した。現在、調査票を回収し、データ入力作業の途中である。結果は日本エイズ学会や日本看護管理学会での報告を予定している。

（倫理面への配慮）

個人情報に関するプライバシー漏洩を避けるよう、十分配慮した。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

1．原著論文

1) Tomoko Omiya,Yoshihiko Yamazaki,Megumi Shimada,Kazuko Ikeda,Seiko Ishiuti-Ishitani,Yoko Sumikawa,Tsuno and Katsumi Ohira.Mental health of patients with human immunodeficiency virus in Japan :a comparative analysis of employed and unemployed patients. AIDS Care,2014 Vol.26, No.11,1370-1378

2．口頭発表

1) 池田和子、西城淳美、服部久恵、大金美和、塩田ひとみ、伊藤紅、小山美紀、木下真里、中家奈緒美、照屋勝治、田沼順子、塚田訓久、潟永博之、菊池嘉、岡慎一：HIV感染症患者の長期療養支援の検討～薬害被害者の入院と連携状況について～、第27回日本エイズ学会学術集会・総会、2013年11月
2) 大金美和、池田和子、塩田ひとみ、中家奈緒美、木下真里、小山美紀、伊藤紅、田沼順子、照屋勝治、塚田訓久、潟永博之、菊池　嘉、岡慎一：HIV感染血友病患者の包括的視点による支援特性のパイロット調査、第27回日本エイズ学会学術集会・総会、2013年11月
3) 羽柴智恵子、東政美、小山美紀、伊藤紅、大野稔子、渡部恵子、伊藤ひとみ、川口玲、高山次代、下司有加、木下一枝、城崎真弓、大金美和、池田和子：エイズ診療拠点病院HIV担当看護師に対する支援の検討「HIV/AIDS看護に関する調査」結果から（その1）～診療報酬の算定と看護ケア実践に関する現状と課題～、第27回日本エイズ学会学術集会・総会、2013年11月
4) 東政美、羽柴智恵子、小山美紀、伊藤紅、大野稔子、渡部恵子、伊藤ひとみ、川口玲、高山次代、下司有加、木下一枝、城崎真弓、大金美和、池田和子：エイズ診療拠点病院HIV担当看護師に対する支援の検討「HIV/AIDS看護に関する調査」結果から（その2）～看護ケア実践に関する課題と支援ニーズ～、第27回日本エイズ学会学術集会・総会、2013年11月
5) 木下真里、池田和子、塩田ひとみ、小山美紀、伊藤紅、杉野祐子、大金美和、塚田訓久、田沼順子、照屋勝治、潟永博之、菊池嘉、岡慎一：（独）国立国際医療研究センターエイズ治療研究開発センターにおける外国人患者の療養状況、第27回日本エイズ学会学術集会・総会、2013年11月
6) 伊藤紅、河原加代子、島田恵、池田和子、大金美和、菊池嘉、岡慎一：エイズ診療拠点病院の外来看護師によるセルフマネジメント支援の実態とその関連要因に関する調査、第27回日本エイズ学会学術集会・総会、2013年11月
7) 森本奈央、田中瑞恵、大橋香織、山中純子、瓜生英子、細川真一、池田和子、大金美和、木内英、田沼順子、菊池　嘉、岡　慎一、松下竹次：よりよい小児HIV診療を目指して～治療・ケアにおける問題点と対策の検討～：第27回日本エイズ学会学術集会・総会、2013年11月
8) 池田和子、下司有加、羽柴知恵子、木下一枝、関矢早苗、若林チヒロ、生島嗣、伊藤俊広、伊藤ひとみ、大金美和、「HIV陽性者の健康状態と生活課題に関する研究」、第8回日本慢性看護学会学術集会、2014年7月、福岡
9) 池田和子、島田恵、「訪問看護ステーションと連携し在宅で看取りを行ったHIV/AIDS患者の連携症例を振り返って」、第4回日本在宅看護学会学術集会、2014年11月、東京
10) 池田和子、若林チヒロ、岡本学、渡部恵子、遠藤知之、伊藤ひとみ、伊藤俊広、川口玲、田邊嘉也、羽柴知恵子、横幕能行、高山次代、上田幹夫、下司有加、白阪琢磨、木下一枝、藤井輝久、城崎真弓、山本政弘、岡　慎一、生島嗣、「ブロック拠点病院とACCにおける「健康と生活調査」－HIV治療と他疾患管理の課題－、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪
11) 大金美和、池田和子、若林チヒロ、坂本玲子、遠藤知之、伊藤ひとみ、伊藤俊広、川口玲、田邊嘉也、羽柴知恵子、横幕能行、山田三枝子、上田幹夫、下司有加、白阪琢磨、鍵浦文子、藤井輝久、城崎真弓、山本政弘、岡慎一、生島嗣、「ブロック拠点病院とACCにおける「健康と生活調査」－自覚症状とメンタルヘルス－、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪
12) 生島嗣、岡本学、池田和子、渡部恵子、遠藤知之、伊藤ひとみ、伊藤俊広、川口玲、田邊嘉也、羽柴知恵子、横幕能行、高山次代、上田幹夫、下司有加、白阪琢磨、木下一枝、藤井輝

