

HIV 陽性者に限らず支援困難感を伴う利用者の支援にあたっては、職員の自己効力感と対応の基本的フレームを内在化している組織は、初めてのケース事例であっても、組織が自律的に内在化している支援の基本フレームワークによって積極的に動くと思われる。

《社会的使命による原動力》のある福祉施設は、他の支援困難ケースを受け入れ、支援課題に挑戦し克服してきた力を有しており、そのことが HIV 陽性者の受け入れにも有意に働いていると推測される。

## V. 《サービスを構造化する》

第五局面は、《サービスを構造化する》である。カテゴリーは、【安定する支援体制】、【視点の転換】、【主体性の回復】、である。

### 1) 【安定する支援体制】

【安定する支援体制】は、《いきなりのエイズ》、《現場の棚卸と整理》、《社会的使命による原動力》、《場の立ち上げと現場の納得》の各段階的プロセスを経て、HIV 陽性者の支援体制が徐々に確立し、他の利用者の支援と違和感なく融合する局面である。

(違いはあると思いますが、一応うちの施設は HIV 陽性者の受け入れは比較的スムーズにできると思います。既に受け入れているので職員はふつうに対応できると思います…)、(何ケースか受けているので特に違和感ないと思います…)、(それと一緒に HIV 脳症の人だったら、小まめに、陰洗を含めておむつを交換したりとか、もうマニュアル化できてますよってお話しする)。

### 2) 【視点の転換】

受け入れからそれまでの体験が組織的に内在化され、HIV 陽性者のサービスが構造化されると HIV 陽性者は「特別視」されず、その他大勢の利用者と同列の横並びの位置づけへと変わっていく。

先行研究ではマニュアルがないことが阻害要因として抽出されたが、受け入れ実績のある施設長等は、むしろ HIV/AIDS の国の施策もあり他の難病よりは情報やマニュアルは整備されているのではないかと、という声もこうした経過の中で気づ

きとして語られる。これは、既存のマニュアルで対応が可能であることを経験的に確認してきたためであろう。

また、この段階になると当然ながらケースカンファレンスに当人の意思の代弁や本人の強みを生かした個別のケア計画が作成され、具体的ケアが行われる時間的経過がある。ケアマネジメントによるモニタリングなどを経て、安定的な支援体制に入る。

利用者である HIV 陽性者と支援の関係性は深まるにつれ、クローズアップされていた HIV 感染症という個人属性は徐々にその利用者全体の人間的属性の中に取り込まれていく。

この段階では以下のような【視点の転換】が起こっていた。

(HIV 陽性者の方のことがとりわけ気にかかることはなくなった。う～ん、他の血液感染症と区別しなくなったのかな…)、(〇〇さんの家族のカウンセリングなどに課題の焦点が変化しました)、(QOL の向上かな…最初は治療の延長線上みたいな、病院の仕事の肩代り感覚かな…)。

### 3) 【主体性の回復】

現場での HIV 陽性者のケア経験から、医療機関でない社会福祉の主体性の回復がみられた。どちらかという施設長等の主導で初めての経験として HIV 陽性者を受入れる職員集団が、自分たちのケアの領域の対象者として認識を高めていく。最初の「遠い距離感」から「近い距離感」へと変わっていく局面である。

一人の生活の辛さ、生きづらさを抱えている者への共感的態度が形成され、(受け入れてみれば他の利用者のケアと何も変わらない)というケアの内実に気づく。

(特に他の方と変わらない、B 肝や C 肝の方は他にもいらっしやるので感染症対策にも普段通り、これからいろいろあるかもしれませんがエイズということで区別する必要もないし、他の方と同じですね。特に違いはない)、(生活援助だと思えます。要介護者の方のケアをしている感覚で、他の

介護保険法の特定疾患と同じと職員は思っていると思います。いろいろな経験をされてきているので、むしろ福祉の分野かなって思ったり…。

## 考察

本研究は、HIV 陽性者の福祉施設における受け入れプロセスの構造に着目して分析を行った。

結果、HIV 陽性者の受け入れに関して《いきなりのエイズ》、《現場の棚卸と整理》、《社会的使命による原動力》、《場の立ち上げと現場の納得》、《サービスを構造化する》、の5つの段階的局面を示すカテゴリーが生成された。

全体として浮かび上がってくる社会福祉施設における HIV 陽性者の受け入れの課題としては以下の内容が重要と思われる。

当初、福祉施設の施設長等は HIV/AIDS に関して自分たちの対象と考えていなかったことが判明した。また、受け入れ要請はいきなり、単刀直入に要請され、事業所側は意思決定段階で先例や比較参照する事例がないことから暗中模索状態になり、意思決定の判断に迷うことが分かった。

特に、従事者がエイズに関する負のイメージを介して強い不安のスパイラルに陥りやすいことや HIV/AIDS に関しての基礎的知識に欠けているため、この対応策に高い関心があった。

受け入れには、「支援困難者を理由に断らない」、「行き場のない人を受け入れる」等の事業所の理念や経営層のリーダーシップがいずれの事業所でも際立った特徴として示された。

以上のことから、マニュアルには福祉施設での HIV 陽性者の受け入れは支援困難感が伴うので、積極的に受け入れ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。利用者本位の価値や病気による差別はしない等の福祉理念や社会福祉施設の使命を大きく掲げることも重要だと思われる。HIV 陽性者の生活主体者としての視点、職員の権利擁護の視点が折り込まれていることが必要だと思われる。

一方で、【単刀直入な受け入れ要請】から受け入れ意志決定に至るプロセスで、施設長らの意思決定を支持し、活用できる情報を入れることが重要と思われる。HIV/AIDS の正しい理解と基本知識の

獲得が向上する内容が必要であるが、単に医学・看護知識だけでなく、HIV 陽性者を身近な人として理解するために、当事者の語りなどを盛り込むと効果的であると思われる、

感染症予防の知識と特にスタンダードプリコーションの施設内導入が進むような内容が記載される必要があると思われる。いろいろな場面が想定されるので Q&A 式に消毒方法などは具体的な検索方式が実用的と思われる。

特に、非常勤なども一読してもらえるように文字を多くせずイラストなどで分かりやすくするものが良いと思われる。例えば感染力の弱いことをアピールするのに大きな文字で分かりやすく表示する工夫などが必要だと考える。

将来的には、HIV 陽性者の福祉施設受け入れニーズは確実に増加していく。HIV 陽性者の受け入れは福祉施設にとっては、「いつか来る道 通る道」であり、受け入れを想定し、事前の準備することをイメージされることが重要である。

## 結論

以上の得られた知見を基に来年度は福祉施設従事者向けの教育研修に関する研究と HIV 陽性者の福祉施設受け入れに関するマニュアルの作成に関する研究を計画する予定である。

## 研究 2

### 福祉施設における HIV 陽性者の受け入れマニュアル作成に関する研究

#### 研究目的

研究 1 であきらかになった福祉施設の HIV 陽性者の受け入れプロセスを参照に HIV 陽性者の社会福祉施設受け入れのためのマニュアルを作成し HIV 陽性者の受け入れ促進のためのツールを開発する。

#### 研究方法

研究 1 であきらかになった福祉施設の HIV 陽性者の受け入れプロセスを参照に HIV 陽性者の社会福祉施設受け入れのためのマニュアルの基本枠組みを検討した。

## 結果

研究1の結果では、「いきなりのエイズ」、「現場の棚卸と整理」、「社会的使命による原動力」、「場の立ち上げと現場の納得」、「サービスを構造化する」という5つの中核的なプロセスカテゴリーが生成された。これを参照軸にマニュアルの構成を検討している。

特に、社会的使命感を喚起する内容、当事者をイメージしやすいように当事者の語りを入れる、現場の納得を得られるような具体的なアドバイス、初動体制の重要性などを盛り込みたい。

## 結論

福祉施設向けの HIV 陽性者のマニュアルを策定し、研究1の内容を検証するとともに、そのマニュアルを教材として使用して、具体的な研修プログラムを開発していく。

## 全体結論

本研究の累積事例研究で HIV 陽性者の受け入れプロセスが示唆されたので、この成果をマニュアルに応用して本研究の妥当性を引き続き検証していく予定である。

また、平成23年度は、作成した HIV 陽性者の福祉施設受け入れマニュアル(仮称)を使用して福祉施設従事者向けの啓発研修を行い、その実用性を検証していく予定である。

