

向」に影響していく。

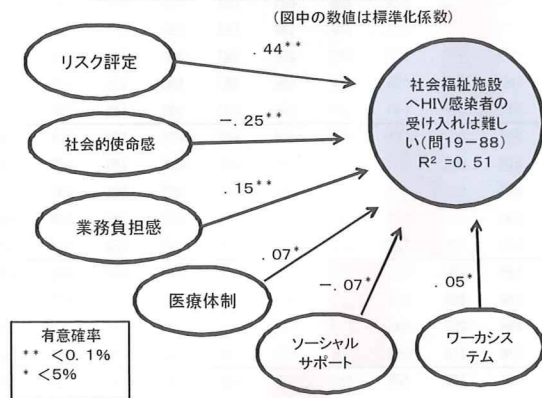
また、「HIV 知識」が従事者の自己効力感や社会的意義感に関係する「社会的使命感」を増強し、「受入拒否意向」を軽減する影響として作用する。

一方、外部の専門家の指導助言、福祉職員向けの研修推進、先進施設からの情報提供が必要とする「ソーシャルサポート」の要請は、「医療体制」と「リスク評価」の2経路に分かれ、医師や看護師の常駐化などを要請する「医療体制」を増強して、「業務負担感」を経由して HIV 感染者の「受入拒否意向」を強めると同時に、施設内の院内感染不安や他利用者の家族からの反対への対応、支援

者側の離職リスク等に関する支援上の不安を構成概念とする「リスク評価」の対応不安感を増強させ、「受入拒否意向」を強める。

以上のように福祉施設従事者は、HIV 感染者を受入るにあたって、組織の「社会的使命感」を起点としながら「ソーシャルサポート」や「医療体制」の要請を行い、職場での「業務負担感」や「リスク評価」場面での意識の増減を行いながら HIV 感染者の受入について意思決定していく経路が確認された。これにより、福祉施設における HIV 感染者の受入を促進するための課題と対策を検討する見通しが立った。

