

に対して、郵送にて配布・回収した。

③ 中核拠点病院のカウンセリング未利用医療者群に対する聞き取り調査

派遣カウンセリング制度が実施されていない県にあり、また中核拠点病院カウンセラー制度も導入されていない関東甲信越ブロックの2病院の医師あるいは看護師に対して聞き取り調査を行った。

【平成 21 年度】

平成 21 年度には前年度の研究結果を踏まえ、以下の調査を実施した。

① 中核拠点病院の HIV 診療医に対するアンケート調査

平成 20 年度の調査結果を踏まえ、当該年度は中核制度に焦点づけ、「制度立ち上げおよび初期利用上の課題」、「人材確保上の課題」「制度運用上の課題」、「物理的環境上の課題」などに焦点づけてたずねる無記名自記式アンケート調査票を新たに研究班において作成した。そのアンケート調査票を全国 47 都道府県 54 ヶ所の中核拠点病院において HIV 診療を担当している医師（各病院診療責任者 1 名：「拠点病院診療案内 2008-2009 年度版」から氏名を抽出した）に対して、郵送にて配布し、回答後本人より研究班に直接郵送してもらった。

（2）分析方法

アンケート調査では、単純集計およびクロス集計による数値と比率の比較を行った。また、聞き取り調査では聞き取り内容に対する質的分析を行った。

（3）倫理的配慮

調査結果の公表が個人の特定に結びつき、調査協力者に何らかの不利益を生じさせないよう、無記名自記式アンケート票を用いる、また、回答データはまとめて統計的に処理するなど、データ収集および分析の過程で、倫理的な配慮を行った。なお、各々の調査は、大阪府立大学人間社会学部研究倫理委員会の審査を受け、その承認を得て行われた。

結果

【平成 20 年度】

本報告書では、平成 20 年度に実施した 3 つの調査のうち②中核拠点病院の HIV 診療医に対するアンケート調査に焦点づけて結果を報告する。なお、調査期間は、平成 20 年 12 月 15 日～平成 21 年 1 月 31 日である。

（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 通配布し、38 通を回収した。最終的な回収率は 70.3%であった。

（2）回答者の医療機関の基本属性

回答者の平均年齢は 48.9 歳であり、医師としての経験年数の平均も 23.5 年と長かった。これは、アンケートの対象者を各病院における診療責任者としたためと思われる。また、HIV 診療における経験年数も平均 12.4 年と比較的長かった。HIV 感染者・AIDS 患者の診療経験数では、50 人未満が 47.0%と最も多く、次いで、50-99 人および 100-149 人が各々 18.0%であったが、200 人以上も 16.0%に及んだ。

このことより、回答した中核拠点病院の間では、HIV感染者・AIDS患者の診療経験数によって、大規模患者数病院、中規模患者数病院、小規模患者数病院という特徴があり、小規模患者数病院が全体の半数を占めていることがわかった。

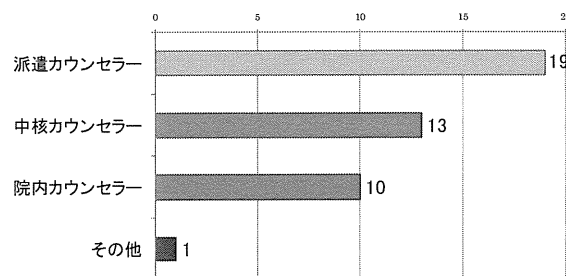
(3) カウンセリングの利用経験

HIV診療における各種カウンセリング制度・資源の利用状況をたずねたところ全回答施設38ヶ所中30ヶ所(79%)ですでに何らかの制度・資源の利用があった。また、8カ所(21%)では利用はまだ行われていなかった。以降、カウンセリング利用群への質問に関する結果を述べる。

(4) 利用しているカウンセラーの種類(図1)

利用しているカウンセラーの種類(複数回答)では、派遣カウンセラーが19ヶ所と最も多く、次いで中核カウンセラーが13ヶ所であった。また、院内のHIVのみを専門としない一般カウンセラーを利用している病院も10ヶ所に及んでいた。なお、全国でこの中核カウンセラー制度をすでに利用している中核拠点病院は20ヶ所(平成21年1月現在・エイズ予防財団調べ)であり、中核拠点病院全体の37.0%にあたる。利用群30ヶ所の中で、12ヶ所は複数のタイプのカウンセラーを同時に利用していた。

派遣、中核、院内の3種類のカウンセラーを同時に利用している病院が1ヶ所あった。また、派遣と中核を利用している病院が6ヶ所、派遣と院内を利用している病院が4ヶ所であった。



※複数回答(N=30)

図1 利用しているカウンセラーの種類

制度・資源の組み合わせ	機関数 (N=12)
中核/派遣/院内	1
中核/派遣	6
中核/院内	1
派遣/院内	4

表1 複数利用の制度・資源の組み合わせ

(5) 各カウンセラー利用上の課題(図2)