## 健康危険情報

なし

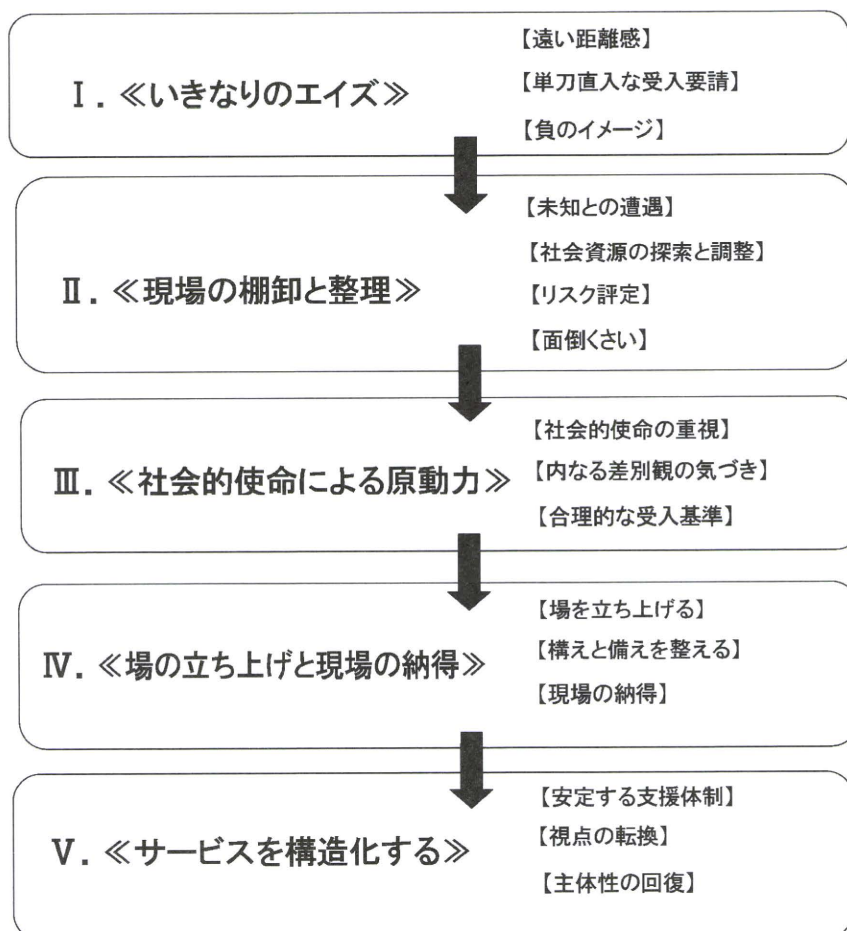
## 知的財産の出願・取得状況

なし

## 研究発表

なし

図1. HIV 陽性者の福祉施設の受け入れの全体プロセス



<<>はカテゴリー 【】は構成概念

## 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：石川 雅子（千葉県健康保健部 派遣カウンセラー）

関谷 早苗（駒込病院感染症科看護師）

小澤あかね（国立国際医療研究センター戸山病院 ACC リサーチレジデント）

山田 由紀（国立国際医療研究センター戸山病院 ACC 看護師）

井上 洋士（放送大学教授）

清水 茂徳（ライフ・エイズ・プロジェクト 代表）

磐井 静江（財団法人いしずえ 事務局長）

村井 優夫（駒込病院 ソーシャルワーカー）

藤平 輝明（東京医大病院 ソーシャルワーカー）

谷内 智雄（荻窪病院ソーシャルワーカー）

岡本 学（国立病院機構大阪医療センター ソーシャルワーカー）

瀧浦その子（大阪市立総合医療センター ソーシャルワーカー）

隈村 綾子（京都大学医学部附属病院 ソーシャルワーカー）

山岡 正典（奈良県立医科大学付属病院 ソーシャルワーカー）

梶原 秀晃（野村病院 生活相談員）

脊戸 京子（地域生活支援センター 「あん」 代表）

高田 雅章（地域生活支援センター 「あん」）

## 研究要旨

### 1. 「退院援助困難事例のための支援シート」に関する研究

要介護状態で自立困難な HIV 感染者を始めとする退院援助困難事例を支援する際に活用できるシートについて、昨年度の試用結果の意見を反映して修正版を作成し、ブロック拠点病院と中核拠点病院に試用およびその結果を検証するためのアンケートを依頼した。今回の主な修正点は、アセスメント項目を身体的状況と心理・社会的状況に分けたこと、支援を視点・ツボを示した図を挿入したことである。またアンケート票を構成する要素としては、患者・家族との関係性、チームと他職種理解、生活課題の特定と支援計画、ネットワーク形成の4点とした。試用結果については未回収である。

### 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に基づく提言

地域の社会資源・制度に関して、2009 年度に拠点病院ソーシャルワーカーに対して行った実態調査結果に自由記載を整理した内容を追加して、報告書を作成し、全拠点病院にフィードバックした。また関東と関西で各1回、エキスパート・ソーシャルワーカーによる、調査結果に基づいた制度上・運用上の課題に対する検討会議を実施した。現在次回の診療報酬改定に向けた要望書を作成中である。

### 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活動を展開するにあたって、エンパワメント評価の手法を導入し、活動のミッション、内容、目標、戦略と指標を言語化する作業を協働して実施した。併せて啓発イベントを2011年1月に実施予定である。

## 1. 「退院援助困難事例のための支援シート」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沿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

2009年11月末～2010年1月末までに支援シート試案を実施したブロック拠点病院の看護師に対して行ったインタビュー等を基に、研究協力者間で再検討、修正版を作成し、2010年10月にブロック拠点病院および中核拠点病院等（65か所）に試用依頼した。また併せて結果を検証するためのアンケート票を送付した。依頼先は各病院看護部長及び担当支援看護師。試用期間は2010年10月から2011年3月とした。

### （倫理面への配慮）

各病院における倫理委員会の必要性については依頼文の中で問い合わせ、各病院の事情に合わせて必要な手続きを取る準備を行った。

### 研究結果

2009年度の試行結果は、7病院10ケースから意見を伺った。その結果、現状把握や課題の明確化、気づきに繋がったという意見が多かった一方で、既にある様式との兼ね合い、記入時期の課題、裏面のコツの使用法、患者・家族との共有等についての指摘があった。

これらを受けて、今年度は、主な修正点として、シートに試用方法に対する留意点の明確化、使用時期の記載方法の変更、アセスメント項目における身体的状況と心理・社会的状況の二分化、支援を視点・ツボを示した図の挿入などの修正を行った。

使用結果を検証するためのアンケート票については、シートの使用状況と使いやすさ、および役立ち感について質問した。役立ち感に関する項目は、ケ

アマネジメントにおけるケアカンファレンス過程の構造に関する先行研究を活用し、本研究に沿って修正したモデルを使用した。構成する要素としては、患者・家族との関係性、チームと他職種理解、生活課題の特定と支援計画、ネットワーク形成の4点とした。試用結果およびアンケート票については、現時点で未回収である。

### 考察

2009年度の試用結果からは、有効性への評価と共に、実用面での指摘がなされた。これらを受けてシートの内容を修正し、ブロック拠点病院および中核拠点病院等に試用依頼した。またシートの使用効果を評価するための量的調査を併用することにより、本シートの有用性を実証できるものと思われる。結果については、未回収であるが、本モデルと類似のシートは、緩和ケアの領域でも試行されており、今後HIV以外の領域でも使用可能なツールとなる可能性が示唆される。

### 結論

退院援助困難事例のための支援シートの修正版を作成し、アンケート票と共に、ブロック拠点病院および中核拠点病院等に試用依頼を行った。現時点では、未回収であるが、来年度にかけてその成果を検証する予定である。

## 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に基づく提言

### 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た上で、課題の改善に向けた提言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。

昨年度は、量的結果についての報告を行ったが、今年度は自由記載の内容を分析した。またその結果を追加した報告書及び資料編を作成し、全拠点病院にフードバックした。さらに関東と関西で各 1 回、エキスパート・ソーシャルワーカーによる、調査結果に基づいた制度上・運用上の課題に対する検討会議を実施し、それらの意見を踏まえて、現在今回の診療報酬改定に向けた要望書を作成中である。

### (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 I (実態調査の自由記載より)

- (1) 回答数 117 票、回収率は 31.3%。このうち、分析対象は、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。
- (2) 支援を進める上での制度上の阻害要因やその改善のために必要な対策

要介護状態にある HIV 陽性者の支援経験が過去 3 年間にあるとした回答者 (n=48) に、支援を進める上での制度上の阻害要因やその改善のために必要な対策について自由記述で聞いたところ、不安を解消し正確な理解や受け入れを進める教育・研修・周知・指導、拠点病院との連携の確保のほか、医療療養型病床における医療区分を 1 から 2 へ改定、障害者施設等病棟および緩和ケア病棟の増設や受け入れ疾患・障害の拡大など多岐にわたる制度上の要因を指摘し、その改善・解決を求め

る回答があった (表 1)。

表 1 支援を進める上での制度上の阻害要因やその対策 (自由記述)

●不安を解消し正確な理解や受け入れを進める教育・研修・周知・指導
●拠点病院との連携の確保
●制度上の阻害要因の改善・解決 <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療療養型病床における医療区分を 1 から 2 へ改定</li> <li>・障害者施設等病棟および緩和ケア病棟の増設や受け入れ疾患・障害の拡大</li> <li>・入院・入所中の拠点病院への受診を容易にする制度改正</li> <li>・検査代などが施設負担となる仕組み (包括) の見直し</li> <li>・HIV 陽性者を受け入れた際の報酬上のメリットの保障</li> <li>・自立支援医療の指定を取りやすくする</li> <li>・難病のレスパイト入院のように拠点病院に固定床を設ける</li> <li>・新規開設の条件に要介護 HIV 陽性者の受け入れを加える</li> <li>・居住費、差額ベッド代、個室料の見直し</li> <li>・待機期間の短縮</li> <li>・地域格差の是正</li> <li>・サービス支給量の増強</li> <li>・看護・福祉人材の確保</li> </ul>

- (3) 生活保護受給者の制度利用における制度上の阻害要因

生活保護受給者だからという理由による困難さはない、生活保護を受給していることは一つのメリットとする回答があった一方で、入所系は保険外の私費負担が大きく保護費負担だけでは足りない等、特に入院・入所に関わる制度利用において、その利用が阻害されているとの回答があった。在宅療養に関わる制度利用においても、訪問看護サービスの利用を医師の指示があっても福祉事務所が認めなかった等の回答があった (表 2)。

表 2 生活保護受給者の制度利用における制度上の阻害要因 (自由記述)