図-19 「福祉施設へのHIV感染者の受け入れ拒否(問19-88)」を従属変数にした重回帰分析結果



重回帰分析 ステップワイズ(一括投入)結果 N=1102

図-20 共分散構造分析結果

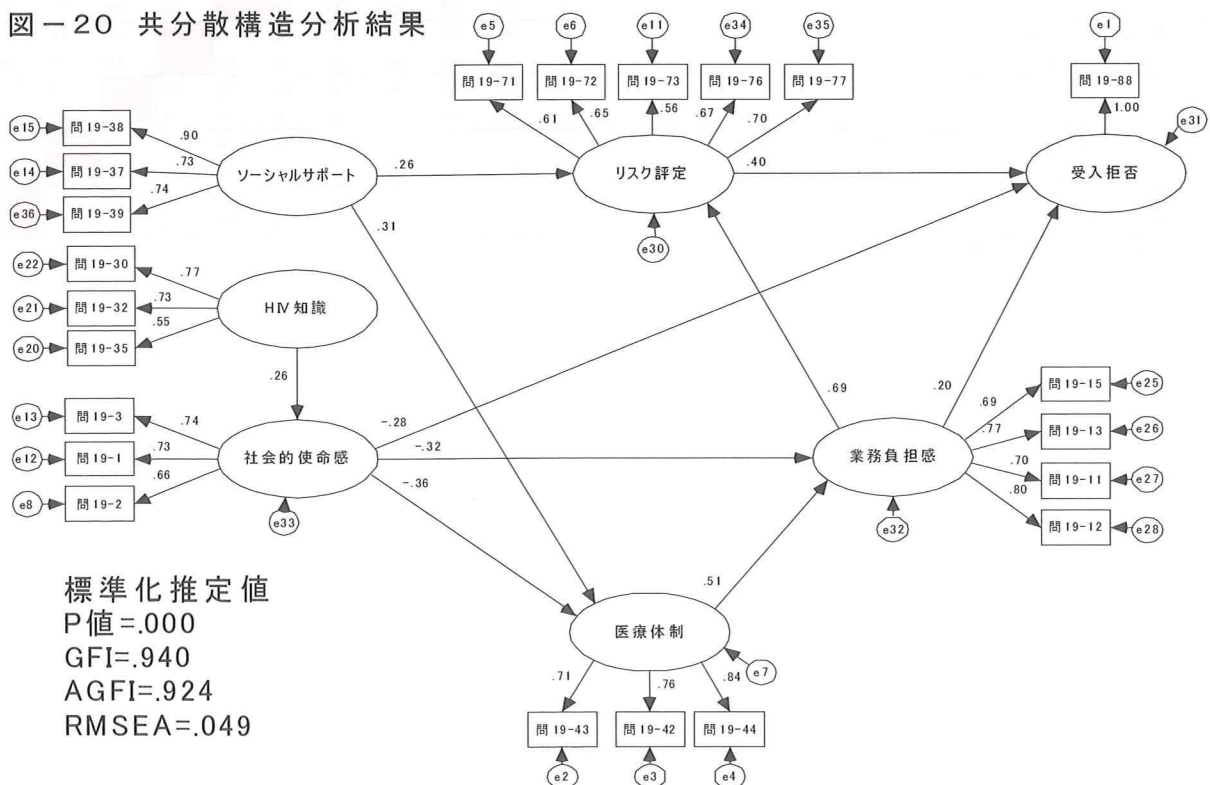


表-7 因子分析結果

No	項目	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6	因子7	因子8	因子9	因子10	因子11	
		リスク評定	業務負担感	HIV知識	社会的脆弱感	ソーシャルサポート	医療体制	ワークス テム	感染確認	精神的サ ポート	医療スタッ フへの信頼 感	血液感染不 安	共通性
問1977	HIV感染者を受け入れた場合、職員から転職や離職の申し出が出て、雇用の定着率が悪化するの心配	0.746	0.125	0.050	-0.014	-0.021	0.024	0.008	-0.058	-0.016	0.021	-0.105	0.570
問1980	HIV感染者を受け入れた場合は、職員間に意見の対立などの不協和音を生みそうで心配	0.708	0.039	0.033	-0.025	-0.069	0.013	-0.183	-0.045	0.059	0.072	-0.094	0.517
問1985	施設内で、HIV感染が発生した場合に備える保険費用など、経費負担が増大することが心配	0.657	0.138	-0.028	0.057	0.038	-0.055	0.080	-0.044	-0.020	-0.015	-0.116	0.418
問1986	HIV感染者の受け入れに応じて、職員の賃金アップや雇入れ費用が増大し経営を圧迫しないか心配	0.640	0.140	0.062	0.105	-0.044	0.032	0.085	-0.031	0.011	-0.005	-0.179	0.396
問1978	HIV感染者の受け入れについて、HIV感染について自分の家族に理解を求めるのは困難だと思う	0.634	0.082	-0.010	-0.076	-0.094	0.045	-0.016	-0.025	-0.005	0.062	-0.067	0.451
問1975	自分がHIVに感染した場合、十分な保障を施設がしてくれるのか不安	0.603	-0.106	-0.059	0.018	0.058	-0.027	-0.026	0.070	-0.064	-0.055	0.142	0.457
問1970	感染リスクがゼロではないので、HIV感染が発生した時のリスクが大きすぎると思う	0.602	-0.036	-0.061	0.012	0.010	0.078	0.062	-0.021	0.008	-0.033	0.167	0.562
問1974	HIV感染が施設内で発生した場合に備えて、損害賠償などの保険に加入する必要がある	0.598	-0.102	0.026	0.069	0.124	-0.010	0.039	0.049	-0.021	-0.061	-0.022	0.374
問1979	同僚がマニュアルどおり行動しないなど支援方法にばらつきが出そうで不安	0.591	0.047	0.055	0.027	-0.055	-0.053	-0.214	0.109	-0.023	0.019	-0.052	0.398
問1976	HIV感染者の受け入れについては、福祉施設では利用者の家族が反対の意向を示したら無視できないので、難しいと思う	0.581	-0.101	-0.016	-0.044	0.049	0.004	0.065	0.014	0.119	-0.022	0.059	0.450
問1972	HIV感染について理解の乏しい利用者同士の感染予防は困難であると思う	0.571	-0.089	-0.010	-0.084	0.063	-0.030	-0.007	0.027	0.000	0.021	0.112	0.396
問1973	HIV感染者のHIV感染予防について、施設外での活動については責任が持てないと思う	0.545	-0.026	0.047	-0.097	0.078	-0.040	-0.005	-0.043	0.029	0.002	0.002	0.317
問1968	施設内でHIV感染者からHIV感染が発生した場合、施設側の安全管理に関する法的責任が問われることが心配	0.483	-0.076	-0.029	0.118	0.071	-0.012	0.069	-0.034	0.041	-0.050	0.069	0.285
問1971	正直なところ、自分が感染するのではないかと心配になる	0.480	-0.060	-0.113	-0.048	-0.086	0.038	0.039	0.030	-0.066	0.036	0.279	0.466
問1914	HIV感染者の受け入れは、ケース会議やケース記録などが煩雑になり大変だと思う	-0.053	0.820	0.025	-0.018	0.041	-0.018	0.042	0.048	0.022	-0.039	-0.052	0.621
問1913	HIV感染者を受け入れると、毎日が気まぐらなくなり、ストレスがたまると思う	0.155	0.708	0.009	-0.087	0.013	-0.089	-0.028	0.001	-0.034	0.039	0.033	0.640
問1912	HIV感染者の受け入れは、人手が足りないで、他の利用者をしっかりと支援できなくなると思う	0.052	0.684	0.011	-0.046	0.023	0.063	0.025	0.020	-0.034	0.005	0.080	0.616
問1915	HIV感染者の受け入れは、ますます高度な知識や技術を要されるので大変だと思う	-0.063	0.668	-0.050	0.051	0.035	0.057	0.071	0.007	0.103	-0.021	0.043	0.543
問1911	HIV感染者の受け入れは、清掃や感染予防作業などの間接業務が増えて大変だと思う	0.114	0.623	-0.014	0.084	-0.016	-0.013	-0.027	0.002	-0.075	-0.006	0.166	0.512
問197	HIV感染者を受け入れると、突然の方針決定や変更を招き、現場が混乱すると思う	0.230	0.402	-0.055	0.028	-0.061	-0.029	-0.057	-0.001	0.006	-0.062	0.063	0.375
問1930	自分は、エイズについての基本的な知識はひととおり理解しているつもりだ	0.069	-0.026	0.785	-0.024	0.016	-0.021	0.016	0.037	-0.034	-0.062	0.048	0.571
問1934	自分は、国や自治体のエイズ感染対策や制度について理解していると思う	-0.062	0.073	0.756	-0.051	0.006	0.003	0.015	-0.030	0.071	0.009	-0.035	0.557
問1932	HIV感染者から感染する可能性にはどのような場合があるか理解している	-0.042	-0.079	0.704	0.014	0.037	-0.005	0.017	0.005	-0.062	-0.066	0.173	0.461
問1935	自分は、エイズの啓蒙ポスターや予防キャンペーン活動について、口頭から見たり、聞いたりしている	0.024	-0.048	0.630	0.031	0.040	0.056	0.015	0.012	0.056	0.011	0.039	0.371
問1931	自分は、施設内で行うHIV感染に対する適切な方法を習得している	-0.005	0.067	0.630	0.005	-0.063	-0.004	-0.012	0.007	-0.038	0.070	-0.079	0.509
問191	HIV感染者の受け入れは、自分たちの仕事として大変意義のある仕事だと思う	0.007	0.011	-0.017	0.800	-0.020	0.010	-0.055	-0.010	0.036	-0.026	-0.005	0.574
問193	HIV感染者の受け入れは、自分たちの方が必要とされていると感じる	-0.058	0.113	-0.002	0.784	-0.015	-0.013	-0.007	-0.004	0.001	-0.032	0.002	0.559
問195	HIV感染者の受け入れは、私たちの知識や技術を高めてくれると思う	0.046	-0.074	-0.110	0.641	0.042	0.003	-0.015	0.025	0.016	-0.067	0.053	0.417
問196	HIV感染者の受け入れにあたって、自分たちの知識や技術はおおいに役立つと思う	0.085	-0.045	0.097	0.497	-0.017	0.026	0.040	0.005	-0.061	0.100	-0.033	0.348
問192	HIV感染者の受け入れは、困難があるかもしれないが自分たちなら適切に対応できる	-0.078	-0.103	0.109	0.480	0.000	-0.030	0.059	0.018	-0.014	0.116	-0.024	0.477
問1938	HIV感染症の専門家の派遣や指導助言を受けられる制度が必要だと思う	-0.017	0.069	-0.059	-0.024	0.872	0.039	-0.041	0.014	0.010	0.032	-0.045	0.736
問1937	福祉職員向けのHIV感染症に関する研修について研修費補助制度が必要だと思う	0.098	0.064	0.056	-0.030	0.757	0.033	0.000	-0.032	-0.019	-0.039	-0.076	0.599
問1939	地域のHIV感染者の受け入れ施設と情報交換ができるとよいと思う	-0.073	0.034	-0.073	0.063	0.748	0.003	0.020	0.007	-0.012	0.066	0.050	0.585
問1936	福祉職員向けのHIV感染症に関する研修や利用できる制度やサービス(社会資源)が不足していると思う	0.107	-0.099	0.120	-0.024	0.544	-0.074	-0.046	0.004	0.008	-0.007	0.022	0.325
問1943	HIV感染症への対応には看護師の常駐が必要だと思う	-0.070	-0.011	-0.027	0.079	0.058	0.788	-0.028	-0.015	-0.024	0.028	0.045	0.567
問1942	HIV感染症への対応には医師の常駐が必要だと思う	-0.021	-0.022	0.039	-0.094	-0.063	0.783	0.020	0.028	0.026	-0.016	-0.019	0.630
問1944	HIV感染症への対応には看護師の増員が必要であると思う	0.125	0.043	0.025	0.010	0.005	0.748	-0.031	-0.001	-0.018	-0.013	-0.043	0.662
問1983	私の施設は利用者情報について、個人だけでなくチーム全体に、まんべんなくいきわたらせていると思う	-0.022	-0.003	0.007	-0.065	-0.011	-0.006	0.839	0.036	-0.016	-0.028	0.002	0.669
問1982	私の施設はケア会議は、職員全体でオープンに、できるだけ多くの情報や最新の情報をもとに話し合っていると思う	0.028	0.048	-0.026	-0.027	-0.027	-0.027	0.838	0.006	-0.003	0.029	-0.059	0.663
問1981	私の施設では、チームメンバーはそれぞれに責任分野、専門分野をもち、一定の権限をもっていると思う	0.091	0.034	0.108	0.103	-0.029	-0.001	0.420	-0.074	0.035	0.061	0.008	0.239
問1948	職員のHIV感染の有無を確認するため、健康診断の検査項目にHIV抗体検査を入れた方がよいと思う	-0.049	0.046	0.000	0.013	-0.012	-0.002	-0.006	0.932	0.026	-0.007	-0.064	0.818
問1947	利用者のHIV感染の有無を確認するため、健康診断の検査項目にHIV抗体検査を入れた方がよいと思う	0.059	0.024	0.017	0.001	0.012	0.013	0.002	0.831	-0.001	0.023	0.003	0.748
問1919	HIV感染者の精神的なサポートの方法がわからないので不安である	0.012	-0.009	0.014	0.001	-0.002	-0.014	-0.016	0.022	0.928	0.010	0.001	0.910
問1920	HIV感染者の家族への精神的なサポートの方法がわからないので不安である	0.047	0.024	-0.014	0.011	-0.009	0.001	0.019	0.005	0.865	-0.003	-0.009	0.803
問1940	HIV感染症への医療的ケアや看護、現場の職員への指導・助言などについて、嘱託医やかかりつけ医師で十分に対応できると思う	0.032	-0.024	-0.026	-0.034	0.061	-0.015	-0.004	-0.009	0.010	0.948	0.041	0.824
問1941	HIV感染症への医療的ケアや看護、現場の職員への指導・助言などについて、施設の看護師で十分に対応できると思う	-0.050	-0.015	-0.015	0.021	-0.031	0.023	0.040	0.025	-0.003	0.761	0.016	0.604
問1918	HIV感染者の自傷・噛みつき・引っ掻き、指の皮むきなどの出血を伴う行為の対応に不安がある	0.016	0.053	0.086	0.003	-0.004	-0.036	-0.045	-0.013	0.026	0.033	0.924	0.825
問1917	HIV感染者の生理、産後時の口腔内出血などの対応に不安がある	-0.029	0.169	0.029	0.015	-0.033	0.048	0.001	-0.060	0.034	0.015	0.763	0.689

因子数: 相関行列の固有値1以上の数、項目の選択: 因子負荷量±0.4以下、複数の因子に±0.4以上の負荷量除外

因子抽出法: 最尤法、回転法: プロマックス回転

考察

(1) 基本属性

福祉施設の特質は、医療機関と違いその組織構造が専門家集団でなく準専門家集団である点である。今回の調査結果(予備調査を含む)をみると常駐医師は 42 事業所のうち 1 施設であり、週 1-2 回数時間程度の嘱託医の配置が圧倒的に多い。また、医療ケアを行わない福祉施設は、老人保健施設を除き生活施設であるため看護師配置も薄い。本調査では全体の 1102 名の内、看護師は 57 名であり、単純に 42 事業所で割り返せば 1 事業所あたり 1.35 人の配置である。また、直接支援者の内、無資格者が 15%程度存在している。

(2) 施設体制

先行研究にあるように医療機関に比べて感染症対策についてはかなりの遅れがある。医療機関のようにリスクの高い患者をケアするわけではないが基本的な感染対策は必要である。職場の安全管理の組織が機能していないと回答は 56%にのぼり、スタンダード・プリコーションの言葉を知っている者はわずか 10.9%にすぎない。また、感染症マニュアルを備えていても HIV に関する事項が入っていると回答した者は 10.8%であり、何らかの HIV/AIDS に関しての研修や勉強会を受講している者は、18.1%にすぎない。感染症対策の整備は HIV 感染者の受入重要な課題となってくる。

仮に HIV 感染者の受入要請があったとしても、調査対象者の施設はいずれも受入経験がなく、医療スタッフも少なく、24 時間の入所の福祉施設では夜間など直接支援者が医師や看護師がその場に行かない場面でのケアを行うことが想定される。とすれば、HIV/AIDS の研修を企画し、感染症体制を整備し、無資格者も含めた直接支援者であるワーカー集団を一手に指導するのは看護師ということになる。施設に 1-2 名の少数の看護師が HIV/AIDS の理解促進を全職員に行い、依拠するマニュアルを整備し、感染症予防の体制を改めて再構築することに大変な時間と労力がかかることは容易に予想されることである。このように本調査のデータを見る限り福祉施設の HIV 感染者の受入体制は脆弱であると言わざるを得ない。基本的に HIV 感染者を想定して受入体制をとっていないので、急

な受入要請には大半の施設側が受入に躊躇すると思われる。

しかし、HIV より感染力の高い HBV や HCV の福祉施設での受入はどうかをみると、受入経験ありは 53%、なしが 22.4%であり、過去 10 年間で受入拒否をしたと回答したものは 2%にすぎない。予備調査で確認したところ 42 施設とも全て感染症マニュアルには HBV や HCV の事項が入っていた。また、過去 10 年間 HBV や HCV の院内感染は発生していない。HBV や HCV に比べ HIV の感染力は極めて低く、スタンダード・プリコーションという言葉を知らなくとも HBV や HCV などの血液感染対策と同様な処置をとり、基本的感染対策をとっていけば問題はない。

とすれば、HIV/AIDS の基本知識が福祉従事者に広く浸透すれば、HBV や HCV の受入実績と同様に施設側の受入環境は改善されるようにも思える。

その一方で HIV 感染者と接したことがないという回答は 95.6%であり、大多数の福祉従事者は、エイズをなかなか身近に感じられないことが福祉施設の受入整備を遅らせている要因となっていることが推測される。周辺に HIV 感染者を受入れているという福祉施設からの情報提供が希薄であり、リアリティに乏しくなり関心を持ちにくい実情がうかがえる。HIV 感染者の受入れ要請は福祉施設は急には応えることができないことが示唆されているが、そのため、予めその対策を準備する必要がある。重要なことは HIV 感染者の問題を福祉問題として福祉従事者が自分たち福祉の問題として引きつけて考えられるかということだろう。

(3) HIV 感染者の受入拒否傾向

分散分析で HIV 感染者の受入拒否傾向をみていくと施設種別では 24 時間体制の入所施設系が高齢者、障害者ともに高いことが分かる。学歴では福祉・医療系の四年制大学・大学院卒が受入拒否の傾向が低い。HIV/AIDS や感染症についての知識を比較的保有しているためと思われる。

職種では、施設長、役職、看護師の受入拒否傾向が低い。逆に栄養士と調理員を含むその他職員、作業員の受入拒否傾向が高い。給食関係は、食事

に係わることだけに感染症に敏感であり、作業員は清掃や洗濯業務があり、やはり汚染の意識が高いと思われる。福祉施設は完全分業制でなく、かなり業務が重なり協働でおこなう場面も多い。直接支援者だけが HIV 対策を徹底すればよいというわけにはいかないことを示唆している。資格の有無ではやはり有資格者の方が基本知識を有しているため受入拒否傾向は低くでていると考えられる。受入促進策として HIV/AIDS の基本的知識と関連の基礎知識を施設従事者に浸透させることが重要となる。