利用群に各カウンセラーを利用する上で課題となっていることを尋ねた。その結果、派遣カウンセラーと中核カウンセラーの課題は比較的類似した傾向があり、両カウンセラーともに最も多くの回答者が課題としてあげた点は、「患者とカウンセラーの日程調整が難しい」であった。

派遣カウンセラー利用群(N=19)のうち12名(63.0%)が、中核カウンセラー利用群(N=13)のうち8名(61.0%)がこの点を課題としてあげていた。次いで多かった点は、派遣カウンセラー利用群では「面接室の確保が難しい」6名(35.0%)であったが、中核カウンセラー利用群においても4名(30.0%)

がこの点を課題としてあげていた。また、中核カウンセラー利用群では「スタッフとの情報共有の時間がとりにくい」を課題としてあげた者が5名(38.0%)に及んでいた。一方、

院内カウンセラーでは、上記の諸点は、課題として認識されていなかったが、院内にもかかわらず、「派遣の手続きがむずかしい」という点が課題としてあげられた。

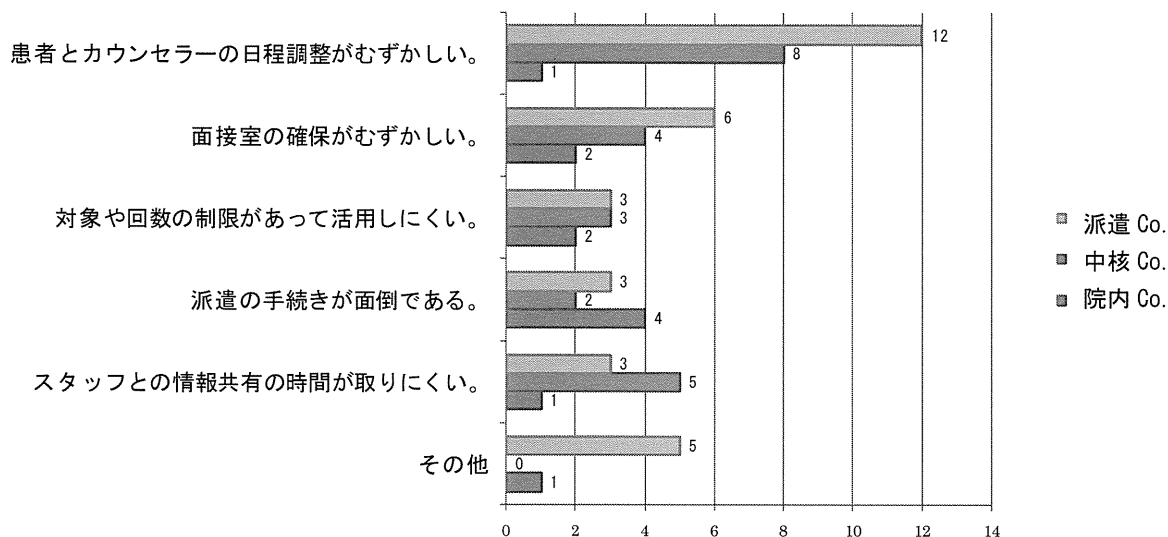


図2 各カウンセラー利用上の課題 (N=30) ※複数回答

(6) 利用の効果認知の有無

利用群の全回答者 (N=30) に対して、カウンセラーの種類は問わず、カウンセリングは「役に立ったか」と尋ねたところ、90.0%が「役に立った」と答え、「役に立たなかった」と答えた回答者はいなかった。しかし、「わからない」と答えた回答者が10.0%いた。

(7) 利用の効果認知の内容 (図3)

利用群の全回答者 (N=30) に対して「役に立った」事柄について尋ねた (複数回答)。最も効果を認知した事柄は「患者の気持ちが安定した。」であり、22名 (73.0%) の回答者がこの事柄を効果として認知していた。また、「院内スタッフにとって患者の心理社会的状

態への理解が深まった。」がそれに続き、16名 (53.0%) がこの効果を認知していた。さらに、「患者の人間関係上の課題が整理されたり、一定の解決に至った。」が15名 (50.0%) であった。「生活上の具体的問題が解決した。」 (9名) 「受診、服薬アドヒアランスが安定した。」 (9名) といった事柄への効果認知は共に30%程度であった。

このことより、利用群では、カウンセラー利用の効果として、患者に対する支援効果 (気持ちの安定や人間関係上の問題の一定の解決) とスタッフに対する支援効果 (患者理解の促進) の両方が認知されていると考えられた。

