

大谷ありさ 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター

藤本恵里 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター

倉谷昂志 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター/エイズ予防財団

宮本哲雄 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター/エイズ予防財団

奥田剛士 大阪府立大学人間社会学部/エイズ予防財団

研究要旨

【目的】中核拠点病院において行われるカウンセリング(以下 Co)機能の充実強化に資するため、HIV 医療におけるカウンセリングの具体的な導入方法と、導入後のカウンセラーと医療従事者の間の連携のあり方について明確化することを目的として本研究を実施した。【方法】第 23 回日本エイズ学会学術集会総会においてサテライトワークショップを実施し、各演者の発表内容および

フロアとのディスカッション記録を逐語録にし、これを質的に分析し、Co 導入やその後の連携にあたって医療者が行っている知恵や具体的工夫について抽出した。【結果】Co の導入やその後の連携を行う上で医療者が行っている、患者の心理状態のアセスメントのための工夫、物理的な調整の工夫、密な連携のための話し合いを行う上での工夫、Co に対して消極的な患者への具体的な関わり方の工夫などが明らかになった。【考察】Co の導入に対してそれらの工夫を行う前提には、カウンセラーとの仕事を重ね、工夫を行うに当たって伴う負担を上回るだけの患者支援におけるメリットを医療者が実感していることが推測された。中核拠点病院においてCo が導入される際には、これらの工夫を活用できるよう周知を行いつつ、Co を導入しようという動機づけが高まっていくように、ひとつひとつ連携する具体的なケースを経験し、その過程で、Co のメリットが理解されていくことが重要であり、そのプロセスをなんらかの形で側面的に支援していくことが求められると考えられた。

目的

中核拠点病院において行われるカウンセリング(以下 Co)機能の充実強化に資するため、HIV 医療におけるカウンセリングの具体的な導入方法と、導入後のカウンセラーと医療従事者の間の連携のあり方について明確化することを目的として本研究を実施した。

方法

上記の目的のもとプログラム構成を行った、第 23 回日本エイズ学会学術集会総会サテライトワークショップ「HIV 包括医療においてもっとうまくカウンセリングを活用するために 2-カウンセリングを使いたいけどよくわからない、つなげたいけどつながらない・・・知恵と工夫を共有しよう」における、各演者の発表内容およびフロアとのディスカッション記録を逐語録にし、これをデータとして質的に分析し、そのデータから Co 導入やその後の連携にあたって医療者が行っている知恵や具体的工夫について抽出した。

結果

(1) カウンセリングの必要性を判断するための知恵と工夫

① 看護師などの医療者が患者面談時に気をつけるポイント

- 全員に Co を利用できることを伝える。
- 体の状態、コミュニケーション機能、精神状態、睡眠、食行動、対人関係、外観、性行動などに問題がないかを確認する。
- サポート者・告知者がいるかどうかを確認する。

- 精神疾患の既往歴があるかどうかを確認する。
- 告知を受けた時期がいつかを確認する。
- 生活史中の問題があるかどうかを確認する。
- 疾患に対する認識からの不安があるには、まずは医療者が詳しく説明を行い、不安の変化を観察する。
- 面接時の印象：何らかの違和感、過剰に適応している様子がないかを確認する。
- Co とは何かについて患者の理解を促進する工夫（口頭によるガイダンス、パンフレットの活用）をし、誤解がある場合にはそれを解く

② メンタルヘルススクリーニング検査を活用した判断

- 上記面談によるアセスメントに加え、メンタルヘルススクリーニング検査を導入し、客観的なデータによる判断を行う。
- スクリーニング検査の結果を臨床心理士等が直接患者にフィードバックし、専門家によるアセスメントを行う機会、患者と臨床心理士とが顔合わせをする機会を設ける。
- 患者自身が気づいていない心の状態に気づききっかけと考える。
- スクリーニング検査の結果、メンタルヘルスに何らかの不調があると判断される患者にだけ臨床心理士が会うのではなく、メンタルヘルスのいい状態を保っている患者にも臨床心理士が会い、いい状態を保っている理由を共に確認して患者にフィードバックする機会を持つことも、患者支援として役立つ可能性がある。