(4) HIV 感染者の受入拒否意向との関係要因

HIV 感染者の受入に関する質問項目(19-1~87)を因子分析(最尤法、プロマックス回転)した結果 11 因子が抽出された。この因子を独立変数に、質問 19-88「HIV 感染者の受入拒否意向」を従属変数に重回帰分析し、その直接関係を調べた。関係要因として「リスク評定」、「社会的使命感」「業務負担感」「医療体制」「ソーシャルサポート」「ワーカースystem」の 6 因子があがった。図 19 のパスをみていくと係数の高い順に「リスク評定」0.44、「社会的使命感」-0.25、「業務負担感」0.15 となり、あとの 3 つの「医療体制」「ソーシャルサポート」「ワーカースystem」は 0.07-0.05 と 0.1 に満たないので比較的關係性は弱い。

したがって HIV 感染者の受入対策としては、まず一番関係性の強い「リスク評定」の従事者の主観的評定を緩和する対策を検討することになる。

「リスク評定」の構成概念は、HIV 感染者の受入に伴う職員の離職、チームの不協和音、感染症対策の経費負担、感染リスク、家族対応に対する諸々の不安である。これらがそのまま受入課題となる。そのため、これらの従事者の不安を取り除いていく必要があるが、解決を担当するのは管理上のマネジメントは管理者、チームワークに関することは役職者(ミドルマネージャー層)、感染リスクは看護師が担当していくことになると考えられる。

同様に「業務負担感」も HIV 感染者の受入拒否の意向を強める大きな要因となっているため、この負担感を軽減・緩和する対策を検討することになる。「業務負担感」を構成している概念は、ケー

ス記録などの事務処理の煩雑化、清掃や感染予防の間接業務の増加、新たな知識や技術の習得要請、支援のゆとりがなくなる等人手不足や業務の煩雑さ、さらに上司からの突然の方針変更などの混乱によるストレス感である。やはりこれらの概念がそのまま課題となる。

福祉施設は HIV 感染者の受入体制が脆弱である。そのため、受入決定がなされれば、そのためのケア体制を早急に整備する必要が出てくる。これら多岐にわたる業務領域の改善が求められる。先に福祉施設の特長で述べたが、福祉施設は完全に分業体制が敷かれているわけではなく、清掃業務一つをとっても多職種が関与することになる。そのため全体を統制する管理マネジメントが必要不可欠になってくる。

一方「社会的使命感」は「リスク評定」や「業務負担感」とは逆の負の相関にある関係要因であり、「社会的使命感」が低い時に HIV 感染者の受入拒否の意向を強める。従って「社会的使命感」を強めることが、直接的に受入拒否の意向を緩和する要因となる。そのため、福祉施設はこの「社会的使命感」を強める対策をとればよいことになる。

「社会的使命感」の構成概念をみると、HIV 感染者の受入は、意義がある、適切に対処できる、自分たちの力が必要とされている、自分たちの知識や技術を高めてくれる、といった自己効力感や社会的意義に関する内容である。これらは換言すると社会福祉法人の福祉理念に準じるものであり、管理マネジメントの基本方針やビジョンの基となる部分であると推測される。「リスク評定」や「業務負担感」を緩和するためには、多岐にわたる福祉施設内の業務領域や従事者の主観的不安感に対処していかなければならない。そのため、施設長などのリーダーシップによって福祉施設の理念に則り施設管理マネジメントを適切に行える組織は、HIV 感染者を受け入れやすいと考えられる。

以上、HIV 感染者の受入拒否意向に直接関係にある主だった要因について考察したが、これは 2 つの要因間における比較的単純な形であるため、重回帰分析で抽出した各因子の相互関係の中で福祉施設従事者の HIV 感染者の受入れの意思決定のプロセスを記述できるモデルがほしい。

(5) HIV 感染者の受入の意思決定プロセスモデル

本モデル(図 20)は質問 19 の HIV 感染者の受入に関しての 87 の質問事項を因子分析で抽出した各因子及び「HIV 感染者の受入拒否意向」(問 19-88)との相互関係を表したものである。これは従属変数が「受入拒否意向」であるため受入拒否に至るプロセスモデルであるが、換言すれば、HIV 感染者を福祉施設に受入れるかどうかを意思決定するプロセスモデルである。

このプロセスモデルは「社会的使命感」を起点とし、「受入拒否意向」に至る時間的経過を示すものでもあり、HIV 感染者を福祉施設で受入れてほしいという社会的要請があった時に福祉施設内の従事者が、その受入に関して 6 つの課題領域を持つことが想定される。それが「リスク評定」「業務負担感」「HIV 知識」「社会的使命感」「ソーシャルサポート」「医療体制」である。

「社会的使命感」の下位概念をみると自分たちの仕事の意義や適切に対応できる、必要とされているという自己効力感が概念である。受入要請があればまず施設長、管理者はこの受入の意義を確認することが重要となると考える。資格別の分散分析の平均値は社会福祉士・精神保健福祉士が看護師より高いのは実務面の困難さより、人権意識から受入れるべきだという判断をすると推測される。また、施設長らを除いて意思決定に影響を持つ者では、職員、利用者と回答した者は「受入拒否」の平均値が高く、受入拒否意向の傾向が高い。職員は施設方針や手順などが共有化しづらく、状況が複雑になるため困難を感じるからだろう。

一方、「社会的使命感」に向けて「HIV 知識」のパスが伸びているが、「社会的使命感」という課題を克服するために有効な戦略が「HIV 知識」を獲得することを意味している。専門的知識に限らず HIV/AIDS についての基本的「HIV 知識」が不足しているため、日頃から HIV についての効果的な研修や勉強会を企画開催していく必要がある。

その意味で、外部からの専門家の派遣指導や受入実績のある福祉施設との情報交換、研修費助成などの外部支援を表す「ソーシャルサポート」は受入時の意思決定を左右する情報提供と専門家の

スーパーバイズ、必要な知識・技術の獲得につながり、施設と従事者に安心感を与える。「ソーシャルサポート」が充足されず組織内の要請が高まるほど「リスク評定」での不安感が増大し、「受入拒否意向」が高まることをモデルは示唆している。同様に「ソーシャルサポート」が充足されないと医師・看護師の常駐化要求を表す「医療体制」の要請が高まり、「業務負担感」「リスク評定」を高め、「受入拒否意向」が高まることをモデルは示唆している。

「リスク評定」「業務負担感」は「受入拒否意向」と直接的にパスが引かれている。受入課題の対応としては既に述べたが「リスク評定」の下位概念である主観的リスク評定を緩和する対策の検討が有効となる。また、「リスク評定」「業務負担感」の緩和には、これらにパスを伸ばす「ソーシャルサポート」と「医療体制」の充足が鍵となる。

最後に、ここで一つ留意しなければならないのが、6 つの課題領域が従事者個人の主観的評定である点である。研究 2 の質的研究で詳細は述べるが、受入課題を特定してリーダーシップと管理マネジメントを強化しても、その内容が一律一斉であっては思ったほど効果を発揮しないかもしれないという点である。福祉施設にとって HIV は「未知なるもの」であり、従事者は社会的誤解や偏見を取り込んだ状態にある。

HIV 感染症マニュアル等の標準化作業や HIV 知識・技術の研修などは効果を発揮するが、本モデルは統計的な一般化したものである。そのため、福祉施設内の個々の従事者課題は千差万別であり、「業務負担感」を課題とした場合、ある者はケース記録などの事務処理の煩雑化が負担であり、ある者は支援のゆとりがなくなることに不安を感じているかもしれない。

従って、課題を設定して組織的に改善に取り組むことと同時に個別面談などにより従事者の不安のありどころを丁寧に確認していく体制づくりが求められる。

■研究 2

福祉施設の HIV 感染者の受入課題の検討

研究目的

研究 2 では、受入れの意思決定を担う経営者層

に福祉施設の HIV 感染者の受入についてグループインタビューを行い、福祉施設の HIV 感染者の受入課題に関して重要概念を抽出し、今後の福祉施設の受入対策の見通しをたてる。

研究方法

施設長等の経営層を対象にフォーカス・グループ・インタビュー(60-120 分)を行い、面接内容を IC コーダーで録音し、逐語記録しデータ化した内容から HIV 感染者の受入課題に関する重要概念を抽出する作業を行った。

調査対象者は児童・知的障害・高齢者分野の施設長、管理職等で 12 グループ計 50 名が参加した。その内 2 グループが過去に HIV 感染者を受入れた経験をもっていた。

質問は、メンバーの勤める福祉施設で HIV 感染者を受入るとしたら、(受入経験を通じて)…という質問設定をし、(1) HIV/AIDS に対する自分自身のイメージ/(2) 何が HIV 感染者の受入を阻むのか(阻害要因)/(3) 何が HIV 感染者の受け入れを促進するのか(阻害要因)を質問した。話し合いは自由な雰囲気の中で半構造的インタビューの設定とした。

インタビュー結果と分析

(1) HIV/AIDS に関する自分自身のイメージ

次の概念に整理された。「 」は最初に抽出された概念であり、【 】は一次概念である「 」概念から生成された上位概念である。

今回は 50 人に意見を聞いたが、その内 43 名は HIV 感染者を「身近にいない人」「遠い存在」と感じ、本調査までは「無関心」であった。全般的に過去にマスコミを通して抱いた「特定の有名人や番組」のイメージの影響があると語った。この一連のイメージを【**遠い距離感**】とした。

エイズは「性感染症」で「不治の病」、「怖い病気」で、「若い人」が罹る。「高度な医療」により、「**厳重な感染対策**」が必要で、「**感染が心配**」である、としながら、その根拠は「曖昧な HIV 知識」であり、背景に漠然とした「**血液感染の不安感**」を抱え、【**負のイメージ**】の連鎖を生んでいた。

一方で自身の「内なる差別偏見」にも言及し、急性期医療から移行し地域に戻った慢性化・高齢

化した在宅での自立困難な要介護者の受入が、福祉施設に期待される「社会的使命」であることを認識しつつも、もし受入要請があった場合は「曖昧な HIV 知識」で「何をしたらよいかかわからない」「今までの経験が役に立たない」状況であり、まさしく【**未知との遭遇**】となり HIV 感染者を受入ることに躊躇すると 46 人が語った。

(2) 何が受入を阻むのか(阻害要因)

福祉施設が、HIV 感染者の受入を阻む要因には何があるか質問した結果、以下の概念に整理された。

福祉施設は、「受入事例が身近にない」ことから HIV に関して「情報不足」、「無関心」であり、「経験不足」や「知識不足」の状態にある。自分も含め「周囲の無理解」、「偏見差別」を生んでおり、「**感染が心配**」「**怖い病気**」といった【**負のイメージ**】のスパイラルに陥っている。これが現場の「**特別視**」や「**心理的抵抗**」を引き起こしている。これらを背景に HIV 感染者の受入は【**受入要請**】に対して、「**準備不足**」「**切迫した時間内の要請**」によって【**いきなりエイズ**】との現場認識を生む状況になる。

阻害要因を見ていくと、「HIV 理解」を促進するために「**知識不足**」や「**スキル不足**」、「**差別偏見**」を改善したいが「**必要な研修を受けていない**」「**感染症マニュアルが役立たない**」などの【**教育研修体制の不備**】から対処困難感を感じていた。