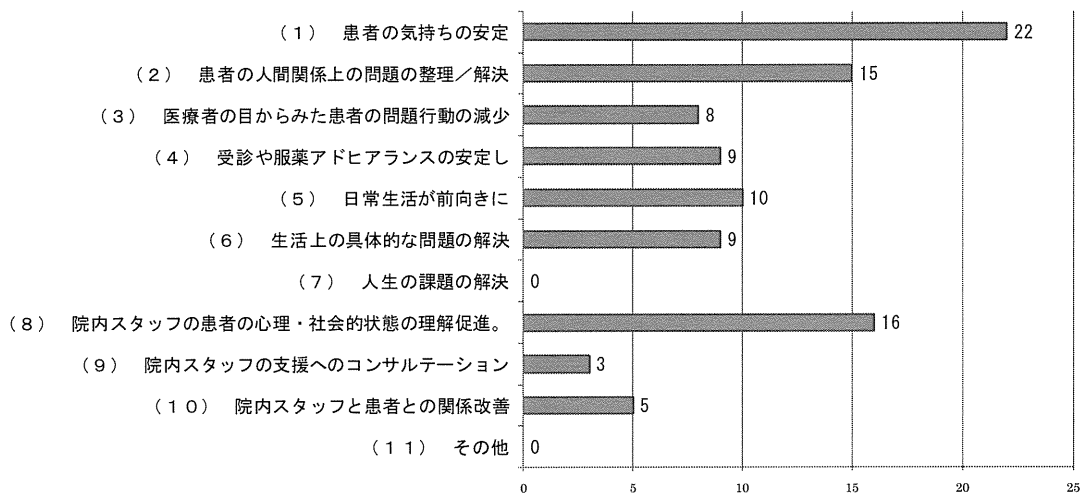


図3 利用の効果認知の内容 (N=30)

※複数回答

(8) 利用上の課題 (図4)

利用群に対して、カウンセリングを利用する上で課題となっていることを尋ねた(複数回答)。最も多くの回答者が課題としてあげた点は、「患者がカウンセラーを求めない」であり、16名(53.0%)であった。次いで多かった項目は「カウンセラーの支援効果が不明瞭」「カウンセラーが必要な患者かどうか判断がつきにくい」であり、各々6名(20.0%)であった。その一方で、「カウンセラーの支援内

容が不明瞭」、「カウンセラーの勧め方が分からない」、「カウンセラーとの具体的連携がわからない」といった点をあげた者は、各々の項目で10%程度にとどまった。また、「院内の管理職からカウンセラーの利用について理解や協力が得られない」、「院内の事務職からカウンセラー雇用のための理解や協力が得にくい」を課題としてあげた者も、各々の項目で7%程度にとどまった。利用群においては、

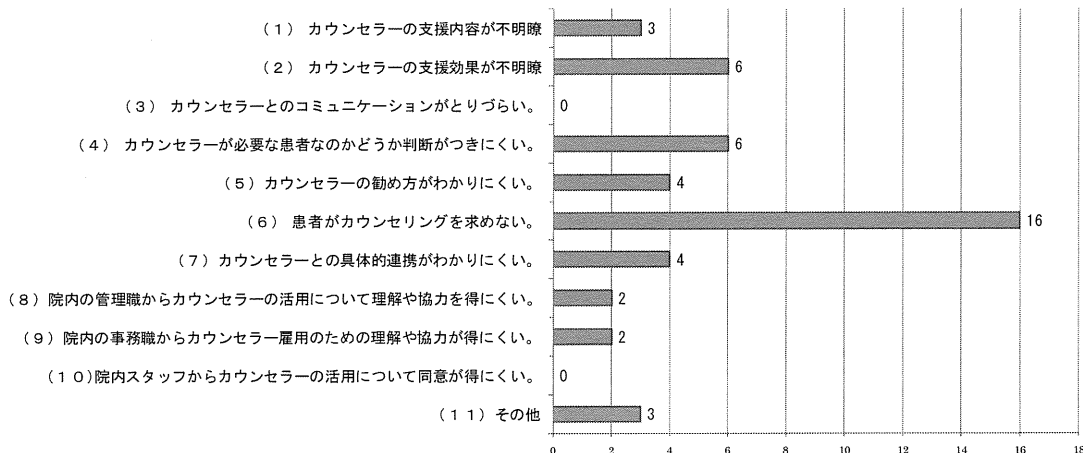


図4 利用上の課題 (N=30)

※複数回答

カウンセラーとの連携や協働に関して、またカウンセラー利用のための院内バックアップ体制に関しては、それほど強く課題を感じていない結果となった。

(9) 未利用群における未利用の理由

(図5)

未利用群 (N=8) に対して、カウンセリングを包括ケアに利用していない理由を尋ねた。最も多かった項目の一つは、「患者がカウンセリングを求めない」であり、3名がこの点を理由としてあげた。また、「カウンセリング制

度に関して具体的な情報がない」、「カウンセリング制度の手続きが煩雑だ」、「カウンセラーの適当な人材が見つからない」という点を理由とした者は各々の項目で、3名であった。次いで、「カウンセラーの支援内容が不明瞭」、「カウンセラーの支援効果が不明瞭」という点を理由とした者が、各々の項目で2名であった。未利用群に対する質問は以上である。再び以下に全回答者へ質問の結果を示す。