久、城崎真弓、山本政弘、岡慎一、若林チヒロ、「ブロック拠点病院とACCにおける「健康と生活調査」～薬物の使用状況～第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪

13) 岡本学、生島嗣、大金美和、坂本玲子、遠藤知之、伊藤ひとみ、伊藤俊広、川口玲、田邊嘉也、羽柴知恵子、横幕能行、山田三枝子、上田幹夫、下司有加、白阪琢磨、鍵浦文子、藤井輝久、城崎真弓、山本政弘、岡慎一、若林チヒロ、「ブロック拠点病院とACCにおける「健康と生活調査」～就労と職場環境～第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪

14) 中家奈緒美、小山美紀、木下真里、塩田ひとみ、紅、杉野祐子、大金美和、池田和子、塚田訓久、田沼順子、照屋勝治、潟永博之、菊池嘉、岡慎一、「当院における受診を中断したHIV感染症患者の傾向」、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪

15) 木下真里、池田和子、中家奈緒美、塩田ひとみ、小山美紀、伊藤紅、杉野祐子、大金美和、塚田訓久、田沼順子、照屋勝治、潟永博之、菊池嘉、岡慎一、「（独）国立国際医療研究センターエイズ治療・研究開発センターにおける外国人患者対応－初診時のコミュニケーションについて、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪

16) 塩田ひとみ、大金美和、渡部恵子、坂本玲子、伊藤ひとみ、川口玲、石塚さゆり、山田三枝子、高山次代、羽柴知恵子、鍵浦文子、木下一枝、長與由紀子、城崎真弓、池田和子、潟永博之、岡慎一、HIV感染血友病患者の医療と福祉の連携へのアプローチ～療養支援アセスメントシートの検討、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪

17) 杉野祐子、池田和子、大金美和、伊藤紅、小山美紀、塩田ひとみ、木下真里、中家奈緒美、菊池嘉、岡慎一、「ACCに通院中の高齢HIV感染者の現状」、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪

18) 石井祥子、宮村麻理、小宮山優佳、鈴木節子、服部久恵、池田和子、照屋勝治、菊池嘉、岡慎一、「国立国際医療研究センター病院におけるHIV陽性者の入院状況に関する診療録調査」、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪

19) 嶋根 卓也、今村顕史、岡慎一、池田和子、山本政弘、辻麻理子、長与由紀子、大久保猛、太田実男、神田博之、岡崎重人、大江昌夫、「エイズ拠点病院における薬物関連問題の重症度と薬物依存回復支援の可能性、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪

20) 渡邊愛祈、仲里愛、小松賢亮、高橋卓巳、木内英、大金美和、池田和子、田沼順子、照屋勝治、塚田訓久、潟永博之、加藤温、関由賀子、今井公文、菊池嘉、岡慎一、「当院のHIV感染者における適応障害患者のHIV治療状況とカウンセリング介入の検討について」、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪

21) 九津見雅美、内海桃絵、池田和子、大金美和、「HIV陽性者へのケア経験別・職種別にみた標準予防策の実施状況～第1報：入所施設の特徴～」、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪

22) 内海桃絵、九津見雅美、池田和子、大金美和、「HIV陽性者へのケア経験別・職種別にみた標準予防策の実施状況～第2報：在宅看護・介護の特徴～、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪

23) 大金美和、塩田ひとみ、小山美紀、柴山志穂美、久地井寿哉、岩野友里、柿沼章子、大平勝美、池田和子、潟永博之、岡慎一、HIV感染血友病患者の健康関連QOLの実態調査、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪

24) 仲里愛、木内英、渡邊愛祈、小松賢亮、大金美和、池田和子、青木孝弘、渡辺恒二、本田元人、矢崎博久、田沼順子、照屋勝治、塚田訓久、潟永博之、菊池嘉、岡慎一、認知機能障害が疑われた患者における認知障害の関連因子の検討、第28回日本エイズ学会学術集会、2014年12月、大阪

3．ポスター発表

1) 九津見雅美、池田和子、大金美和、内海桃絵、地域サービス提供者における自立困難で長期療養が必要なHIV陽性者の受け入れ経験、第27回日本エイズ学会学術集会・総会、2013年11月

H．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1．特許取得

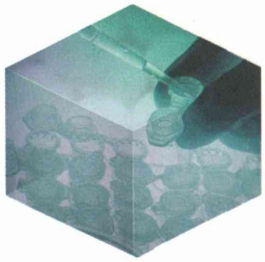
なし

2．実用新案登録

なし

3．その他

なし



HIV医療包括ケア体制の整備（カウンセラーの立場から）

研究分担者　山中 京子
大阪府立大学　地域保健学域教育福祉学類

研究協力者　辻 麻理子[1]、阪木 淳子[2]、松岡亜由子[3]、塚本 琢也[4]、高田知恵子[5]、嶋　篤子[6]、平塚 信子[7]、長浦 由紀[8]、高橋 義博[9]、梅沢有美子[10]、加藤 朋子[11]

[1] 独立行政法人国立病院機構九州医療センター
[2] 独立行政法人国立病院機構九州医療センター／公益財団法人エイズ予防財団
[3] 独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター
[4] 独立行政法人国立病院機構仙台医療センター／公益財団法人エイズ予防財団
[5] 秋田大学教育文化学部
[6] 滋賀医科大学付属病院
[7] 滋賀県健康医療福祉部
[8] 長崎大学病院
[9] 大館市立総合病院
[10] 福井大学保健管理センター
[11] 金澤星稜大学学生支援センター

研究要旨

本分担研究ではHIV感染症の包括的ケア体制の整備に資するため、特にカウンセリング体制に焦点付け研究を実施した。研究1では、HIV医療における心理検査の実施実態の把握と実施課題の検討を通してHIV医療における今後の心理検査の効果的活用の具体的方法を考察するため研究を行った。平成25年度にはブロック拠点病院とACCのカウンセラーを対象にメールアンケート調査と集団面接調査を実施し、各施設の心理検査実施状況の把握とHIV診療およびケアに効果的だった心理検査導入事例の検討を行った。平成26年度にはその結果を基に全国のブロック拠点病院と中核拠点病院の医師および看護師を対象にアンケート調査を実施した。平成26年度調査では全回答者の65%に心理検査の依頼経験があった。依頼件数では10件までの比較的少ない者が過半数を占める一方、約四分の一は31件以上の多くの依頼経験を持っていた。経験数の多い医療者の経験が何らかの形で経験の浅い医療者に共有されることが必要であろう。ほぼ全員の96%が医療チームにとっての有用性を評価していたが、患者にとっての有用性を肯定的に評価する者は約8割であり、約2割は「どちらとも言えない」と有用性の評価を保留していた。心理検査実施のシステム上の課題はハード面とソフト面に分けて考察され、ハード面では診療報酬未算定、心理職のマンパワー不足、心理検査自体の簡便化と標準化が、ソフト面では心理検査の導入をめぐる職種間の同意形成時のコミュニケーション不足、患者の同意を得る難しさ、心理士や心理検査の説明の難