また、リスク管理上の「**感染リスク**」「**衛生管理体制の遅れ**」「**プライバシー保護の心配**」「**労災問題の懸念**」などの【**リスク管理の弱さ**】や職員、利用者、家族、地域のそれぞれの「**受入反対**」や「**風評被害**」への対応の難しさである【**反対者への対応困難感**】が受入姿勢を消極的にさせ、具体的な受入時の体制については、「**必要情報が入手できない**」「**ガイドラインがない**」「**受入基準があいまい**」「**感染症マニュアルに HIV の項目がない**」などの【**受入体制の不備**】の実態が明らかになった。「**医療ケアが心配**」「**看護師が少ない**」「**嘱託医師しかいない**」「**緊急時の対応が不安**」「**大出血などの事故対策**」「**慢性化、重度化への対応**」などの【**医療体制への不安**】に関する発言も多く、また、受

け入れ時は小康状態でもいずれ免疫不全の基礎疾患が影響してくるので、長期的には予後の「見通しのたてづらさ」が問題だとした。

関連して「緊急時の受入病院」「歯科や眼科の受入」「治療拒否」「専門家が見つからない」「社会資源不足」などの地域資源・ネットワークのつながりの悪さに関する【**地域との連携不足**】が懸念されていた。特に HIV 感染者を受入れ後に、病院から見放され「地域で孤立化」し、「立ち往生」する不安があり「医療機関のお墨付」を欲していた。

一方で「エイズ特有の問題」「精神的サポート」「嘔みつき、歯磨き時の出血」「性的問題の対処」等の支援上の悩みも熱く語られた。特に「性的問題」は児童・知的障害者の施設長間で、「施設固有の問題」として必ず取り上げられた。これらの支援困難感を収束した概念を【**支援方法への悩み**】とした。反対に、「エイズ特有の問題」が焦点化されすぎ、【**特別視**】するあまりに「無尽蔵にできない理由が生まれる」といった意見も数人から聞かれた。

また、組織の運営上の問題として「待機待ち状態」や時間や労力、環境整備にかかる【**コスト負担**】も阻害要因として語られた。少数意見ではあるが、HIV 感染者の受入は、『地域の受皿が整っていない中、ペナルティーやインセンティブなしの中であえて「火中の栗を拾う」必要はなく、無闇に手を出すと人手不足などで現場は疲弊しているため火傷をする』という意見があり、同席者が首肯する場面もあった。

(3) HIV 感染者の受入に関する促進要因

福祉施設が HIV 感染者を受入れやすくする要因には何があるのかを質問した結果、以下の概念に整理された。「HIV の正しい理解」「基本知識の習得」には【**HIV 知識の獲得**】が必要であり、HIV 感染者を「身近な人として理解する」ために「当事者の語り」、「エイズの人との触れ合い」体験が有効で【**当事者を知る機会**】となる。既に受入れている利用者が「HIV 陽性と判明した場合」について質問したところ、「そのまま利用を継続する」が 50 人中 41 名であった。既に利用者との関係ができており、その利用者の生活の場を支える立場

に立つためであろう。

一方で、「HIV 医療の知識」、「精神的サポート」「HIV 感染症対策」「看護師の HIV 専門研修」等のスキルアップや「研修に行きやすい環境」「研修費の補助」「研修時間の確保」などの研修環境の充実を話題にする者と「前向きな職員の姿勢や意識を育てる」「人権擁護の研修」などの「職員の意識改革」を図ることを目的とした【**教育研修体制の充実**】が大切だと語られた。

福祉施設での HIV 感染者の受入は支援困難感が伴うので、積極的に受入るためには従事者のモチベーションを高める必要がある。「利用者本位の価値」「病気による差別はしない」「あえて支援困難者を受入れる組織風土」といった「信念」「福祉理念」に関する【**社会的使命の重視**】が促進要因として取り上げられた。

同時に、「ターミナルという文脈で捉えなおす」「得意な分野から攻める発想」「生活者の視点」「利用者の QOL」「HIV を特別視しない」「HIV は一つの属性」「特別な段階から普通の段階」「他の支援困難者と相対化する分析的視点」など福祉施設の持つ「生活のしづらさ、生きづらさに着目」する【**視点の転換**】の重要性が語られた。

医療に関する【**医療体制の充実**】では「医師の指導・説明」「看護師の専門性の発揮」「看護師の理解と協力」「医療機関のお墨付」の必要性が語られ、さらに、地域資源の積極的な活用が語られた。特に、「協力病院の保障」「緊急急変時の入院受入」「歯科や眼科などの治療保障」「近隣での病院受入」は、受入る福祉施設にとって一番の不安材料であり、この不安が解消され、安心が担保される必要がある。「HIV 拠点病院との連携」「受入福祉施設との情報交換」「地域にエイズに関して相談できるところがある」など【**地域のネットワークの構築**】が必要であり、それを推進する福祉施設側の「地域連携力」や病院等の「移行のコーディネーター役」の必要性が語られた。

施設のハード面の【**施設環境の整備**】では「個室化」「少人数ユニット制」などの環境を求める声が多かった。個室は、免疫機能不全の HIV 感染者の感染予防対策やプライバシーの保護、チーム制の担当者編成を組みやすいメリットがある。ここ

では個室化整備の費用補助が期待されていた。

グループでの話し合いで、HIV 感染者の福祉施設受入ニーズの増加が見込まれるのであれば、HIV 感染者の受入れは福祉施設にとっては、「いつか来る道 通る道」であり、「受入想定」をし、「事前の準備」「そなえる」姿勢が重要であると指摘する声が上がっていた。そのための関係者への「HIV/AIDS への関心喚起」をし、「啓発活動」を【教育研修体制の充実】を通して行うことが重要であり、これらの【受入対策】の有無が受入環境に大きく影響すると語られた。その際に「有効なツール」が必要であり、「ガイドライン・マニュアル」「受入手引き」などの整備が不可欠であるとした。特に「明文化された基準」「公的な受入基準」を求められる一方で、「何らかのインセンティブ」として「HIV 感染者受入の努力加算」「看護師等の人員配置加算」「個室化整備の費用補助」などを期待する声があった。

考察

本調査に参加した施設長は、HIV 感染者の福祉施設受入に関して「無関心」であり「怖い病気」などの HIV の【負のイメージ】のスパイラルに陥っており、特に受入時に HIV 問題に直面する【いきなりエイズ】の戸惑いと「曖昧な HIV 知識」で「何をしたらよいかわからない」と【未知との遭遇】の混乱状態を呈することが分かった。

HIV 感染者の受入れ阻害要因の課題としては、その他は【教育研修体制の不備】【リスク管理の弱さ】【反対者への対応困難感】【受入体制の不備】【医療体制への不安】【地域との連携不足】【支援方法への悩み】【コスト負担】【特別視】の概念が生成された。

次いで HIV 感染者の受入促進に関しては、福祉施設側の「無関心」「誤解や偏見」を解消するために【HIV 知識の獲得】が必要であり、HIV 感染者との【遠い距離感】を身近に引き寄せるために「当事者の語り」など【当事者を知る機会】を企図した研修が効果を上げそうなことが示唆された。

繰返し語られたのは、「HIV/AIDS をよく知らない」、「受入実績が自他ともない」であり、この「未経験の壁」を突破するのは、「あえて支援困難

者を受入れる組織風土」であり「信念」「福祉理念」が寄与することから【社会的使命の重視】が促進要因として生成された。同時に「エイズの特有の問題」を【特別視】せず、「利用者の QOL」「HIV を特別視しない」「HIV は一つの属性」といった【視点の転換】の重要性が語られた。その他、HIV 感染者の受入れを促進する改善課題としては、【教育研修体制の充実】【医療体制の充実】【施設環境の整備】【地域のネットワークの構築】などが生成された。

一方、施設長は一律に、HIV 感染者の受入要請がされた場合、「初めての事例」であるため、支援体制を改めて HIV 感染者の受入に向けて「再組織化する」と語った。組織化は主に「初動の支援体制の形成」と「安定的な支援体制の維持」の二通りが想定されて語られた。これらから【場を立ち上げる】という概念を生成した。

まず、施設長は受入促進要因として管理マネジメントとワーカーシステムのチームワークへの働きかけを語った。施設長は、HIV 感染者の【負のイメージ】や【特別視】によって現場の不安や動揺が振幅して負へのスパイラルに陥り現場が混乱するのを懸念する。そこで、【トップの決断】により、施設長が受入方針を示し、「役職者」「看護師」がそれぞれの職位での【リーダーシップ】を発揮することを期待する。過去に新聞などで HBV 感染が社会問題化した時のパニック事例を語る施設長が数名いたが、その際、福祉施設の職員の無理解や方法論の拙さが一層の混乱に拍車をかけた事例が語られ「看護師の教育的機能」の必要性が強調された。例えば HIV 感染症対策などを感染症マニュアルで浸透させようとした場合、直接支援者への教育・指導は現場の看護師が【リーダーシップ】を発揮して行うことが専らである。施設長はそのため HIV 感染者の受入について「看護師の理解と協力」を強く求める。

【受入対策】で同時並行して進めるのが、「全員の意思統一」「チームワークの醸成」であり、【現場の納得】を重視していた。これは、丁寧な「説明と同意」があつて「納得」にいたるプロセスであり、これによってメンバー間の「信頼関係」が成立すると語られた。何故なら「現場の感じ方」