<入院・入所に関わる制度利用> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入所系は保険外の私費負担が大きく保護費負担だけでは足りない</li> <li>・リース代を負担せざるをえない病院が入院ベッドを制限し入院先がほとんどない</li> <li>・施設によっては生活保護受給者は対象外としており相談すらできない</li> <li>・家族の協力が得られない場合にはおしめ費用の支払い等の問題で受け入れ側にも迷惑がかかる</li> <li>・保証人や身元引受人が必要とされるが単身者には無理な条件</li> <li>・福祉事務所のケースワーカーが夜中でも連絡が取れることが入院の条件にされるなどケースワーカーにも負担が大きい</li> </ul>
<在宅療養に関わる制度利用> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問看護サービスの利用を医師の指示があっても福祉事務所が認めなかった</li> <li>・家族等の支援者が得られない場合は公的サービスで補うことに限界がある</li> <li>・独居者が多く制度ではまかなえない時間帯があるが実費でのサービス利用ができない</li> </ul>

また、困難を経験した内容について聞いたところ、療養型病床の医療機関から入院受け入れはしないと拒否された、生活保護担当者が病状を理解されず働けるはずと強制するケースがある等の回答があった (表 3)。

表3 生活保護受給者の制度利用において困難を経験した内容（自由記述）

<ul style="list-style-type: none"> <li>・療養型病床の医療機関から入院受け入れはしないと拒否された</li> <li>・生活保護担当者が病状を理解されず働けるはずと強制するケースがある</li> <li>・就労の意志があり医療事務の資格を生業援助で出してもらおうとしたが医療事務だと経済的自立ができないと断られた</li> <li>・就労指導されてもなかなか仕事先が見つからず、外来受診の時間が保障されないケースもあり、安定した生活設計が立てられない</li> <li>・介護を必要とした場合に生活の場の選択肢がない</li> <li>・保護費は通帳に入るため引き出せなかったり病棟で現金を管理できないため細かい支払いに困る</li> <li>・身内と疎遠になっているため入院・入所時の申し込み手続きや急変時の対応をめぐり受け入れ先から難色を示された</li> <li>・市町村で、係ごとで、担当者ごとで温度差が大きく協力の得方に困ることが多い</li> <li>・保証人がいないため転院できず、身よりもないため市町村申し立てで後見人が付いたが申請から決定までとても時間がかかった</li> </ul>
--

改善のために必要な対策については、高額な保険外費用やベッド数の制限の改善が必要だが各病院が決めており変えていくことはとても困難、行政にアプローチしないと対応のしようがない等の回答があった（表4）。

表4 生活保護受給者の制度利用における改善策（自由記述）

<ul style="list-style-type: none"> <li>・高額な保険外費用やベッド数の制限の改善が必要だが、各病院が決めており変えていくことはとても困難</li> <li>・行政にアプローチしないと対応のしようがない</li> <li>・受け入れ交渉の際に阻害要因と先方が述べられる点のご理解を求める働きかけを行っている</li> <li>・福祉事務所のケースワーカーが身元引受人や緊急時連絡先を事前に十分把握しておくことで入院・入所時に家族がいないために断られることは回避できるのではないかと</li> <li>・公的保証人が必要</li> <li>・扶助範囲の拡大。保険外の負担が生活保護から出るよう改善する</li> <li>・他制度の生活保護受給者への特例対応</li> <li>・生活保護対応の療養型施設を作るしか方法はない</li> <li>・HIV陽性者を地域全体で支える意識が持てるように講演や研修が必要</li> </ul>
--

(4) ボーダーライン層（生活保護基準の1.3倍程度までの所得層）について

入院・入所に関わる制度利用については、保険外費用負担ができず希望にそえないことがほとんどで、生活保護受給者と同様に費用負担面から入所先を探さねばならず選択肢がない等の回答があった。在宅療養に関わる制度利用については、負担を考慮して適切な量のサービスを利用するのが難しい、希望ではない在宅療養が続く場合にはネグレクト、虐待につながる可能性も高い等の回答があった（表5）。

表5 ボーダーライン層の制度利用における制度上の阻害要因（自由記述）

<p>&lt;入院・入所に関わる制度利用&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ボーダーライン層では保険外費用負担ができず、希望にそえないことがほとんど。単身者も厳しく、HIV陽性者であればますます行き先はない</li> <li>・生活保護受給者と同様に費用負担面から入所先を探さねばならず選択肢がない</li> <li>・療養型病床は月20万円以上と負担額が高く支払えない場合が多い。安い療養型病床は数が少なく待機が長い</li> <li>・支払い困難のため本来は入所希望でも在宅生活を余儀なくされることがある</li> <li>・保険外費用はもちろん医療費自体の負担も重く、被保護者より身動きが取れない</li> </ul> <p>&lt;在宅療養に関わる制度利用&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・負担を考慮して適切な量のサービスを利用するのが難しい</li> <li>・希望ではない在宅療養が続く場合にはネグレクト、虐待につながる可能性も高い</li> <li>・生活保護ではないため自己負担の支払いが困難の場合あり</li> <li>・福祉事務所のケースワーカーやケアマネジャーに必要な以上の負担がかかり責任を持ってない</li> </ul>
--

その他、困難を経験した内容については、仕事を辞めずに通院を続けるために綱渡りの予約の生活を続けている等の回答があった（表6）。

表6 ボーダーライン層の制度利用におけるその他の困難（自由記述）

<ul style="list-style-type: none"> <li>・仕事を辞めずに通院を続けるために綱渡りの予約受診をしているが休むわけにもいわずギリギリの生活を続けている</li> <li>・在宅労働継続できている期間は良いが近い将来への不安を持ちつつ生活している</li> <li>・社会情勢、病気についての開示、年齢層などの要因で就労支援にも限界があり、医療費の負担から治療中断してしまうと支援全体が困難になる</li> <li>・支援は必要だとご本人も思っているが費用負担できずにサービス利用を控えてしまい、結果ADL低下、QOL低下</li> <li>・自立支援医療制度を利用しても一部負担金を一括で支払えない</li> <li>・自立支援医療制度に該当しない疾患で入院や通院した場合の支払いができない</li> <li>・費用の発生するサービスは導入が難しい</li> <li>・生活保護申請がなかなか受け付けてもらえない</li> <li>・生活保護申請を嫌がる</li> <li>・更新手続きについて地域格差がある</li> <li>・オーバーステイの外国人が入院したが、単身で支援者もおらず治療費も生活費もなく、検査のみで退院となった</li> </ul>
---

改善のために必要な対策については、制度の手続き支援を確実にを行う、長期療養施設における医療費の制限の改善等の回答があった（表7）。

表7 ボーダーライン層の制度利用における改善策（自由記述）

<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立支援医療、手帳、重心運付、減免適用など、制度の手続き支援を確実に行う</li> <li>・長期療養施設における医療費の制限の改善</li> <li>・無料低額診療事業や無料低額介護老人保健施設利用事業の拡大</li> <li>・重度障害者の医療費支給制度の現物給付化</li> <li>・リネン代、リース代と呼ばれる自費金は家族などに頼むか行政を動かすしかない</li> <li>・自立支援医療の適用病院を増やす</li> <li>・医療と生活介護を支える複合的施設の設置</li> <li>・制度枠を超えた検討が必要</li> </ul>
--

(5) 支援を困難にしている要因と対策（自由記述）

支援経験の有無にかかわらず、HIV陽性者の支援を困難にしていると思われる様々な要因およびその改善のための対策等について、全ての回答者に自由記述で聞いた。

支援を困難にしている要因は、マクロ・メゾ領域として、①制度や運用面の要因（手続きの煩雑

さや遅滞、対応の不統一等)、②拠点病院の要因(一極集中による病院格差、地域生活からの乖離等)、③知識・機会・経験に関する要因(援助者や地域住民の知識不足、偏見等)、④プライバシーに関する要因(漏洩不安からの制度利用の躊躇等)、マイクロ領域として、⑤患者に関する要因(築いてきた家族関係、生活基盤、ライフスタイルとの摩擦や脆弱性等)の5つに分類された(表8)。

表8 支援を困難にしている要因の5分類(自由記述)

<p>①制度や運用面の要因</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・手続きの複雑さ/遅滞/対応の不統一</li> <li>・診療・介護報酬の包括制度の弊害</li> <li>・施設や事業者の指定困難/不足/偏在</li> <li>・サービス内容や負担等の地域格差</li> <li>・サービスの支給量や範囲の制限</li> <li>・病状変化に応じた対応が困難</li> <li>・若年層/低所得層/健康保険を持たない外国人の利用困難</li> </ul> <p>②拠点病院の要因</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・一極集中による病院格差/地域生活からの乖離</li> <li>・専門医や指定医の不在/偏在</li> <li>・入院日数制限や人員不足による患者支援や介入の限界</li> <li>・医療者が制度利用に不慣れ</li> <li>・医療者自身の偏見</li> </ul>	<p>③知識・機会・経験に関する要因</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・援助者や地域住民の知識不足/偏見</li> <li>・知る機会や経験の機会の不足</li> <li>・1例目受け入れの壁</li> </ul> <p>④プライバシーに関する要因</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・漏洩不安からの制度利用の躊躇</li> <li>・役場や事業者の知人の存在</li> <li>・行政担当者や窓口の配慮不足</li> <li>・申請代行等の人員確保に難</li> </ul>
--	---