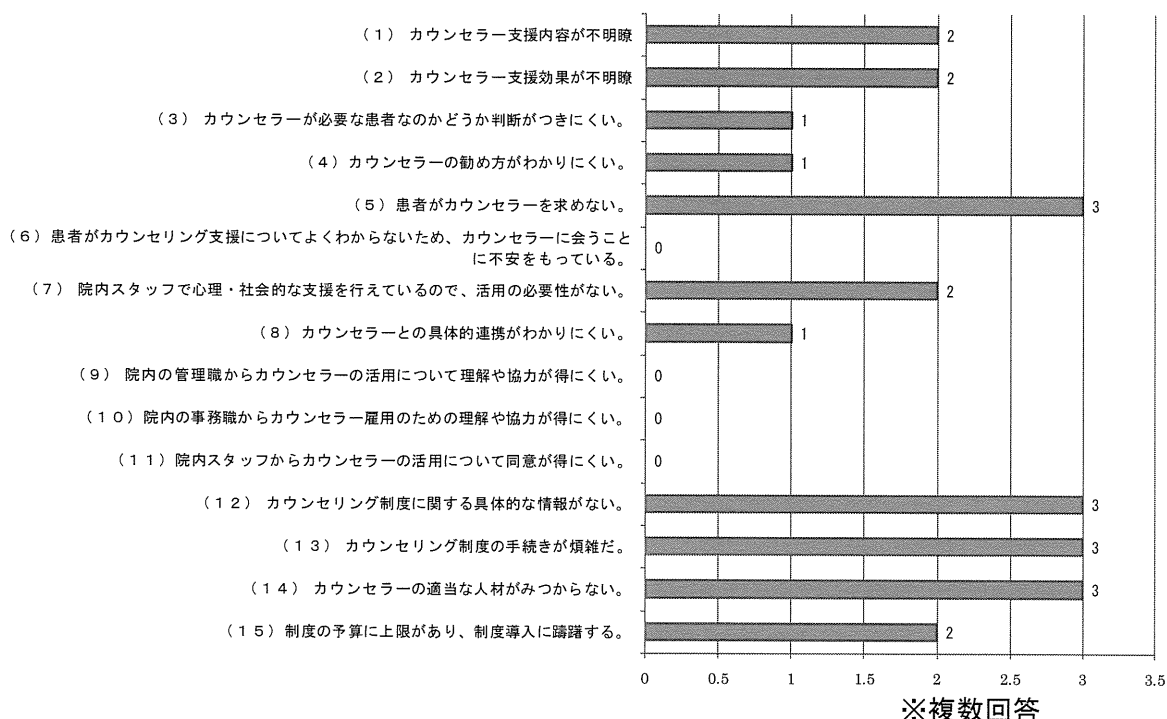


図5 未利用群における未利用の理由 (N=8)

(11) カウンセラーの支援が必要だと思うテーマ(図6)

全回答者に対して、HIV感染者が持つ心理社会的悩みの中でカウンセラーの支援が必要だと思うテーマについて尋ねた。「経済的な悩み」10名(26.0%)を除くすべてのテーマに

ついて、全回答者の5割以上が必要を認識していたが、特にその中でも、最も多くの回答者が必要を感じていたテーマは、「告知直後の動揺・ショック」31名(82.0%)、「パートナー・配偶者への病名告知」31名(82%)、「家族への病名告知」31名(82.0%)、