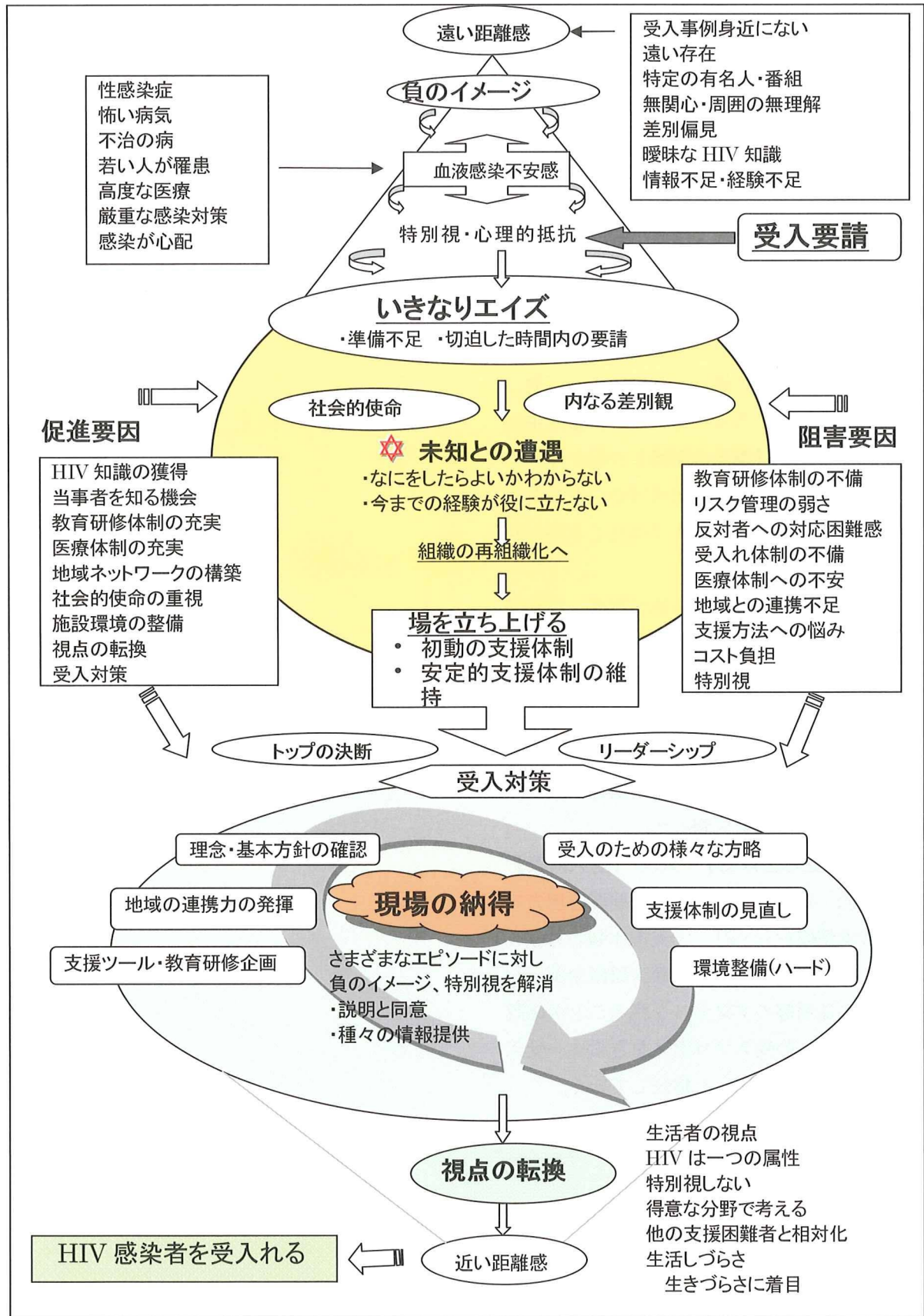
は、「感染しない…では不安は解消されない」「B 肝対策と同じであるといっても…冷静には受け止められない」であり、「入所時の情報提供」「HIV 感染者であることへの情報共有」を丁寧に組織的、個別的に行って【現場の納得】が得られると語られた。特に医療機関側からの「HIV 感染者であることへの情報共有」については、「HIV 感染者であることについての情報がない場合は信頼が損なわれる」とする施設長が 50 人中 35 人いた。

この【現場の納得】があってはじめて「ターミナルという文脈で考えれば…特別なケアでない」「HIV はその方の一つの属性」、「比較すれば他にもっと大変な方はたくさんいる」とし、生活主体者である利用者への【視点の転換】が起きやすくなる。福祉施設と医療機関の組織構造の大きな違いは、官僚制組織であるが厳密ではなく水平方向での現場の力が大きく働く。

また、一たん「初動の支援体制の形成」が確立しても、HIV 感染者の新しい支援課題が立ち上がる度に【負のイメージ】や【特別視】が現場に再浮上する。転倒して出血した HIV 感染者を目の前にして「立ちすくんだ」経験を語ってくれた施設長は、「安定的な支援体制の維持」のために新たな局面での対応を迫られると語った。

また、【場を立ち上げる】ための【受入対策】は①基本理念・基本方針の確認、②地域連携力の発揮、③環境整備(ハード)、④支援体制の見直し(ソフト)、⑤支援ツール開発、教育研修企画、⑥様々な方略の採用等のプロセスを経ることが確認された。従ってこの受入プロセスをさらに、受入実績のある施設事例と照らし検証していく。

図 1 全体概念図「福祉施設における HIV 感染者の受入れプロセス」



全体結論

以上のように研究1・2を通してHIV感染者の福祉施設の受け入れに必要な課題を抽出し、具体的な対策の見通しを立てた。この研究成果をもとに「現場の納得」が得られる実践的な福祉施設のHIV感染者の受入マニュアルの策定に取り組んでいく予定である。

参考文献

- 1) 永井英明ら(2006)「長期療養が必要なHIV感染者の実態調査と療養支援対策の検討」国立病院機構共同臨床研究 平成16年～17年度研究報告書
- 2) 小西加保留(2005)「HIV感染者の社会福祉施設利用受け入れに影響するサービス提供者側の要因について」厚生指標 8月

健康危険情報

該当なし

知的財産権の出願・取得状況

該当なし

研究発表

該当なし

21

長期療養患者のソーシャルワークに関する研究

研究分担者：小西加保留（関西学院大学人間福祉学部）

研究協力者：1. 石川 雅子（千葉県健康保健部）

関谷 早苗（がん・感染症センター都立駒込病院 感染症科）

小澤あかね（国立国際医療センター戸山病院 ACC/財団法人エイズ予防財団リサーチレジデント）

山田 由紀（国立国際医療センター戸山病院 ACC）

2. 清水 茂徳（ライフ・エイズ・プロジェクト）

磐井 静江（東京都立神経病院）

平島 園子（独立行政法人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リサーチレジデント）

岡本 学（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 地域医療連携室）

3. 梶原 秀晃（野村病院）

脊戸 京子（地域生活支援センター「あん」）

高田 雅章（地域生活支援センター「あん」）

榎本てる子（関西学院大学 神学部）

研究要旨

1. 退院支援困難事例を支援するためのフローチャート作成に関する研究

要介護状態で自立困難な HIV 感染者等の退院支援困難事例を援助する際に医療・福祉従事者が活用できるフローチャートを作成し、実用化することを試みた。内容は先行研究によって抽出されたケア・支援に関わる重要なポイントを織り込んだ、フローチャートならびにアセスメント、カンファレンス、支援計画、在宅療養支援の各シートと、裏面に記した「退院調整をうまくすすめていくためのコツ」で構成した。今年度はブロック拠点病院で約 10 例の試用がなされ、各シートの有効性、患者・家族理解や院内外連携の促進に効果があった点、課題などを中心に意見を集約する予定である。

2. HIV 陽性者を支える地域の社会資源・制度に関する実態調査

HIV 陽性者を支える地域の社会資源・制度について、①拠点病院ソーシャルワーカーに対して施設・在宅サービスの利用状況、利用困難度、困難にしている要因等に関する実態調査、②全国地方自治体の訪問看護に対する自立支援医療・障害者医療制度の利用に関する調査を実施した。調査①の回答は 117 病院（回収率は 31.3%）で、施設サービスの利用が在宅に比べて困難度が高いことや診療報酬等の包括制度の中でなお残る課題などが抽出された。調査②は、87 箇所から回答を得て、自立支援医療による訪問看護制度が認められていない自治体が 16 箇所あることなどが明らかになった。

3. 市民主体の地域啓発活動

大阪府門真市にある社会福祉法人や NPO 法人らが、市民活動をベースに地域を巻き込んだ啓発イベント活動を主体的に展開した。その目標は HIV 感染者らのケア環境の向上と予防を繋ぐ環境の醸成にあり、活動のプロセスと成果を D. Hardina のプロセス分析を用いて検証した。また今後はエンパワメント評価の手法を導入し、活動目的の明確な共有化と、活動の戦略と指標を言語化する作業を協働して実施予定である。

1. 退院支援困難事例を支援するためのフローチャート作成に関する研究

研究目的

自立困難で要介護状態にあるなどの要因を抱え、医療従事者側にとって退院支援や地域生活の導入に困難を伴う患者への援助に関して、援助内容を支援するような実践モデルとしてのフローチャート、および援助プロセスに添った各シートを作成し、その効果を検証することを目的とした。

研究方法

2007、2008 年度の厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「自立困難な HIV 陽性者のケア・医療に関する研究」における分担研究、退院支援やケアマネジメントに関する先行研究を基に研究協力者との議論を重ね、試案を作成した。2009 年 11 月末に全国ブロック拠点病院の看護師を中心にその使用に関する説明会を行い、試用を依頼した。また使用効果については、質問項目の概要を前もって送り、インタビューにより内容を検証する準備を行った。

(倫理面への配慮)

各ブロック拠点病院の看護師を通じて倫理委員会の必要性について問い合わせ、各病院の事情に合わせて、必要な書類の作成、申し合わせを行った。倫理委員会の承認が必要であったのは 3 病院であった。

研究結果

先行研究において、地域ケアを促進するためのポイントが明らかにされてきた。例えば、組織・施設内における感染に関する具体的な適切な対応への理解促進、地域と病院との連携強化による「安心」の共有、援助者への支援、日頃のネットワークの活用、患者中心の原則、家族理解などである。こうした原則を織り込みながら、現実的に使用しやすいツール作成のために、①医療機関によって職種の配置やチームのあり方などが異なる現状の中でも使用できる、②患者・家族の持つ強みに焦点を当てることで支援の方向性を見出し、スタッフの共通認識を高めることができる、③多職種により使用可能で活用しやすい簡便なものを目指して作成した。

試案は、資料のとおりである。内容は、フローチャート、アセスメント、カンファレンス、支援計画、在宅療養支援の各シートと、裏面の「退院調整をうまくすすめていくコツ」で構成した。2010 年 1 月末までに、ブロック拠点病院で約 10 例の試行がなされた。今後インタビューを実施し、各シートが役立った点および課題、患者・家族理解や院内外連携の促進に効果があった点などを中心に意見を集約する予定である。

考察

先行研究を踏まえて、実現可能な内容を目指して、具体的に退院支援困難事例のためのツールを作成した。年末年始を挟んで約 2 ヶ月足らずの間に約 10 例に試用されたことは、比較的使用されやすい内容であったことを示唆すると思われる。

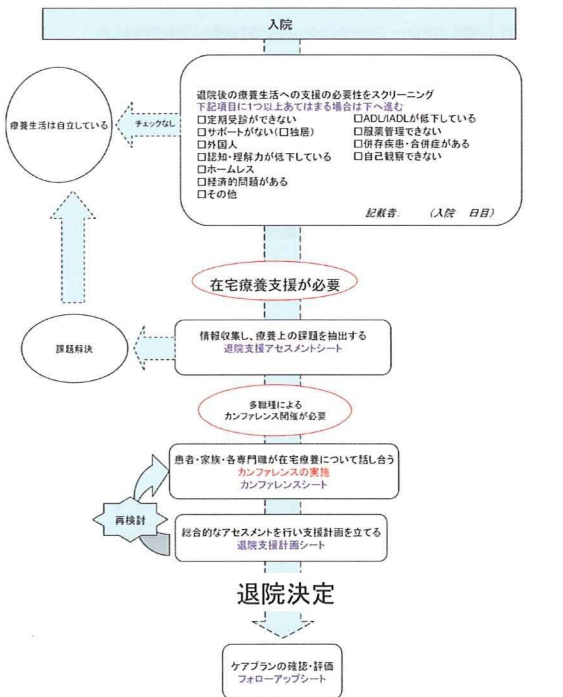
使用の効果については、シートの内容自体の点検のほか、患者・家族理解や院内外の連携の促進、患者参加の視点の有効性などを問う予定である。