<マクロ・メゾ>

<マイクロ>

⑤患者に関する要因

- ・築いてきた家族関係/生活基盤/ライフスタイルとの摩擦や脆弱性
- ・制度利用の体面の悪さ/自己イメージの低下懸念
- ・経験不足な医療機関の敬遠

改善のための対策については、「ソーシャルワーカー自身の知識不足や技量不足」を認識した上で、「支援のためのノウハウの蓄積・共有」、「個別援助の充実」、「疾患理解と地域特性に基づく対応」を進め、「権利としてのサービス利用の保障」のために、「ソーシャルアクションを含む制度の改善・活用と資源開拓」の取り組みを求める回答があった(表9)。

表9 改善のための対策(自由記述)

<p>&lt;ソーシャルワーカー自身の知識・技量不足や経験不足&gt;</p> <p>我々の勉強不足、技量不足も原因となって介入ができていない/横断状態/問題を一般化していくまでに至っていない/支援経験者が当院にはいない</p> <p>→支援のためのノウハウの蓄積・共有</p> <p>患者数が少ないためノウハウ等の蓄積が難しいが様々な状況を想定しておく必要がある/社会資源や制度について研修を受けたい</p> <p>→個別援助の充実</p> <p>小規模でも関わりの濃い意識統一したチームで関わっていくことが本人の安心感等につながる/院内だけに終始せず院外での支援もできる体制が必要</p> <p>→疾患理解と地域特性に基づく対応</p> <p>慢性疾患としての長期療養に関する問題意識が醸成されていない/当地域では話題にすることも少ない/地域全体の理解や経験がまだまだ足りない</p> <p>&lt;権利としてのサービス利用の保障&gt;</p> <p>MSWが中心となり患者さんの権利としてサービス利用を保障していくことが大切/HIVを当たり前に受け入れるような世の中にしていかなければいけない</p> <p>→ソーシャルアクションを含む制度の改善・活用、資源開拓</p> <p>負の処遇を改善するのもMSWの仕事/制度的なバックアップがなければ現状は変わらない/拒否されても情報提供を続けていく/ケースに介入していく中で周囲に伝えていく/関係機関等との連携を積み重ねていくことが大切</p>
---

## 研究結果 II

調査結果を踏まえて 2010 年 7 月 26 日に関東のソ

ーシャルワーカー4名、同年 11 月 21 日に関西のソーシャルワーカー4名にグループインタビューを行い、課題の抽出と提言内容について検討した。

### (1) 患者の受け入れ先

#### 1) 医療療養病床について

医療療養病床では、抗 HIV 薬が定額制の外付けになり、出来高で請求が可能になったが、実際には、薬の管理も大変で、治療継続はしない、あえてやらないという方針を取るところが殆どである。関東近辺では入院を受け入れたという話を聞いたことがない。入院時に、仮に急変することがあっても十分な対応はできないという制限をあらかじめ了承し、全て病院側にお任せしますとした上で、+10~15 万円の保険外負担も了承した患者しかとらないのが現状である。そうした条件がある程度揃っていない限り、全部すり抜けてしまうという現状にある。病院が恨まれる場合もあることを警戒し、あえて「ややこしい人」は取らないというスタンスが大半である。

診療報酬上、毎日 ADL をチェックしなければならないなど、病棟にとって厳しい条件があるため、病院にとって上手に断りやすい状況が今はできているともいえる。医療の機能分化が進んだことで、各病院の守備範囲が確実に狭くなっている。

#### 2) 回復期リハビリテーション病棟

脳梗塞等規定以外の患者の診療報酬は全て査定減となってしまうため、受け入れてもらえない。退院患者の 60 パーセントを在宅に帰さなくてはならないなどの条件があることも背景にある。たとえば、PML によるリハビリなど、対象となる範囲を広げる必要がある。

#### 3) 人工透析対応施設

最近増えつつある、透析の必要な HIV 患者の受け入れ先が少ない。医師自身は了解でも、周りのスタッフを説得できないケースなどがある。

#### 4) 他病院受診

今回の診療報酬改定で他病院受診の制限が厳しくなり、入院中に専門病院を受診して、まとめて処方して持っていくことが事実上出来なくなった。このため療養病床への入院困難に一層拍車がかかった状況がある。

今後、少なくとも、専門医療に関しては、療養



病床側に負担にならない形で他科受診を認めてほしい。まず難病や HIV 感染症の場合に求められる。

#### 5) 介護療養病床

介護療養病床の方が、医療区分 1 ぐらいの人を取ってくれる現状にはある。しかし、東京では特養等の待機待ちができるという理由で、要介護 4, 5 しか対象にならず、その他の人は在宅でという流れになっている。

#### 6) 障害者病床

身体障害者手帳による基準では入れなくなつて、難病等であることが必要になった。ただし、ALS は将来呼吸器をつけるようになるリスクもあり、実際にはパーキンソン病の人ばかりになっている現状がある。

#### 7) 特別養護老人ホーム

家族が付き添いをするなど、通院の便だけがあれば、特に問題はおこらない。

#### 8) 老人保健施設

他科受診は不可能で、2 ヶ月分の薬持ち込みで行けば入所は可能であるが、現状では入所不可能。急性期病院では 2 週間で解決しなくてはならないのに、所定の書式が非常に手間のかかるものになっていて待てないのが理由である。

#### 9) 高専賃、老人アパート、シニアハウス

良心的なところもあるが、貧困ビジネス様のところなどグレーゾーンの中の実施が現状。

#### 10) 在宅の現状

医療費の削減に向けて在宅指向が叫ばれているが、職員の人件費とかトータルで考えたとき、在宅はむしろお金がかかる場合がある。

以上のような制度の環境の下、患者にとっては、経済的に豊かな人にとっては選択権があるが、ごく普通の人にとって、選択権がない現状にある。大多数のごく普通の人にとって、在宅または療養病床などバランス良く選べるような施策にする必要がある。お金がなくてやむを得ず、在宅を選択しても人手がないと劣悪なところに行くしかないのが、現状となっている。

国としては、「メニューとして揃えています」と言うが、制度上の条件や受け入れ条件が揃わない人は全部すり抜けてしまっている。また政策がす

ぐ変更されることも現場の混乱、患者の不安・混乱に繋がっている。

さらに、今のような現状では、ソーシャルワーカーとして、患者さんへの説明はきわめて複雑であり患者側の選択もきわめて難しくなっている。

#### (2) 生活保護患者の実態

医療療養病床では、自衛策として、生活保護の人は何パーセントまで、総量規制を行っている。おむつ代等の自己負担分に対して保証人の署名を求めている福祉事務所もある。

また、一方で、ボーダーラインの人は対象にならなくなっている。

#### (3) 自立支援医療

法律通りにやると、多くの患者が 3 割負担で 5 ~ 6 万円になる。生活支援に自己負担を求める発想自身の評価や批判が求められる。

#### (4) 運用の簡略化

書類の記述が実に煩雑で、無駄が多い。自治体間の書式の統一や書類の記述の回数の削減など簡略化を図ることにより、費用の削減に繋がる。医療文書ソフトが利用できるようになったが、更生医療だけは使えない。23 指標疾患の病名をつけるしかなくなったことの制限もあり、対処療法的な薬も出せなくなっている。所得審査上の工夫も必要である。

一般に、福祉を自治体政策の自由裁量権にゆだねることの弊害が大きい。

#### (5) 政策提言に向けた要望書作成

現在内容については検討中であるが、以下のような内容を織り込む予定である。

##### 1) 医療療養病床について

HIV 感染症の受け入れと地域連携に対しての報酬を設定する。

##### 2) 回復期リハビリテーション病棟

対象枠の拡大。

##### 3) 他病院受診

療養病床側に負担にならない形で他科受診を認める。

##### 4) 生活保護患者の実態

医療療養病床で生活保護枠の基準の指定。

##### 5) ボーダーライン層の患者

生保の世帯分離の法則の見直し。

## 6) 書類 運用の簡略化

更生医療の書類など

## 7) 難病と同じようなレスパイト入院への報酬の設定。

要望書の形式としては、該当箇所の調査結果のデータ入力 + 該当内容を文章化 + 事例 (① 患者への説明困難な現状 ② 実際に患者側にとっての選択になっていない事例 ③ 在宅が高額になる事例) で構成する予定である。

## 考察

HIV 感染症が慢性疾患と捉えられる時代を迎えている。エイズ診療の拠点病院の多くは一般病院であり、病院の機能分化が進められる中、在院日数の調整に奔走している急性期病院のみで要介護状態にある HIV 陽性者を支えていくことは困難であり、患者の希望や QOL に沿った支援も実現できない。

ソーシャルワーク実践においては、クライアントへの援助技術および知識を高めていく取り組みに加え、経験の中で得た知恵や成果を共有し、制度上の課題を解決していくために社会へ働きかけるアドボカシーの視点を持った取り組みが必要である。

## (1) 制度利用を困難にしている要因

制度利用を困難にしている要因については、昨年度の分析において、「経験がない」、「感染不安リスク」、「職員の理解に難」、「風評被害懸念」のみならず、高額な保険外費用の負担、医療区分や包括制度によって採算が合わない現状といった制度上の要因があげられていた。今回分析した自由記述の回答においても、多岐にわたる制度上の障害要因があげられており、要介護状態にある HIV 陽性者を支えていくためには、受入先の不安解消や理解の促進のみならず、制度利用者である患者の実情に合わせた整合性のある制度設計や、受入先が経営上も不利にならず適正に報酬が確保できるシステムが求められるといえる。

HIV 患者におけるこうした事例数は少ないから問題がないのではなく、そもそも行くところがないことを問題としなければならない。また、こうした現状は HIV 患者に特化した問題でないことも主張していく必要があると考える。