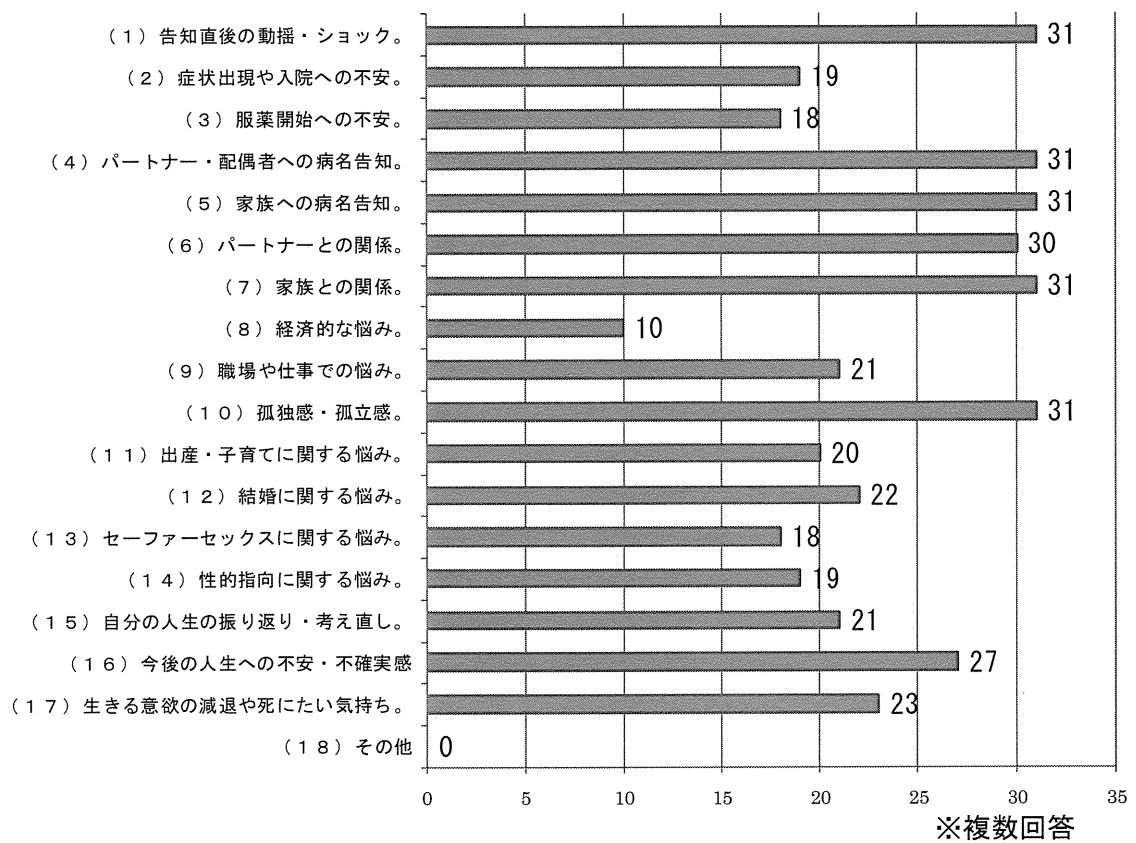


図6 カウンセラーの支援が必要だと思うテーマ (N=30)

「家族との関係」31名 (82.0%)、「孤独感・孤立感」31名 (82.0%)、であり、「パートナーとの関係」30名 (80.0%)、「今後の人生への不安・不確実感」27名 (71.0%)と続いた。

HIV 医療の進展により、HIV 感染症は慢性疾患の特徴を強め、反対に致死性疾患の特徴は弱められつつあるものの、一般的には社会的な差別・偏見が解決されているとは言い難く、いまだ病名の告知に伴う患者の動揺やショックの強さが存在するとの認識が医師の中にあり、その動揺やショックへの支援として、カウンセリングの必要性が認識されているものと思われる。また、「パートナー・配偶者への病名告知」、「家族への病名告知」、「家族との関係」、「パートナーとの関係」といったテ

ーマにおいて、多くの回答者が必要であると答えており、患者の人間関係上のテーマ全般に関してカウンセリングの必要性を認識していると考えられた。さらに、「孤独感・孤立感」や「今後の人生への不安・不確実感」も多くの回答者が必要と答えていたテーマである。上述したように、HIV 感染症は慢性疾患の特徴を強めているが、長期間治療を続けながら生活する・生き続けること、それも周囲の人に病気のことを伝えず生活することを選ぶ人もおり、そのような状況で生じる慢性疾患を抱えながら生きる際の悩みに対して、回答者はカウンセリングの必要性を認識していると思われる。

【平成 21 年度】

平成 21 年度に実施した①中核拠点病院の HIV 診療医に対するアンケート調査の結果を報告する。なお、調査期間は、平成 22 年 2 月 1 日から 3 月 10 日までである。

(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 7、表 2、表 3）

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（94%）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7 利用しているカウンセラーの種類
(N=33 複数回答)

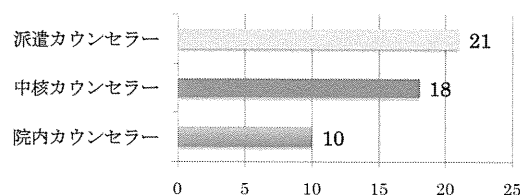


表 2 複数利用の制度・資源の組み合わせ

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3 病院種別の制度・資源の導入・利用状況

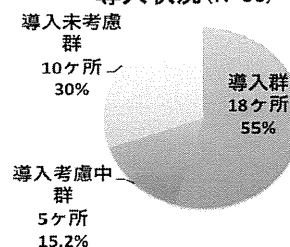
	制度・資源の 組み合わせ	大規模	中規模	小規模
		中核 (N=10)	中核 (N=10)	中核 (N=13)
複数	派遣／中核／院	1	0	0
導入	内一般			
	中核／派遣	6	0	3
	中核／院内一般	1	1	0
	派遣／院内一般	0	2	2
	(小計)	(8)	(3)	(5)
単独	中核のみ	0	2	4
	派遣のみ	1	4	0
	院内一般のみ	0	1	3
(小計)	(1)	(7)	(7)	
導入	利用なし	1	0	1
なし	(小計)	(1)	(0)	(1)
	合計	10	10	13

(4) 中核拠点病院カウンセリング制度の導入状況 (図8)

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。

図8 中核カウンセリング制度の導入状況(N=33)



(5) 中核制度導入の理由 (図9)

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)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