また来年度に向けては、チーム形成の先行研究を参考に、ツールの使用効果を評価するための量的調査を検討している。今後本モデルを修正、洗練させることで、HIV 感染者以外の領域でも使用可能なツールとなる可能性があるものと予測される。

結論

退院支援困難事例を支援するツールを作成し、試用段階に入った。現在まで約 10 例に試用され、その成果を検証する予定である。

退院支援フローチャート



氏名() 年 月 日記数
(入院 日目)

退院支援アセスメントシート ※病棟看護師が記載

診断名	サイン()	
症状	※ごちろに情報の詳細を記載!	
コミュニケーション能力	<input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 面積() →選択の必要性(あり、なし)	
ADL 食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> テーブルセットすれば可 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自分でPT-イレ <input type="checkbox"/> 介助でPT-イレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自分で履着・PT-イレ <input type="checkbox"/> 介助で履着・PT-イレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 自立(お風呂・シャワー) <input type="checkbox"/> 介助でお風呂・シャワー可 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備すれば可 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備すれば可 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助だが座位保持可 <input type="checkbox"/> 起居不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車椅子使用 <input type="checkbox"/> ストレッチャー使用 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器使用 <input type="checkbox"/> 要介助	
心理・精神状態	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 痴呆(痴呆・自覚自認) <input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 精神発達遅滞 <input type="checkbox"/> 精神疾患の治療歴あり() <input type="checkbox"/> パーソナリティの課題() <input type="checkbox"/> 依存症(薬物、アルコール等) <input type="checkbox"/> その他()	
現在行われている医療処置等	<input type="checkbox"/> 投薬 ⇒内服: <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 軟膏塗布 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> IVH管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう管理) <input type="checkbox"/> 留置置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマケア <input type="checkbox"/> 褥創処置 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> その他()	
退院後に必要な医療処置等	<input type="checkbox"/> 投薬 ⇒内服: <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 軟膏塗布 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> IVH管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう管理) <input type="checkbox"/> 留置置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマケア <input type="checkbox"/> 褥創処置 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> その他()	
日常生活上の課題	<input type="checkbox"/> 服薬管理困難 <input type="checkbox"/> 退院困難 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> ADLの低下 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 清潔 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> IADLの低下 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ゴミ捨て <input type="checkbox"/> お風呂 <input type="checkbox"/> 感染発症なし、あり() <input type="checkbox"/> キーパーソンなし、あり()	
家族・支援者の課題	<input type="checkbox"/> 感染発症なし、あり() <input type="checkbox"/> キーパーソンなし、あり() <input type="checkbox"/> 知識・情報不足 <input type="checkbox"/> 介護力の不足・低下 <input type="checkbox"/> 遠方 <input type="checkbox"/> 協力的でない <input type="checkbox"/> 相互の関係性がよくない <input type="checkbox"/> その他	
経済的な課題	<input type="checkbox"/> 無収入 <input type="checkbox"/> 医療費負担困難 <input type="checkbox"/> 労務問題 <input type="checkbox"/> その他	
住環境の課題	<input type="checkbox"/> 住居無断 <input type="checkbox"/> 家賃精算 <input type="checkbox"/> 病院から遠距離 <input type="checkbox"/> その他	
退院先の希望(本人)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 他の病院 <input type="checkbox"/> 他の施設() <input type="checkbox"/> 未確認	
退院先の希望(家族)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 他の病院 <input type="checkbox"/> 他の施設() <input type="checkbox"/> 未確認	
退院への意向(不安(本人))		
退院への意向(不安(家族))		
備考		

<アセスメントシート>

退院調整をうまくすすめていくコツ (アセスメント編)

【患者・家族】	<input type="checkbox"/> 患者・家族の意向や不安などを十分に受け止めるように努めていますか <input type="checkbox"/> 患者の長所や強みを見つけていますか <input type="checkbox"/> できていない／できる可能性のあるADLやIADLがある <input type="checkbox"/> 意思や意見を訴えることができる <input type="checkbox"/> SOSを発信できる <input type="checkbox"/> 親しみやすさ等ポジティブな性格を持っている <input type="checkbox"/> 協力的な友人や知人がいる <input type="checkbox"/> 経済的に余裕がある <input type="checkbox"/> 家族の理解力や対応能力を評価していますか <input type="checkbox"/> 家族の介護力を評価していますか <input type="checkbox"/> 家族の経済力を評価していますか <input type="checkbox"/> 家族の精神的なサポートを評価していますか
【院内】	<input type="checkbox"/> 院内の他職種の見解を積極的に活用しようとしていますか <input type="checkbox"/> できるだけ早期に包括的アセスメントを行うことを意識していますか
【院外】	<input type="checkbox"/> 地域にこれまで本人と関わりがあった資源の活用・評価を行いましたか <input type="checkbox"/> 地域のネットワークを使って、アセスメントのための助言を得ることを考えてみましたか

氏名() 年 月 日記数
(入院 日目)

退院支援の必要性	<input type="checkbox"/> 必要なし ⇒ さらに情報収集が必要 <input type="checkbox"/> 治療・ケア方針の確認が必要 <input type="checkbox"/> 院内協力者と相談 <input type="checkbox"/> 後日再スクリーニング ⇒ 月 日予定 <input type="checkbox"/> 必要あり
主な退院支援内容	<input type="checkbox"/> HAART自己管理が必要 <input type="checkbox"/> 退院後も継続した薬物管理が必要 <input type="checkbox"/> ADL介助が必要 ⇒ 食事 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 清潔(更衣・洗面等含む) <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> IADL介助が必要 ⇒ 食事 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ゴミ捨て <input type="checkbox"/> お風呂 <input type="checkbox"/> 遠隔介助が必要 <input type="checkbox"/> 住居環境の課題が必要 <input type="checkbox"/> 家族や支援者、地域資源(施設やサービス提供者を含む)を見つけることが必要 <input type="checkbox"/> 支援者や家族への支援が必要である ⇒ 当事者性の課題が必要 <input type="checkbox"/> 知識・情報提供が必要 <input type="checkbox"/> 介護方法への支援が必要 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他

退院支援カンファレンスの開催を検討しましょう

退院支援カンファレンスの開催	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
日時・場所	年 月 日 時 ~ 場所()
参加メンバー	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> パートナー <院内> <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> 心理職 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> リハビリスタッフ(OPT/ST) <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> その他() <院外> <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 行政担当者 <input type="checkbox"/> 派遣カウンセラー <input type="checkbox"/> 地域福祉員() <input type="checkbox"/> その他()
カンファレンスのテーマ	

<アセスメントシート>

カンファレンスシート 月 日 () 時 から/場所:

患者氏名	年齢 (歳) 性別 (男・女)
参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> その他: <院内> <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> 心理職 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> リハビリスタッフ(OT,PT,ST,NT) <input type="checkbox"/> その他()
	<院外> <input type="checkbox"/> 住居医 <input type="checkbox"/> 行政担当者 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> 派遣カウンセラー <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 他施設職員 <input type="checkbox"/> その他
	医療保険 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> なし 医療費助成 <input type="checkbox"/> 3割負担 <input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 限度額認定証(上限 円) <input type="checkbox"/> 心身障害者医療費(上限 円) <input type="checkbox"/> 特定疾病療養 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自立支援(更生)医療(上限 円) <input type="checkbox"/> 特殊医療 <input type="checkbox"/> その他()
身障手帳	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請準備中 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり()障害 級 <input type="checkbox"/> 非該当
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請準備中 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済(介護度) <input type="checkbox"/> 非該当
テーマ	
討議内容	
今後の課題	

<カンファレンスシート>

カンファレンスシート No. 月 日 () 時 から/場所:

患者氏名	
討議内容	
今後の課題	

<カンファレンスシート>

退院調整をうまくすすめていくコツ (カンファレンス編)

【患者・家族】	<input type="checkbox"/> 院内スタッフは患者・家族を尊重し、信頼関係の樹立に努力できていますか <input type="checkbox"/> 患者・家族のニーズに対するスタッフの認識の相違点が調整できましたか <input type="checkbox"/> 家族心理の理解と受け止めができていますか
【院内体制】	<input type="checkbox"/> スタッフそれぞれが十分に情報を提供できましたか <input type="checkbox"/> 多職種の特長性に基づく意見が活用できましたか <input type="checkbox"/> 複数科の方針に食い違いはありませんか <input type="checkbox"/> スタッフ間には互いに信頼しあえる雰囲気や達成感がありましたか <input type="checkbox"/> HIV感染症に関する経験や認識の違いが調整されましたか <input type="checkbox"/> カンファレンスの目的や意味が共有できましたか <input type="checkbox"/> 多職種の参加を促すようなリーダーシップが育っていますか <input type="checkbox"/> 必要な時にカンファレンスが開催できるチーム環境になっていますか <input type="checkbox"/> カンファレンス終了後、次回までの課題や役割分担の確認ができましたか
【地域支援者を支援するための院内体制】	<input type="checkbox"/> 地域の窓口となる院内のコーディネーターがいますか <input type="checkbox"/> 地域の施設やサービス提供者側の持つ不安などを十分に把握していますか <input type="checkbox"/> 地域へのバックアップの意思が院内で共有できていますか
【院外体制】	<input type="checkbox"/> 地域に元々あったネットワークを活用できましたか <input type="checkbox"/> 経験豊富な支援者や制度をよく知る専門家へアクセスできましたか <input type="checkbox"/> 地域の活用可能な資源にアクセスしていますか <input type="checkbox"/> 情報の管理に関する合意が取れていますか

退院療養計画書

ID: _____
 患者氏名: _____
 生年月日: _____ 性別: _____

科・病棟	
主治医及び担当者	
退院後の治療計画	
退院後の療養支援計画	退院先: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 他の病院・施設: _____ <input type="checkbox"/> その他: _____
退院後必要となる保健医療サービスまたは福祉サービス	
緊急時の対応	
その他	

地域支援スタッフの連絡先	
緊急対応時の連絡先(病院)	
緊急対応時の連絡先(家族)	

主治医氏名: _____
 本人(署名): _____
 家族(署名): _____

記載日

退院に向けての支援計画シート			
年 月 日 記載 (入院 日目)			
第1回(年 月 日)		第2回(年 月 日)	
第3回(年 月 日)		退院予定日 年 月 日	
退院に向けての目標/期待される状態			
問題点	支援内容	主な実施者	チェック欄
●治療・医療処置			
●ADL援助			
●IADL援助			
●通院			
●社会福祉制度			
●患者の心理的状态			
●家族等の関係性の調整			
●地域連携			
●その他			
<支援計画シート>			