## (2) 生活保護受給者およびボーダーライン層の制度

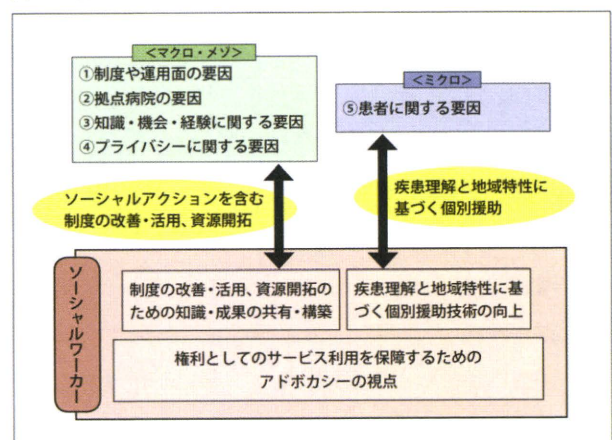
## 利用

生活保護受給者の制度利用については、昨年度の分析において、入院・入所施設の方が在宅療養制度よりも利用しづらい傾向にあり、制度利用のしづらさには、制度の自己負担以外に必要とされる高額な経費が大きく影響していると考えられたが、自由記述の回答では、多岐にわたる制度上の障害要因が指摘され、それらによってもたらされた少なからぬ困難ケースの記載があり、改善に苦慮しているソーシャルワーカーの姿が示されていた。ボーダーライン層の制度利用においても、入院・入所施設のコスト負担は大きな障害要因となっており、在宅療養制度においても費用負担が適切な量のサービス利用を阻害する要因となっていた。また、治療の継続をも危惧する回答があるなど、生活保護受給者より厳しい状況に置かれているボーダーライン層の姿が浮き彫りとなった。憲法に保障された生存権をも脅かす生活保護制度の運用面における課題の改善も含め、長期的な見通しを持った療養生活を継続可能とするための対策が求められる。

## (3) 支援を困難にしている要因と対策 (自由記述)

全ての回答者に、支援を困難にしている要因およびその改善のために必要な対策について自由記述で聞いた結果は、図 1 のように整理された。支

図1 改善のための対策



援を困難にしているマクロ・メゾ領域の要因へはソーシャルアクションを含む制度の改善・活用、資源開拓を、ミクロ領域へは疾患理解と地域特性に基づく個別援助を行っていくことが求められ、ソーシャルワーカーは、クライアントの権利としてのサービス利用を保障していくためのアドボカシーの視点から、制度の改善・活用、資源開拓の

ための知識・成果の共有・構築および疾患理解と地域特性に基づく個別援助技術の向上を進めていくことの重要性が示された。

## 結論

全国のエイズ診療の拠点病院のソーシャルワーカーを対象に、要介護状態にあるHIV陽性者を支える入院・入所ならびに在宅療養に関する制度の利用状況、利用を困難にしている要因などについて、実態調査を行った。その結果、特に入院・入所施設について利用困難な状況が明らかになった。生活保護制度を含め、制度利用者の実情に合わせた整合性のある制度設計や、適正な報酬を確保できるシステムの必要性が示され、改善に向けての政策提言を行う予定である。

## 3. 市民主体の地域啓発活動

### 研究目的

HIV/AIDSに関する啓発活動は様々な形でこれまで展開されているが、市民自らがその必要性を認識し、地域を巻き込む取り組みを主体的に行った例は殆ど報告されていない。

大阪府門真市にある、精神障害者の支援を日常的に行っている社会福祉法人つばき会地域生活支援センター「あん」が、そこに持ち込まれたHIV感染症に関する相談を契機に、同じく地域で子供や障害者などを対象に広く社会福祉活動を展開しているNPO法人「にじ」、また中学校や高校の教員をメンバーの中心とする「門真市子どもを守る市民の会」（以上の3つの団体を、以下「3団体」とする）に働きかけ、啓発活動を開始した。

活動の最終的な課題は、HIV感染症の予防のみならず、難病患者や精神障害者など社会的に脆弱な人々を含めたケア環境の向上や共生に繋がる環境の醸成にあり、本研究では、その目標達成のための前提となるミッションや戦略、指標などを具体化することを目的とした。

### 研究方法

(1) 3団体及び守口保健所保健師をメンバーとして、エンパワメント・エヴァリュエーション

(Empowerment Evaluation = 以下EE)の手法により、主体的な啓発活動の取り組みを具体化する。EEは、スタンフォード大学のFettermanを中心とした評価手法である。そのプロセスは以下のとおりである。

- 1) 活動のミッション=共にありたい活動の姿の言語化・文章作り
- 2) 現状としての活動内容の確認(テイキング・ストック)  
現在行っている活動、できる活動の提示
- 3) 抽出された活動内容に対して優先順位・重要度のランキング
- 4) 選択した活動項目に対する達成度のスケールリングとその結果に基づくディスカッション
- 5) 将来に向けた計画  
プログラム、活動、実施方法についての目標、戦略、指標の提示

また、EEにおける評価者の役割や活動は以下の10原則を基本としている(Fetterman & Wandersman, 2004)。

原則1：改善(Improvement)

評価の対象となるプログラムの改善をすべての活動の目的とする。

原則2：当事者主義(Community Ownership)

プログラムの当事者がEE評価者の助けを借りて自ら評価を行い、その意思決定の責任を負うように促す。

原則3：インクルージョン(Inclusion)

出来るだけ多くのさまざまなレベルの関係者(利用者、スタッフ、出資者等)が計画や意思決定などの評価プロセスに参加することを促す。

原則4：民主的参加(Democratic Participation)

適切な情報や条件が整っていれば、当事者は賢明な判断をするという前提に基づき、評価プロセスにおいて参加者の意思を尊重するよう促す。

原則5：社会的公正(Social Justice)

評価を行うことによって、社会的な不公正を是正・削減し、ひいてはより大きな社会善に貢献することを目指す。

原則6：当事者の知(Community Knowledge)

プログラムの当事者こそが当該プログラムの固有の状況や問題を理解しているという認識に基づ

き、当事者たちの知識や情報を重視する。

原則7：実証的戦略 (Evidence-Based Strategy)

先行研究や先行事例からその効果が科学的に実証されているモデル (戦略) の活用を促す。

原則8：能力構築 (Capacity Building)

評価プロセスを通して、当事者が自分たちのプログラムを評価する能力を身につけ (評価能力)、同時にプログラムを計画することや実施することを向上させる (プログラム能力) ように促す。

原則9：組織内定着 (Organizational Learning)

評価プロセスを通して、プログラムや組織がその内部に「学習文化」を構築し、EE の適切さが増すように促す。

原則10：説明責任 (Accountability)

出資者、研究者/評価者、実践者は相互にプログラムの過程と結果に対して説明責任を果たすように促す。

(2) 3 団体の企画により、啓発イベント第2回

「エイズを知ろう1・2・3 (ワン・ツー・スリー) ～知って・ケアして・予防して～」を研究班の主催で実施し、アンケートを実施する予定である。(2011年1月29日)

(倫理的配慮)

アンケート調査の回答者は匿名にし、特定されないよう配慮した。EE のプロセスは「あん」職員が作成し、常にメンバーと共有しながら活動を展開した。

研究結果

(1) EE によるプロセスの結果

1) ミッションの確立

(2010年5月30日)

「三つの団体と行政が、共にその専門性と違いを最大限に活かし、分かりやすさと素人感覚を大事にしなが、地域を創っていくことに力を合わせて、支援者も地域の皆も幸せになること」

2) 現状としての活動内容の確認(テイキングストック) (2010年8月21日)

現時点で行っている活動、出来そうな活動の洗い出しを行った結果、以下の13項目が提示された。

- ・情報 ・資金 ・活動場所 ・調査/聴取
- ・フィードバック ・事務/運営 ・広報

- ・継続性のある繋がり ・専門職同士のネットワーク
- ・人とのつながり ・フリートーク
- ・仕掛け ・当事者性を大切にする。

3) 抽出された活動内容に対するランキング (2010年8月21日)

上記の13項目に対して、3団体各2名ずつ、および保健師1名の計7名に、それぞれ5つのシールを渡し、重要なものの順に貼ってもらった。なお、シールは、各人の重要度や優先順位の認識に応じて一項目に複数のシールを貼ることも可能である。その結果は以下のとおりであった。

- 1位 人とのつながり . . . . . 9点
- 2位 資金 . . . . . 7点
- 3位 専門職同士のネットワーク . . 6点
- 3位 調査・聴取 . . . . . 6点
- 5位 当事者性を大事にする . . . . . 5点
- 6位 事務・運営 . . . . . 3点
- 6位 仕掛け . . . . . 3点
- 8位 情報 . . . . . 2点
- 8位 継続性のあるネットワーク . . 2点
- 10位 広報 . . . . . 1点
- 10位 活動場所 . . . . . 1点
- 12位 フリートーク . . . . . 0点
- 12位 フィードバック . . . . . 0点

4) 選択した活動項目に対する各人による達成度のスケールリング (2010年11月7日)

上記③の13項目のうち、上位5位までの活動を取り上げ、それぞれ現在どこまで達成できているかを各自1~10で点数をつけた。結果は以下の通りであった。

	A	B	C	D	E	F	G	平均
人とのつながり	8	8	4	8	5	4	9	6.6
資金	2	1	6	7	5	6	2	4.1
専門職ネットワーク	7	8	8	2	3	6	8	6.0
調査・聴取	4	5	3	2	1	2	8	3.6
当事者性	10	10	7	8	5	1	9	7.1
平均	6.2	6.4	5.6	5.4	3.8	3.8	7.2	5.5