図9 導入の理由（複数回答）

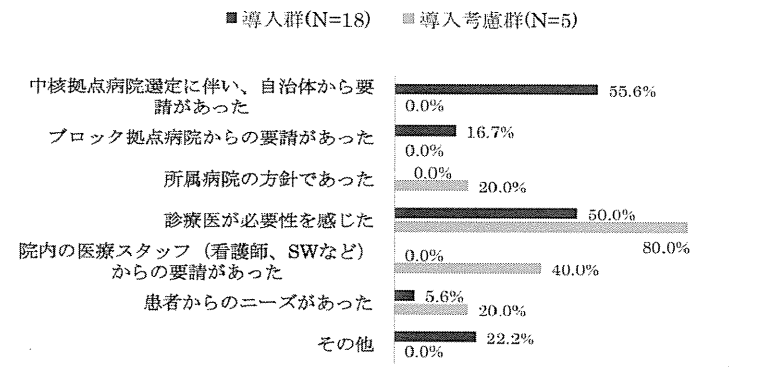
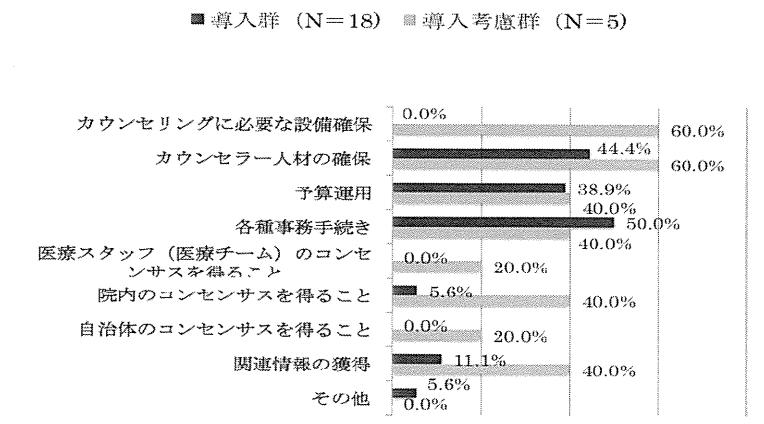


図10 制度導入上の困難（複数回答）



（6）中核制度導入上の困難さ（図10）

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心」5.6%や「医療スタッフのコンセンサスを得心」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心」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 11、図 12)

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。

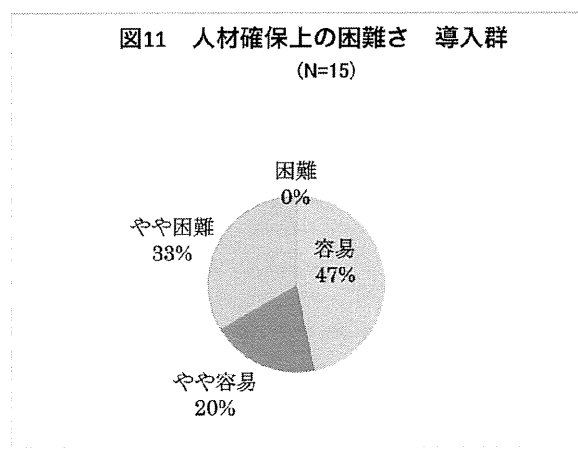
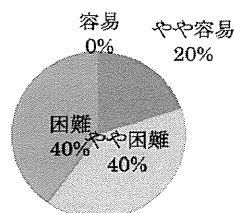


図12 人材確保上の困難さ 導入考慮群 (N=5)

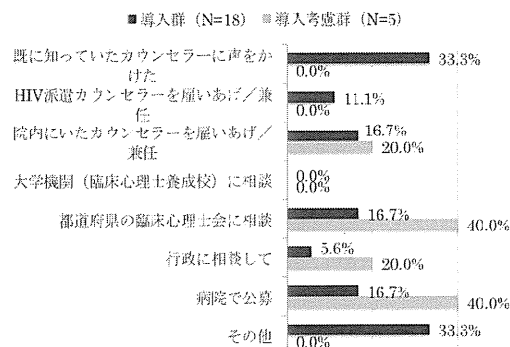


(9) 人材確保の具体的方法 (図 13)

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、「既知に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。

図13 人材確保の具体的方法 (複数回答)



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ヶ所で最も多く、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 14、図 15)

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。

図14 カウンセラー利用可能日の設定
導入群 (N=18)

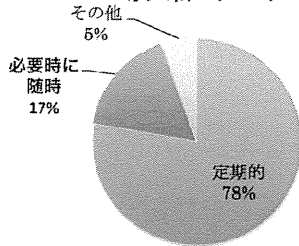
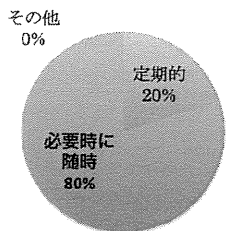


図15 カウンセラー利用可能日の設定
導入考慮群 (N=5)

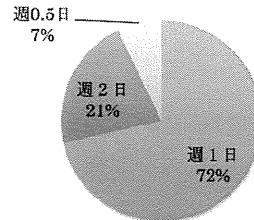


(11) カウンセラー利用可能日の日数 (図16)

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。

図16 カウンセラー利用可能日の日数
導入群のうち、定期的設定群 (N=14)



(12) カウンセラー利用可能日の評価 (図17、図18)

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。

図17 カウンセラー利用可能日の評価
導入群 (N=17)

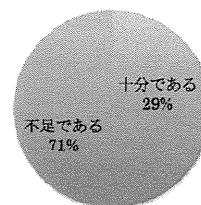
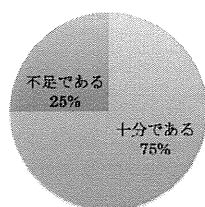