退院調整をうまくすすめていくコツ (支援計画編)	
【患者・家族】	<input type="checkbox"/> 患者・家族の長所や強みを活かした計画になっていますか <input type="checkbox"/> 患者の意向が反映されていますか <input type="checkbox"/> 患者や周囲の支援者の気持ちを理解し、受け止める機会がありましたか <input type="checkbox"/> 試験外泊など退院後の生活をイメージし、現実にあった計画が段階的に盛り込まれていますか <input type="checkbox"/> 退院後の緊急時の対応や相談窓口について伝えていますか <input type="checkbox"/> 長期に介護が必要な場合、家族がいても独居生活を想定して計画していますか <input type="checkbox"/> 支援内容の優先順位について、患者・家族と合意されていますか
【院内体制】	<input type="checkbox"/> 情報やアセスメントの共有ができましたか <input type="checkbox"/> お互いへの支援・協力して解決する課題について確認できましたか <input type="checkbox"/> 支援計画の実現に向け、院内で活用できる人材や資源は他にありませんか
【地域支援者を支援するための院内体制】	<input type="checkbox"/> 実際のケアを提供するにあたり地域スタッフが困っていることや疑問点を的確に把握していますか <input type="checkbox"/> 地域のニーズに合った内容で研修会・学習会を企画していますか <input type="checkbox"/> 退院調整に向けてリーダーシップの確保と育成に努力していますか <input type="checkbox"/> 退院後も地域スタッフへの相談窓口がありますか <input type="checkbox"/> 24時間365日の医療的バックアップ体制ができていますか <input type="checkbox"/> 緊急時のバックアップ体制について、地域担当者と話し合い、患者・家族に説明しましたか
【院外体制】	<input type="checkbox"/> 退院後のケア提供をイメージし、困ることや疑問点がないか検討しましたか <input type="checkbox"/> 患者・家族との相談窓口は決まっていますか <input type="checkbox"/> 行政の強みや行政担当者、地域での専門家や経験者を活用していますか <input type="checkbox"/> 計画している支援に既存のネットワークが活用できるか検討しましたか

在宅療養支援シート							
時刻	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
0~2							
~4							
~6							
~8							
~10							
~12							
~14							
~16							
~18							
~20							
~22							
~24							
問題点	支援内容						
●治療・医療処置							
●ADL/IADL援助							
●通院							
●社会福祉制度							
●患者の心理的状态							
●家族(パートナー)関係の調整							
●地域資源との連携							
●本人連絡先() ()							
●家族連絡先() (本人との続柄:)							
●連絡先 病院側窓口 (職種) ()				●緊急時対応連絡先 <input type="checkbox"/> 病院側窓口 ⇄ 地域側窓口			
地域側窓口 (職種) ()				<input type="checkbox"/> その他の連絡方法			
(連絡先)							
<在宅療養支援シート>							

退院調整をうまくすすめていくコツ (在宅療養支援編)	
【患者・家族】	<input type="checkbox"/> フォローアップの方法は患者・家族と合意できましたか <input type="checkbox"/> 患者・家族との間で情報の管理に関する合意がとれましたか
【院内体制】	<input type="checkbox"/> フォローアップの準備ができましたか <input type="checkbox"/> フォローアップの方法は地域スタッフに説明しましたか <input type="checkbox"/> フォローアップ担当者への申し送りは済みしましたか <input type="checkbox"/> 医療的バックアップ体制の準備はできましたか <input type="checkbox"/> 医療的バックアップについては院内の合意が取れていますか <input type="checkbox"/> 緊急時対応は全スタッフが理解していますか <input type="checkbox"/> 院内スタッフ間で情報の管理に関する合意が取れていますか
【地域支援者を支援するための院内体制】	<input type="checkbox"/> 緊急時対応は全スタッフが理解していますか <input type="checkbox"/> 地域での支援者が孤立することのないよう、連絡・調整できていますか <input type="checkbox"/> 院内と地域の間で情報の管理に関する合意が取れていますか
【院外体制】	<input type="checkbox"/> 緊急時対応は全地域スタッフが理解していますか <input type="checkbox"/> 地域スタッフに燃え尽き症状はありませんか <input type="checkbox"/> 地域スタッフ間で情報の管理に関する合意が取れていますか

年 月 日 (担当)		<input type="checkbox"/> フォローアップ継続 <input type="checkbox"/> カンファレンス 開催場所 年 月 日 時 分開始 <input type="checkbox"/> カンファレンスの目的 <input type="checkbox"/> 参加予定者
年 月 日 (担当)		<input type="checkbox"/> フォローアップ継続 <input type="checkbox"/> カンファレンス 開催場所 年 月 日 時 分開始 <input type="checkbox"/> カンファレンスの目的 <input type="checkbox"/> 参加予定者
年 月 日 (担当)		<input type="checkbox"/> フォローアップ継続 <input type="checkbox"/> カンファレンス 開催場所 年 月 日 時 分開始 <input type="checkbox"/> カンファレンスの目的 <input type="checkbox"/> 参加予定者
年 月 日 (担当)		<input type="checkbox"/> フォローアップ継続 <input type="checkbox"/> カンファレンス 開催場所 年 月 日 時 分開始 <input type="checkbox"/> カンファレンスの目的 <input type="checkbox"/> 参加予定者
年 月 日 (担当)		<input type="checkbox"/> フォローアップ継続 <input type="checkbox"/> カンファレンス 開催場所 年 月 日 時 分開始 <input type="checkbox"/> カンファレンスの目的 <input type="checkbox"/> 参加予定者

＜在宅療養支援シート＞

2. HIV 陽性者を支える地域の社会資源・制度に関する実態調査①

研究目的

近年 HIV 感染症は、医療の進歩により、適切な時期から医療を継続することで、感染前とほぼ同じような生活が営める時代になった。しかし一方で、受診の遅れによる後遺症や加齢に伴う合併症などのために要介護の状態になる HIV 陽性者への支援が課題となっている。そのような状況を踏まえ本研究では、『HIV 脳症や PML（進行性多巣性白質脳症）、または加齢に伴う疾患などのために、要介護状態となり、一般病院に入院治療の必要はないものの、地域生活において何らかの介護が必要となる患者』（=本研究における「要介護状態にある HIV 陽性者」）を支える地域の社会資源としての介護保険や医療保険、障害者自立支援法、生活保護などの制度やその運用上の課題、地域格差の課題などの実態を明らかにし、課題の改善に向けた考察を行うことを目的とした。

研究方法

全国のエイズ拠点病院 374 カ所のソーシャルワーカーに対して無記名自記式調査票の郵送調査を行った。調査期間は 2009 年 12 月～2010 年 2 月。

調査項目は、属性、要介護状態にある HIV 陽性者制度利用状況、ソーシャルワーカーの認識、利用困難の要因、生活保護受給者の制度利用等であった。

（倫理的配慮）調査は無記名で実施し、質問内容に個人が特定される項目は含めなかった。

研究結果

回答数は 117 票、回収率は 31.3%であった。このうち、ソーシャルワーカーが配置されていないと回答した 2 票をのぞいた 115 票を分析対象とした。なお、原則として無回答は欠損値として除外して解析した。

1) 回答者および所属医療機関の属性

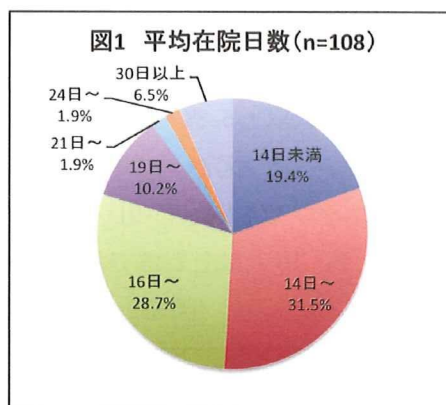
回答者の所属医療機関の地域 (n=115) は、関東甲信越が 32.2%で最も多く、次いで中国・四国 16.5%、九州と東海 10.4%、東北と近畿 9.6%、北海道 6.1%、北陸 5.2%の順であった。

病床数 (n=114) は、400～599 床が 31.6%、次いで 600～799 床 23.7%、800～999 床 19.3%、200～399 床

14.9%、1,000 床以上 10.5%であった。

1 日の平均外来数 (n=106) は、500～1,000 人未満 28.3%、1,000～1,500 人未満 25.5%、500 人未満 17.9%、2,000～3,000 人未満 13.2%、1,500～2,000 人未満 10.4%、3,000 人以上 4.7%の順であった。

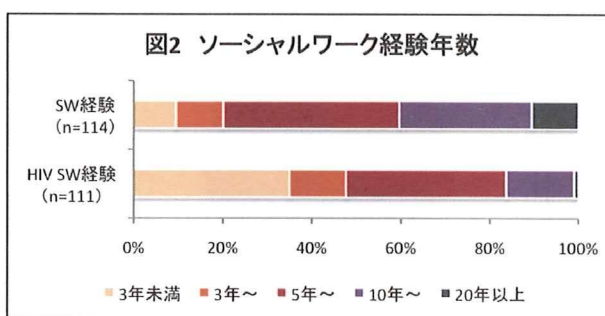
平均在院日数 (n=108) は、14 日未満 19.4%、14～16 日未満 31.5%で、16 日未満が半数を超えていた。また 16～19 日未満 28.7%、19～21 日未満 10.2%であり、21 日未満で約 9 割を占めた (図 1)。



ソーシャルワーカーの人数 (n=113) は、4～5 人 28.3%で最も多く、次いで 3 人 21.2%、2 人 20.4%、6～9 人 17.7%、1 人 10.6%、10 人以上 1.8%だった。

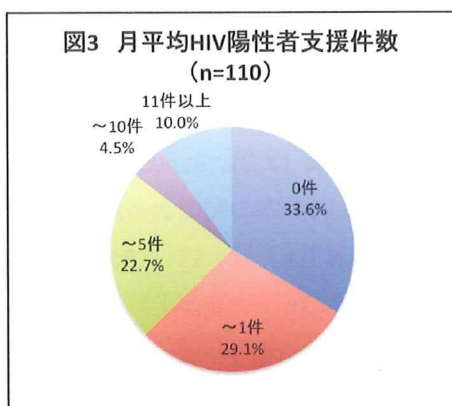
ソーシャルワーク経験年数 (n=114) は、3 年未満 9.6%、3～5 年未満 10.5%、5～10 年未満 39.5%、10～20 年未満 29.8%、20 年以上 10.5%であった (図 2)。

HIV ソーシャルワーク経験年数 (n=111) は、3 年未満 35.1%、3～5 年未満 12.6%、5～10 年未満 36.0%、10～20 年未満 15.3%、20 年以上 0.9%であった (図 2)。