以上の結果に基づき、ディスカッションを行った。

AとB,CとD, EとFは、同じ団体に所属するメンバーであり、平均点がほぼ同数という結果になった。

同じ団体内でもメンバーによって差がある項目については、同じ事象をどのように見ているか、意見交換を行った。またランキングの基準は平均点を 5 とする人から、マックスをまず 10 に設定することから評価する人など様々であったが、それらを互いに表現し、共有した。

#### 5) 将来に向けた計画

(2010 年 12 月 23 日)

上記の④の結果から、最も点数の低かった「調査・聴取」を取り上げて、今後の目標、戦略、指標に関してディスカッションを行った。

その結果、門真市の生活保護率、若年出生率の高さなどの背景を受けて、ターゲットを子ども、若者を中心として、1. 実態を把握すること 2. 潜在的なニーズを明らかにすることを目標にしたいとの意見に集約された。

次回は具体的な戦略、指標についてのディスカッションの予定である。

#### (2) 啓発イベント第 2 回「エイズを知ろう 1・2・3 (ワン・ツー・スリー) ～知って・ケアして・予防して～」の実施 (2011 年 1 月 29 日予定)

場所：門真市南部市民センター多目的ホール

今年度は、大阪府立門真なみはや高等学校ロック研究部 (昨年度と同様)、および大阪国際大学ストリートパフォーマンス「Absorb」のメンバーのコラボレーションとして、HIV 予防啓発のためのイベントを開催する予定である。

#### 考察

Fetterman によれば、EE は、病院の環境、学力向上、デジタルディバイド等々、多様なプロジェクトに適用され、応用範囲は広い。本研究では、HIV 感染者らを含む社会的に脆弱な人々のケア環境の向上と予防を繋ぐ環境の醸成を最終的な目的としている。

EE の手法については、事前説明の段階ではメンバーから理解を得ることが困難であったが、実際にプロセスを踏むことにより、徐々に生き生きとした積極的な参加が得られるようになった。EE は、非常に平等な環境の中で、それぞれの考え方を可視化し、自らの考えを深めながら、他者の考えに触れ、自他

の考えを交流させることに有用である。そこでは、例えば声の大きい人の考えに引きずられるといった流れを予防することができる。複数の人の考えを活性化し、集約する方法として日本でも多用されている KJ 法においても、そうした傾向を必ずしも予防できない現状がある中で、EE はより透明性と平等性に富む方法といえる。但し、KJ 法は一回のセッションで一定の目標を達成することが可能であるが、EE は複数回のセッションとさらに継続的なモニタリングが原則となる点で大きな相違点がある。

EE を促進する評価者 (研究者) の立場としては、その原則である、改善 (Improvement)、当事者主義 (Community Ownership)、インクルージョン (Inclusion)、民主的参加 (Democratic Participation) に可能な限り立脚して展開することを意識した。

その結果として、まず第 1 段階では、活動のミッションを「三つの団体と行政が、共にその専門性と違いを最大限に活かし、分かりやすさと素人感覚を大事にしながら、地域を創っていくことに力を合わせて、支援者も地域の皆も幸せになること」と設定した。

また、テイキングストックの段階においても、そのミッションに繋がる活動の抽出と優先順位のランク付け、そしてそれぞれの活動への各自のスケールを経て、今後の計画を「調査・聴取」という切り口から考える入口にまで到達した。

今後は特に EE のその他の原則、即ち、実証的戦略 (Evidence-Based Strategy)、能力構築 (Capacity Building) 組織内定着 (Organizational Learning)、説明責任 (Accountability) の原則に基づいて、議論を展開させることが重要になると考えられる。

現時点での一つの課題は、設定したミッションの中にあることも予想される。即ちミッションは、3 団体および行政と共に創ったものであり、全員の思いが込められたものである。一方で、本研究の最終的な目標は、HIV 感染症の予防のみならず、難病患者や精神障害者など社会的に脆弱な人々を含めたケア環境の向上や共生に繋がる環境の醸成にあり、その内容の幅は非常に広く設定されている。

従って今後は、本研究の最終目標と、設定したミッションとの関係の中で、どのような領域に、どの

ようにして焦点づけるかが課題となると思われる。

また、説明責任を果たすためにも、その内容によってはメンバーの拡大を検討する必要も考えられる。

いずれにしても大変重要な段階に差し掛かっていることは明らかであり、熟慮しつつ今後の展開を推進する必要があるであろう。

#### 【参考文献】

- ・Fetterman, D.M. Wandersman, A. (ed.) (2004)  
Empowerment Evaluation Principle in Practice. New York: The Guilford Press.
- ・Fetterman, D.M. 「エンパワメント」はどのように評価するのか? —他者と自らへの支援とその効果—、講演会記録『桃山学院大学人権年報』No. 31, 2005, pp. 52-73.

#### 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

##### 1) 原著論文による発表

該当なし

##### 2) 口頭発表

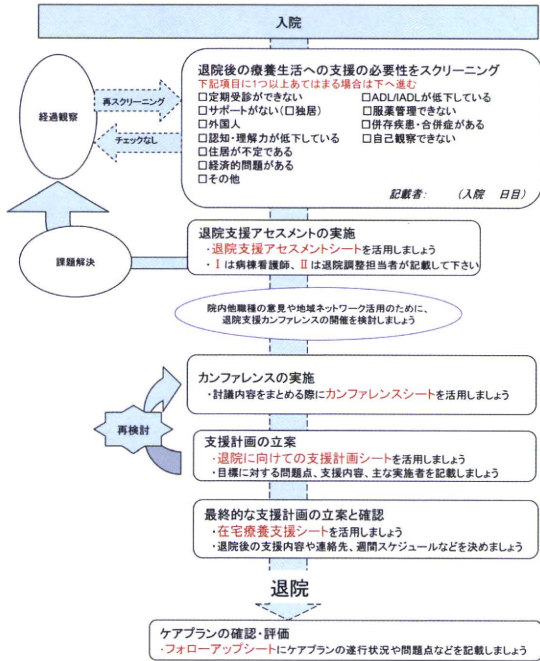
清水茂徳、磐井静江、小西加保留：要介護状態にある HIV 陽性者を支える地域の社会資源・制度に関する研究—拠点病院ソーシャルワーカーに対するアンケート調査より—。第 24 回日本エイズ学会、東京、2010 年 11 月

平島園子、岡本学、小西加保留、白阪琢磨：訪問看護導入時における制度利用について。第 24 回日本エイズ学会、東京、2010 年 11 月

清水茂徳、小西加保留：要介護状態にある HIV 陽性者を支える地域の社会資源・制度の課題—エイズ拠点病院ソーシャルワーカーへの実態調査から。日本社会福祉学会第 58 回秋季大会、愛知、2010 年 10 月

退院支援フローチャート 患者氏名( )

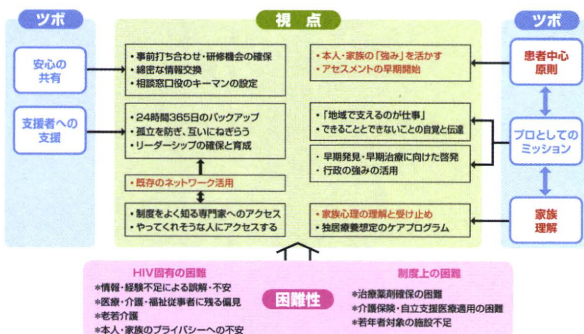
◇この支援シートは退院支援が必要なケースを早期に見極め、様々な職種の人々と協働して支援する際のツールとなるものです。使用上のQ&Aが裏面にありますのでご参照下さい。  
 ◇図(コツ)および各シートの裏面に「退院調整をうまくすすめていくためのコツ」を掲載しています。シートを記入する際の留意点の確認、支援に行き詰まった時や振り返りを行う際にご活用下さい。



フローチャートQ&A

- Q1. 入院時に一度退院支援アセスメント行いましたが、入院期間が長くなったため、再度アセスメントを行おうと思います。初回の「退院支援アセスメントシート」に書き加えても良いでしょうか？
- A1. はい。患者さんによっては、入院期間中にアセスメント内容が変わることはあることです。状態の変化に合わせて何度でもアセスメントを行って下さい。その際は、「退院支援アセスメントシート」に新たに書き加えていただいてもよいですし、新たなシートを加えていただいても結構です。
- Q2. 「退院調整担当者」というのはどういう人のことを言うのでしょうか？
- A2. 患者さんが退院後も安全で安定した療養生活を行う為に様々な準備を行う必要がありますが、それらを主に「退院調整担当者」として行います。
- Q3. 退院調整をうまくすすめていくためのコツの中で、「患者の強みに注目する」とはどういう意味でしょうか？
- A3. 患者さんが本来持っている力を最大限活用することで解決の糸口につながる可能性があります。  
 例1) できているADLやIADLがある一さらしのばすことが可能  
 例2) 意思や意見を伝えることができる一希望の実現を目標に一緒に考えられる  
 例3) 経済的に余裕がある一制度の枠外の一サービスも使える  
 例4) 親しみやすさなどの長所を持っている一初めの人でも関係を築きやすい
- Q4. 在宅療養の計画を患者さんや家族と共有したい場合はどうしたら良いですか？
- A4. 「在宅療養支援シート」は医療者と患者さんや家族が共有できるようになっています。是非ご活用下さい。

図：退院調整をうまくすすめていくコツ



氏名( ) 年齢( 歳) 性別(男・女) 年 月 日 記載(入院 日付)

退院支援アセスメントシートI ※病棟看護師が記載 サイン( )