図18 カウンセラー利用可能日の
評価 導入考慮群 (N=4)



(13) 設備確保の達成および困難さ (図 19、
図 20)

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 21)

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割以下で比較的少なかった。

図19 設備確保の達成および困難さ
導入群 (N=18)

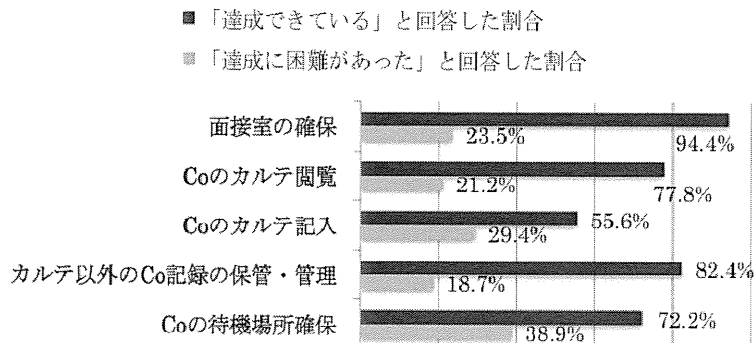


図20 設備確保の達成および困難さ
導入考慮群 (N=5)

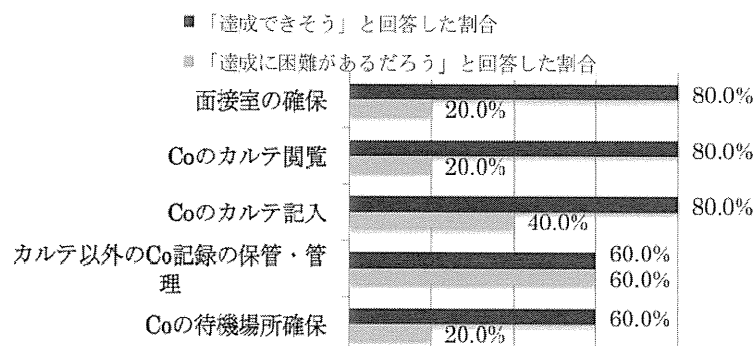
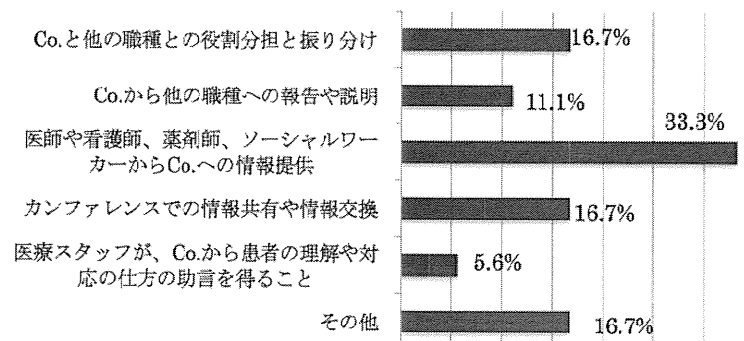


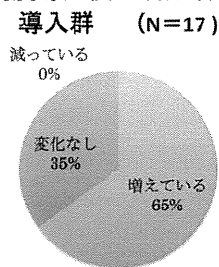
図21 医療チームの連携上の困難さ
導入群 N=18



(15) 中核制度導入後のカウンセリング利用者数の変化 (図 22)

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。

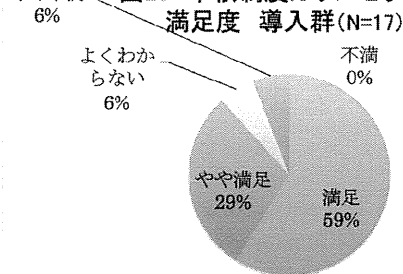
図22 制度導入後の利用者数の変化



(16) 中核制度カウンセラーの満足度 (図 23)

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。

図23 中核制度カウンセラーの満足度 導入群(N=17)



(17) 中核制度カウンセラーの課題 (図 24)

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量 (患者に対する

支援およびチームに対する支援の力量など) 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。カンファラ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 25)

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。」3 ヶ所 (30%) であった。また、「存在・手続き方法は知っているが、手続きが面倒である。」「カウンセラー人材が見当たらない。」「面接室などの設備面に課題がある。」が各項目 2 ヶ所 (20%) の施設で理由にあげられていた。

図24 中核制度カウンセラーの課題
導入群 (N=18)