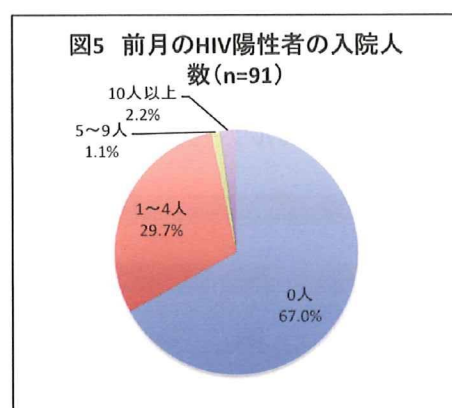
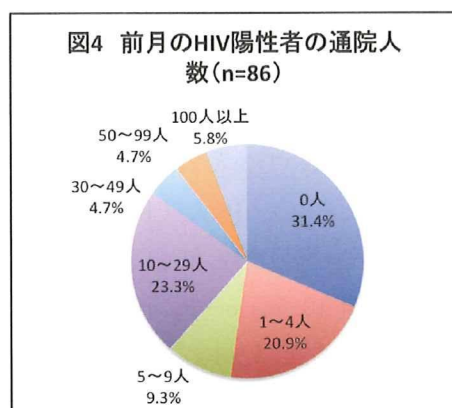
月平均支援実件数 (n=93) は、20 件未満、20～50 件未満、50～100 件未満がいずれも約 2 割で、100 件以上が 37.6%と、およそ 1/3 が月 100 件を超えていた。

一方、HIV 陽性者の月平均支援実件数 (n=110) は、0 件が 33.6%と最も多く、0～1 件と 1～5 件を合わせると約半数を占めていた (図 3)。



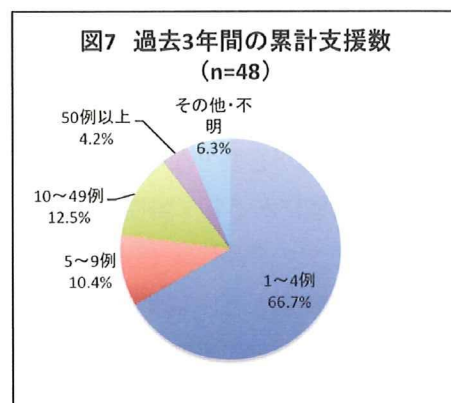
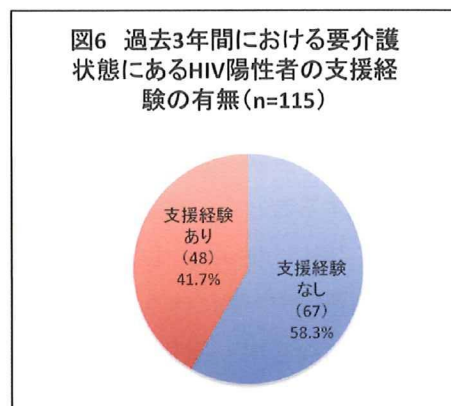
前月の HIV 陽性者の通院人数 (n=86) は、1~4 人 20.9%、5~9 人 9.3%、10~29 人 23.3%、30~49 人 4.7%、50~99 人 4.7%、100 人以上 5.8% であり、およそ 1/3 は通院患者がいなかった (図 4)。

前月の HIV 陽性者の入院人数 (n=91) は、1~4 人 29.7%、5~9 人 1.1%、10 人以上 2.2% であり、およそ 2/3 は入院患者がいなかった (図 5)。



HIV 感染症チーム医療加算 (ウイルス疾患指導料の加算 220 点) の指定を受けている機関 (n=108) は、31.5% で 34 カ所であった。

本調査の対象となる要介護状態にある HIV 陽性者の過去 3 年間における支援経験 (n=115) は、経験ありが 48 人で 4 割強であった (図 6)。経験のある者の過去 3 年の累計支援実数は、1~4 例が 66.7%、5 例以上経験している者も約 3 割存在した (図 7)。

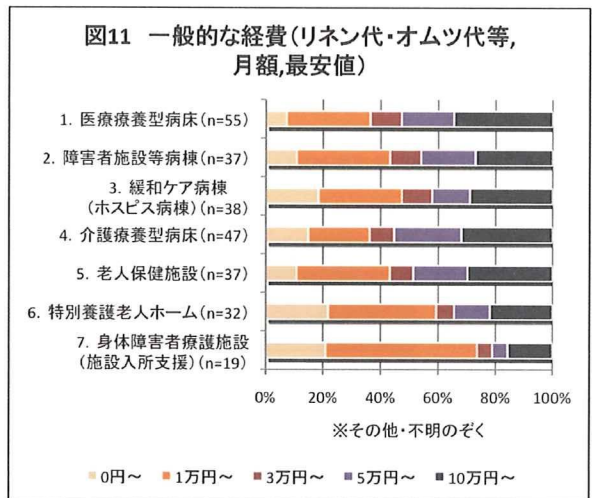
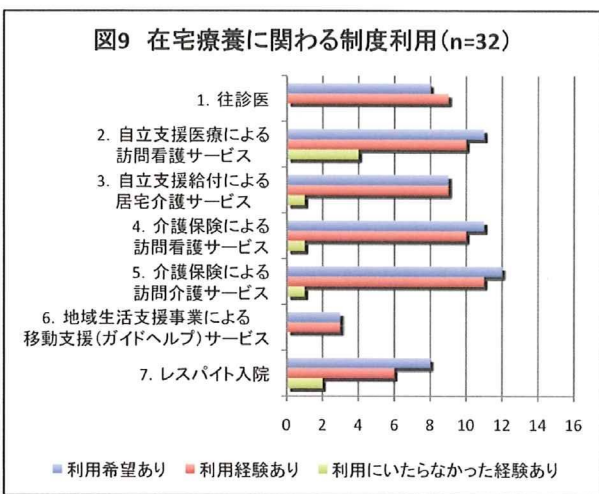
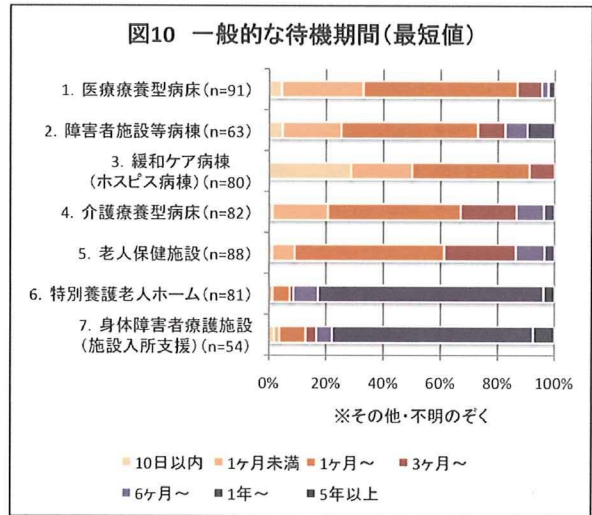
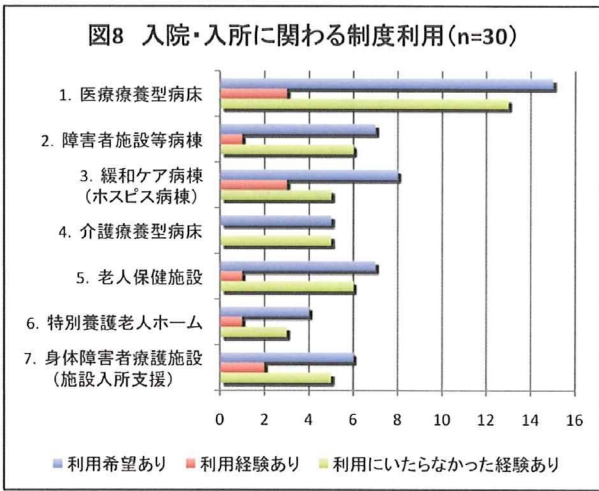


2) 要介護状態にある HIV 陽性者の制度利用状況

要介護状態にある HIV 陽性者の入院・入所および在宅療養に関わる制度利用について、それぞれ「利用希望数」「利用経験数」「利用にいたらなかった数」を質問した。

入院・入所に関する制度については、30 病院において、「利用希望」は、医療療養型病床 15、緩和ケア病棟 8、障害者施設等病棟と老人保健施設 7 等の順であった。「利用経験」は、医療療養型病床と緩和ケア病棟 3、身体障害者療護施設 2、障害者施設等病棟、老人保健施設、特別養護老人ホーム各 1 で、介護療養型病床は 0 だった。「利用にいたらなかった数」は、医療療養型病床 13、障害者施設等病棟と老人保健施設 6 の順に多かった (図 8)。

在宅療養に関わる制度利用については、32 病院において、「利用希望」は、介護保険による訪問介護サービス 12、自立支援医療による訪問看護サービスと介護保険による訪問看護サービス 11、自立支援給付による居宅介護サービス 9 の順に多かった。「利用経験」は、介護保険による訪問介護サービス 11、自立支援医療による訪問看護サービスと介護保険による訪問看護サービス 10、往診医と自立支援給付による居宅介護サービス 9 の順に多く、全ての制度で利用経験があった。「利用にいたらなかった数」は、自立



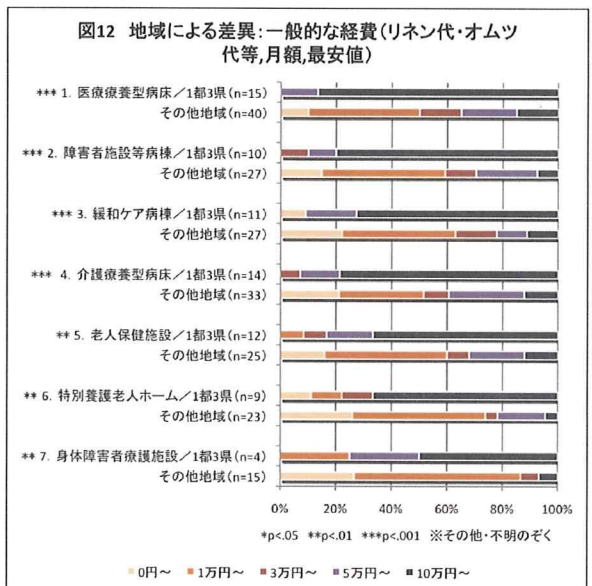
支援医療による訪問看護サービス4がもっとも多かった(図9)。

3) HIV 陽性者以外の制度利用(待機期間・経費)

HIV 陽性者以外の場合の入院・入所に関わる制度利用について、一般的な待機期間をたずねたところ、特別養護老人ホームと身体障害者療護施設は、少なくとも1年以上の待機期間があったとした回答が約8割を占めた。待機期間が1ヶ月未満だったのは、緩和ケア病棟で50.0%、医療療養型病床33.0%、障害者施設等病棟25.4%、介護療養型病床20.7%、老人保健施設9.1%の順であったが、全ての施設において、少なくとも1ヶ月以上の待機期間があったとした回答が半数以上だった(図10)。

次に入院・入所の際に、保険制度や自立支援給付の自己負担以外に必要な一般的な経費(リネン代、オムツ代等)の月額をたずねたところ、特別養護老人ホームと身体障害者療護施設以外の施設で、少なくとも10万円以上とした回答がおよそ3割に達した(図11)。

また、一般的な経費について1都3県(東京都、



埼玉県、千葉県、神奈川県)とその他の地域での差異を検討したところ、全ての制度利用において1都3県の方が有意に高額であった。1都3県においては、少なくとも10万円以上とした回答が全ての施設において半数を超え、医療療養型病床、障害者施設等病棟および介護療養型病床ではおよそ8割に達した(図12)。