診断名		
症状	※こちらに情報の詳細を記載	
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"/> 朝食中 <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 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自分で尿器・PTイレ <input type="checkbox"/> 介助で尿器・PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿量置かてーテル 身体の手洗 <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 洗面・爪切 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 要介助 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 要介助 起居 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 起き上がり要介助、座位保持可 <input type="checkbox"/> 起居不可 歩行・移動 <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 階段昇降 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器使用 <input type="checkbox"/> 要介助
血友病関連の運動障害	拘縮	⇒なし <input type="checkbox"/> あり( )
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"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 聴力障害	
心理/精神状態	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 死念慮・自殺企図 <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( ) <input type="checkbox"/> パーソナリティ( ) <input type="checkbox"/> 依存症(薬物、アルコール等) <input type="checkbox"/> その他( )	
嗜好/趣味		
現在行われている医療処置等	<input type="checkbox"/> 投薬 ⇒管理方法 <input type="checkbox"/> 自己管理可、 <input type="checkbox"/> 見守りまたは声かけ必要、 <input type="checkbox"/> 要介助 内服 <input type="checkbox"/> 血液製剤( ) ⇒ <input type="checkbox"/> 自己注射可 <input type="checkbox"/> 不可 実施者( ) <input type="checkbox"/> 自己注射( ) <input type="checkbox"/> 軟膏塗布 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> IVH・点滴管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう管理) <input type="checkbox"/> 離床投与・HOT <input type="checkbox"/> 褥創処置 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> ストマケア <input type="checkbox"/> 尿量置かてーテル <input type="checkbox"/> 透析( ) <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 食事療法( ) <input type="checkbox"/> その他( )	
退院後に予測される必要な医療処置等	<input type="checkbox"/> 投薬 ⇒管理方法 <input type="checkbox"/> 自己管理可、 <input type="checkbox"/> 見守りまたは声かけ必要、 <input type="checkbox"/> 要介助 内服 <input type="checkbox"/> 血液製剤( ) ⇒ <input type="checkbox"/> 自己注射可 <input type="checkbox"/> 不可 実施者( ) <input type="checkbox"/> 自己注射( ) <input type="checkbox"/> 軟膏塗布 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> IVH・点滴管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう管理) <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> 褥創処置 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> ストマケア <input type="checkbox"/> 尿量置かてーテル <input type="checkbox"/> 透析( ) <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 食事療法( ) <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"/> 通院困難 <input type="checkbox"/> 独居 <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"/> 料理 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ごみ捨て <input type="checkbox"/> お風呂 <input type="checkbox"/> その他( )	
備考		

⇒裏面の退院調整をうまくすすめていくコツ【アセスメント編】を見てください

退院調整をうまくすすめていくためのコツ<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"/> 患者の長所や強みに注目してみましたか <input type="checkbox"/> できている/できる可能性のあるADLやIADLがある <input type="checkbox"/> 意思や意見を伝えることができる <input type="checkbox"/> SOSを発信できる <input type="checkbox"/> 親しみやすさなど長所となる性格を持っている <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 <input type="checkbox"/> 患者がこれまで地域で関わりがあった資源の活用・評価を行いましたか
【院外】	<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 ⇒ 既存のネットワークを使って経験豊富な人からヒントを貰う

氏名( ) 年齢( 歳) 性別( 男・女) 年 月 日 記載  
(入院 日付)

退院支援アセスメントシートⅡ ※退院調整担当者が記載 サイン( )

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"/> 保険なし ⇒ <input type="checkbox"/> 加入予定( 月から予定) <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入資格なし
医療費助成	<input type="checkbox"/> 自立支援(実生)医療(上限 円) <input type="checkbox"/> 心身障害者医療費(上限 円) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 特定療養費 <input type="checkbox"/> 特別医療 <input type="checkbox"/> その他( )
介護手帳	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請済 <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"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請済(介護度 ) <input type="checkbox"/> 非該当
経済状況	<input type="checkbox"/> 無収入 <input type="checkbox"/> 医療費支払困難 <input type="checkbox"/> 就労困難 <input type="checkbox"/> その他
住居状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 無職(以前は )
住環境	<input type="checkbox"/> 住居無 <input type="checkbox"/> 家賃構造 <input type="checkbox"/> 病院から遠距離 <input type="checkbox"/> その他
国籍	<input type="checkbox"/> 国籍( ) <input type="checkbox"/> ビザ( )
在留資格	上陸日 年 月 日 / ビザ期限: 年 月 日
使用言語と理解度	<input type="checkbox"/> 日本語 ⇒ <input type="checkbox"/> 読み <input type="checkbox"/> 書き <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 理解度(良・まあまあ・なんとか) <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 日本語以外( ) ⇒ 通訳依頼( )

告知状況	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済(家族( )、パートナー、その他( ))
キーパーソン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
疾患の受け止め方や思い等	患者 家族、パートナーなど
ケア/パートナーへの特別な配慮	<input type="checkbox"/> 必要
家族・支援者の背景	<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"/> 知識・情報不足 <input type="checkbox"/> 介護力の不足・低下 <input type="checkbox"/> その他
<本人> 退院先の希望	<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 意向/不安等
<家族・支援者> 退院先の希望	<input type="checkbox"/> 家族( ) <input type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> その他 <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 意向/不安等

退院支援の必要性	<input type="checkbox"/> 保 留 ⇒ <input type="checkbox"/> さらに情報収集が必要 ⇒ 月 日再評価 <input type="checkbox"/> 治療・ケア方針の確認が必要 ⇒ 月 日再評価	<備考>
<input type="checkbox"/> 必要なし	<input type="checkbox"/> 院内協力者⇒( )と相談⇒ 月 日再評価	
<input type="checkbox"/> 必要あり	<input type="checkbox"/> 後日再スクリーニング ⇒ 月 日予定	
主な退院支援内容	<input type="checkbox"/> 服薬管理支援が必要 <input type="checkbox"/> 退院後継続した医療機関が必要(服薬以外) <input type="checkbox"/> ADL介助が必要 ⇒ <input type="checkbox"/> 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 ⇒ <input type="checkbox"/> 料理 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> こみ捨て <input type="checkbox"/> お風呂 <input type="checkbox"/> 精神面での支援が必要 <input type="checkbox"/> 通院介助が必要 <input type="checkbox"/> 住居環境の調整が必要 <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)を見つける必要がある <input type="checkbox"/> 家族や支援者への支援が必要である ⇒ <input type="checkbox"/> 関係性の調整が必要 <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	<備考>

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	<備考>
日時・場所	年 月 日 時 ~ 場所( )	
参加メンバー	<患者> <input type="checkbox"/> 患者 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(OT,PT,ST) <input type="checkbox"/> 栄養士 <院外> <input type="checkbox"/> 性感染症 訪問看護師 <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"/> 施設施設職員( ) <input type="checkbox"/> その他( )	
カンファレンスのテーマ		

⇒裏面の退院調整をうまくすすめていくコツ【アセスメント編】を見てみましょう

退院調整をうまくすすめていくためのコツ<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"/> 患者の長所や強みに注目してみましたか <input type="checkbox"/> できている/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"/> 親しみやすさなど長所となる性格を持っている <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"/> 家族の理解力や対処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"/> 患者がこれまで地域で関わりがあった資源を活用・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 ⇒ 既存のネットワークを使って経験豊富な人からヒントを買う

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"/> 患者 <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"/> 看護師: <input type="checkbox"/> 外来主治医 <input type="checkbox"/> 外来担当看護師 <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> 心理職 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> リハビリスタッフ(OT,PT,ST) <input type="checkbox"/> その他( ) <院外> <input type="checkbox"/> 性感染症 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <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"/> 施設施設職員 <input type="checkbox"/> その他

テーマ	
-----	--

討議内容	
------	--

今後の課題	
-------	--

⇒裏面の退院調整をうまくすすめていくコツ【カンファレンス編】を見てみましょう

退院調整をうまくすすめていくためのコツ<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"/> 患者・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"/> カンファレンス開催の目的や意味を共有できていますか <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"/> 多職種の専門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は醸成できましたか <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"/> 多職種の参加を促すようなリーダーシップが育ちつつありますか <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りましたか <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



カンファレンスシート No. 月 日( ) 時から/場所:

患者氏名	年齢(歳) 性別(男・女)
計画内容	
今後の課題	

⇒裏面の退院調整をうまくすすめていくコツ【カンファレンス編】を見てみましょう

退院に向けての支援計画シート

退院に向けての目標/期待される状態 退院予定日: 年 月 日

支援内容	主な実施者	実施期限
●服薬管理		／ □済
●治療・医療処置		／ □済
●ADL援助		／ □済
●IADL援助		／ □済
●通院		／ □済
●社会福祉制度		／ □済
●患者の心理状態		／ □済
●家族等の関係性の調整		／ □済
●地域連携		／ □済
●その他		／ □済

⇒裏面の退院調整をうまくすすめていくコツ【支援計画編】を見てみましょう

退院調整をうまくすすめていくためのコツ【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"/> 患者・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"/> カンファレンス開催の目的や意味を共有できていますか <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"/> 多職種専門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は醸成できましたか <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"/> 多職種の参加を促すようなリーダーシップが育ちつつありますか <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りましたか <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

退院調整をうまくすすめていくためのコツ【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"/> 患者の意色を反映した計画になっていますか <input type="checkbox"/> 家族や周囲の支援者の気持ちを受け止める機会がありましたか <input type="checkbox"/> 退院後の生活をイメージし、現実に関連した計画(例:試験外泊)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られていますか <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"/> 退院に向けての目標を共有できましたか <input type="checkbox"/> 情報やアセスメントを共有できましたか <input type="checkbox"/> お互いを支援し合う関係ができましたか <input type="checkbox"/> 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当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"/> 退院後の地域スタッフの相談窓口は確保できていますか <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