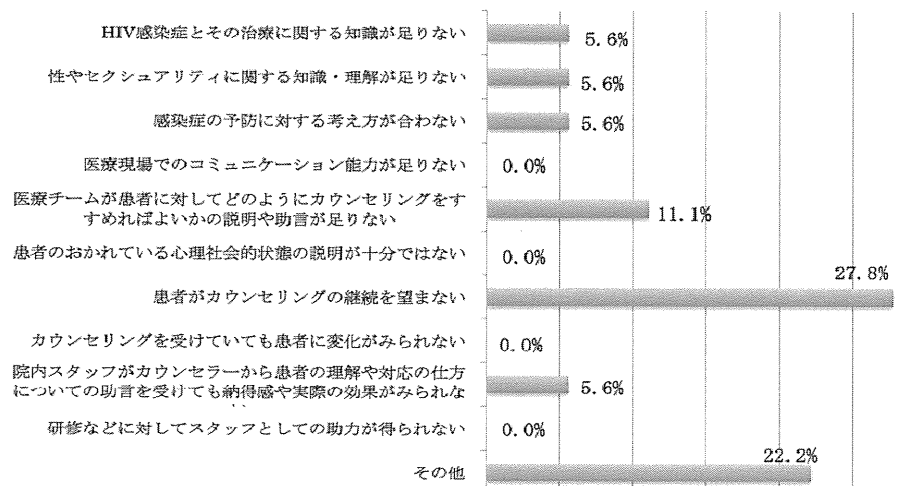


図25 未導入の理由
導入未考慮群 (N=10)

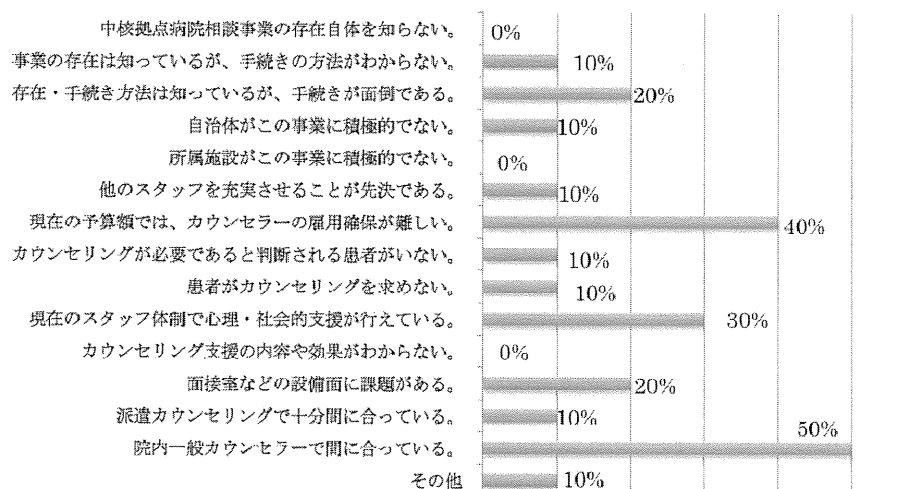
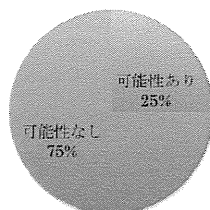


図26 今後の導入の可能性
導入未考慮群 (N=8)



(18) 導入未考慮群の今後の導入の可能性

(図 26)

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

平成 20 年度および平成 21 年度の結果を総合的に考察し、中核拠点病院におけるカウンセリング実施体制の課題を明確化するとともにその課題に対する解決の方策を検討する。

(1) 各種カウンセリング制度・資源の導入・利用の現状および課題

【カウンセリング導入・利用の拡大傾向】

平成 20 年度「中核拠点病院の 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、平成 21 年度「中核拠点病院の HIV 診療医に対するアンケート調査」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。この両年度を比較すると、回答した機関では制度・資源の導入・利用がない施設の割合は減ってきていると推察される。各制度・資源別で見ると、平成 20 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、平成 21 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、平成 21 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。

【制度・資源の複数利用体制】

複数の制度を導入・利用している機関が平成20年度では、33ヶ所中12ヶ所(36.7%)であったが、平成21年度には31ヶ所中16ヶ所(51.6%)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一般拠点病院のみならず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。平成21年度調査において、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。

【複数利用体制モデルの必要性】

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、週一日の駐在でその一日の間であればいつでも対応が可能であるが、利用曜日が限られること、派遣制度では利用可能日が比較的柔軟に決められるが、カウンセラーが院内にいないため急な対応が困難であること、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であるが、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ことなどの点があるが、病院によっても各制度のカウンセラーの条件は異なり、さらに現実的かつ詳細に各制度の特徴を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、各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増える恐れがある。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。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の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。

平成 21 年度の調査では、特に中核制度の利用に焦点付け、調査を行った。そこで、以下では、中核制度に関する考察を述べる。

(2) 中核制度導入の全体的な傾向および課題 【中核制度導入の増加傾向】

平成 21 年度の調査では、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。

【未導入群での派遣・院内カウンセラー利用による体制の構築】

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」と回答している。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のである。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ているため、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と思われる。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。

【全配置モデルか重点強化モデルか】

たしかに中核制度の導入は次第に進んでいることが本研究結果からも明らかである。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を踏まえて、この制度を必要とする施設には積極的に配置するが、各施設の状態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。本調査の結果は、全54中核拠点病院の内で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ろう。しかし、本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考える。

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

の機会が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的原則である。しかし、本調査の結果は、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を含む、重点強化モデルを全配置モデルとは異なる一つの方向性として考慮すべきな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

【人材確保上の課題】

平成21年度の調査では、中核制度の導入に関して、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、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。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