[氏名 \_\_\_\_\_ ]

年 月 日 [ \_\_\_\_\_ ] 様

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
●服薬管理	
●治療・医療処置	
●ADL/IADL援助	
●通院	
●社会福祉制度	
●患者の心理状態	
●家族(パートナー)関係の調整	
●地域資源との連携	
●患者連絡先( _____ )	
●家族連絡先( _____ ) (患者との続柄: _____ )	
●連絡先 (職種 _____ ) 病院側窓口 (職種 _____ ) (連絡先 _____ )	●緊急時対応連絡先 <input type="checkbox"/> 病院側窓口 ↔ 地域側窓口 <input type="checkbox"/> その他の連絡方法

⇒裏面の退院調整をうまくすすめていくコツ【在宅療養支援編】を見てください

フォローアップシート (No _____)		<評価/計画>
年		<input type="checkbox"/> フォローアップ継続 <input type="checkbox"/> 連絡・調整が必要 <input type="checkbox"/> カンファレンス開催要
月		
日 (担当)		
年		<input type="checkbox"/> フォローアップ継続 <input type="checkbox"/> 連絡・調整が必要 <input type="checkbox"/> カンファレンス開催要
月		
日 (担当)		
年		<input type="checkbox"/> フォローアップ継続 <input type="checkbox"/> 連絡・調整が必要 <input type="checkbox"/> カンファレンス開催要
月		
日 (担当)		
年		<input type="checkbox"/> フォローアップ継続 <input type="checkbox"/> 連絡・調整が必要 <input type="checkbox"/> カンファレンス開催要
月		
日 (担当)		
年		<input type="checkbox"/> フォローアップ継続 <input type="checkbox"/> 連絡・調整が必要 <input type="checkbox"/> カンファレンス開催要
月		
日 (担当)		

退院調整をうまくすすめていくためのコツ【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"/> 地域スタッフが孤立しないよう、連絡・調整できていますか
【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

## 22

## 長期療養看護の現状と課題に関する研究

研究分担者：下司 有加（国立病院機構大阪医療センター 看護部）

研究協力者：上平 朝子（国立病院機構大阪医療センター 感染症内科）

富成伸次郎（国立病院機構大阪医療センター 感染症内科）

岡本 学（国立病院機構大阪医療センター 地域医療連携室）

安尾 利彦（国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室）

## 研究要旨

HIV 感染症は抗ウイルス療法により疾患のコントロールが可能となり、療養が長期にわたるようになった。しかしながら、日和見感染症の後遺症、加齢に伴う障害、精神障害の合併などさまざまな理由から、自立した療養が困難な患者が多く存在する。個人のニーズや自立の程度にあったケアの提供が HIV 陽性者にも重要であり、そのためには地域の医療機関や社会福祉施設と連携していくことが必要である。そのため、今年度は、①訪問看護ステーションへの介入、②長期療養患者の家族の支援ニーズに関する研究、③要介護状態にある HIV 陽性者の看護に関する研究の3研究を計画した。①では各地域における訪問看護ステーションが、HIV 陽性者の受け入れをする際に直面する課題に対して取り組みを行った。②では自立困難な HIV 陽性者をもつ家族に焦点をあて、療養生活の中で家族のニーズがどのようなものかを調査した。③では要介護状態にある HIV 陽性者の受け入れに関して看護職の知識不足を補うために、長期療養型病床を有する病院で勤務する看護師を対象とした研修会の企画を行った。

## 研究目的

## 研究1. 訪問看護ステーションへの介入

訪問看護ステーションが HIV 感染症患者を受け入れる上で直面する課題である職員の知識不足、経験不足に対して直接的な介入を行い、その効果評価を行う。

## 研究2. 長期療養患者の家族の支援ニーズに関する研究

在宅で介護が必要な療養患者、もしくは介護上、在宅療養が困難で入院加療を長期的に継続している患者のいずれかを支える家族に対し、家族としてどのような分野（領域）においてどのような支援ニーズが必要としているのかを調査する。

## 研究3. 要介護状態にある HIV 陽性者の看護に関する研究

慢性期にある要介護状態の HIV 陽性者の看護に関し、知識の普及を行う。

## 研究方法

## 研究1. 訪問看護ステーションへの介入

昨年度の継続として、全国 3515 事業所へのア

ンケート調査の結果から、今年度は長野・石川・東京・広島・福岡・滋賀・奈良の6つの地域において、全国訪問看護事業協議会に登録している全訪問看護ステーション施設に直接案内を送付し希望者を対象に訪問看護師研修会を開催した。各研修会では同じプログラムを用い、基礎知識と症例提示、意見交換とした。講師については開催地のブロック拠点病院等に相談の上、できるだけ、開催地のスタッフによる講義を依頼し、症例提示も開催地で実際に訪問看護を導入してきたケースをご紹介いただいた。研修会後にはアンケート調査を実施し、HIV 陽性者の受け入れにあたっての意識の変化や残された課題について調査した。

## 研究2. 長期療養患者の家族の支援ニーズに関する研究

近畿圏内のブロック拠点病院を主たる医療機関として治療を継続している介護が必要な在宅療養患者、もしくは介護上、在宅療養が困難で入院加療を長期的に継続している患者のいずれかを支える家族を対象にインタビュー形式による聞き取り調査を実施した。

### 研究 3. 要介護状態にある HIV 陽性者の看護に関する研究

HIV 陽性者の看護に関する知識の普及に向け、研修会の開催を企画した。

#### (倫理面への配慮)

研究 2 においては、研究協力者へは研究主旨を説明のうえ、同意を得て調査を実施した。また、個人が特定されないよう、匿名化した。

### 研究結果

#### 研究 1. 訪問看護ステーションへの介入

##### (1) 研修の実施および参加状況

方法で述べた通り、各研修会では開催地のスタッフの協力のもと実施した。【東海ブロック】開催地：長野県長野市、開催日：9 月 10 日（土）、受講者 21 名。【北陸ブロック】開催地：石川県金沢市、開催日：10 月 9 日（土）、受講者 25 名、講師協力：石川県立中央病院。【首都圏】開催地：東京都、開催日：10 月 23 日（土）、受講者 62 名、講師協力：都立駒込病院。首都圏においては参加希望者多数のため、第 2 回として平成 23 年 2 月 6 日（日）にも開催予定で、報告書作成時点で応募者数は 50 名。【九州ブロック】開催地：福岡県博多市、開催日：10 月 31 日（土）、受講者 16 名（うち学生 6 名）、講師協力：国立病院機構九州医療センター。【中四国ブロック】開催地：広島県広島市、開催日：12 月 11 日（土）、受講者 25 名、講師協力：広島大学病院。【滋賀県】開催地：大津市、開催日：平成 23 年 1 月 15 日（土）、講師協力：滋賀医科大学附属病院。応募者数 19 名。【奈良県】開催地：奈良市、開催日：平成 23 年 2 月 12 日（土）、講師協力：奈良県立医科大学附属病院。【岐阜県】岐阜県訪問看護ステーション連絡協議会の依頼により開催。開催地：岐阜市、開催日：7 月 6 日（土）、参加者：39 名。平成 22 年 12 月末での参加者合計は 188 名であった。

##### (2) 研修プログラム

HIV/AIDS の基礎知識、HIV/AIDS の看護について、社会制度の活用について、患者の心理とその支援についてという基礎知識の講義をおこなった。講師は可能な限り研修開催地で HIV 診療・看

護に携わっている医療者に依頼をした。また、「HIV 陽性者の在宅支援を経験して」というテーマで、各地域で HIV 陽性者の受け入れを経験した訪問看護師から事例の紹介をしていただき、受講者とディスカッションを行った。全体で約 4 時間の研修であった。

##### (3) 研修終了後のアンケート調査結果

受講者(188 名)の 74%が自己研鑽目的で参加しており、66%が HIV 感染症に関連した研修会への参加が初めてであった(図 1, 図 2)。

図 1 研修参加動機

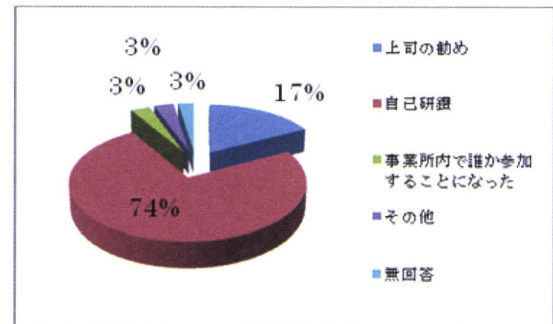
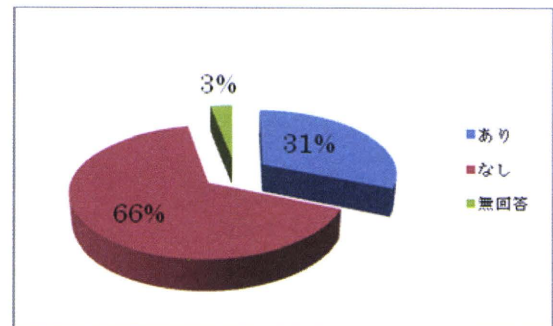


図 2 過去における HIV 研修参加経験



各講義については、80%以上が「理解できた」、もしくは「まあまあ理解できた」と回答していた。研修後に「HIV 陽性者の支援に関する考えに変化があったか」を問うと、「変化した」71%、「変化していない」17%、「どちらともいえない」7%、回答なし 5%であった(図 3)。

図 3 支援に関する考えの変化