しさ、医療者および患者に対するカウンセラーからのフィードバックへの要望が考察された。心理検査の実施にあたっては、患者と医療チーム双方にとっての導入、実施、フィードバックを含んだプロセスを構築することが必要であることが示唆された。研究2では、中核拠点病院でのカウンセリング利用を促進する目的を掲げ、平成25年度は中核相談員へのメールによる匿名アンケート調査と電話インタビュー調査、平成26年度は中規模都市の中核拠点病院のHIVチームへの集団面接調査およびベテランカウンセラーへのインタビュー調査を実施した。平成26年度の集団面接調査からカウンセラーを導入した円滑なチーム医療を実現するための要因として、①全ての新規患者にカウンセリングを含めたチーム対応、②チームスタッフが他職種領域に少しずつ重なりながら協働、③カウンセラーのきめ細かいサポート、④緊密なコミュニケーションが分析された。また、先端のブロック拠点病院におけるチームモデルをそのまま中小規模病院には当てはめるのではなく、新たな「地方型モデル」を考える必要性が考察された。平成25・26年度の研究結果をまとめ、研究成果物として中核相談員制度の利用を促進する目的で、医療者向けパンフレット「エイズ中核相談活用ガイド」を作成し、中核拠点病院の医師、看護師、カウンセラーなどに配布した。

緒言

本分担研究ではHIV感染症の包括的ケア体制の整備に資するため、特にカウンセリング体制に焦点付け、その体制の強化、充実を目標に研究を実施した。本分担研究は2つの研究から構成された。以下、目的、方法、結果、考察、結論を各研究別に報告し、それ以降を総合的に報告する。

研究1　ブロック拠点病院などでの心理検査の実施に関する研究

研究協力者代表：辻麻理子（独立行政法人国立病院機構九州医療センター）、阪木淳子（独立行政法人国立病院機構九州医療センター／公益財団法人エイズ予防財団）、松岡亜由子（独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター）塚本琢也（独立行政法人国立病院機構仙台医療センター／公益財団法人エイズ予防財団）

A．研究目的

現在、HANDへの対応を契機にHIV医療における心理検査の必要性が次第に認識されるようになり、幅広い施設で心理検査導入への検討や具体的な運用の動きが始まっている。このように幅広い施設で心理検査への関心が高まる以前からブロック拠点病院などでは医療チームの一員であるカウンセラーが医師の指示の下に心理検査を実施してきた経緯はあるが、その実施の実態把握はいままで十分行われては来なかった。HIV医療における心理検査実施の詳しい実態を把握し、実施の課題を検討することを通して、HIV医療における今後の心理検査の効果的な活用に関して示唆を得るため、本研究を実施した。

B．研究方法

平成25年度は予備的調査として実際に心理検査をHIV患者に対して行っているブロック拠点病院およびACCのカウンセラーを対象にメールによるアンケート調査および集団面接調査を実施し、各施設の心理検査実施状況の把握とHIV診療およびケアに効果的だったとカウンセラーが判断する心理検査導入事例の検討を行った。平成26年度にはその結果を基に、全国のブロック拠点病院および中核拠点病院の医師および看護師を対象にアンケート調査を実施し、HIV医療における心理検査の効果的な活用に資するため、心理検査実施のさらに詳しい実態を把握し、その課題を検討した。

C．研究結果

平成25年度の予備的調査について、各施設の心理検査実施状況の把握は平成25年度の報告書を参照されたい。HIV診療およびケアに効果的だったとカウンセラーが判断する心理検査導入事例の検討を行った結果、心理検査は以下の5つの領域でHIV診療に貢献していることが明らかとなった。

（1）鑑別診断の補助

アドヒアランス低下や通院中断などの診療上の問題に対し、生活歴・既往歴等の問診・画像診断所見に加え、認知機能検査や精神状態の把握（SDS等）を実施することにより、鑑別診断に貢献していた。

（2）精神状態に応じたARTの薬剤選択

① ART開始時の薬剤選択：ART開始の前に精神症状のアセスメントを行い、精神面の副作用が生じる可能性が高いと判断された場合に、他の薬剤を選択するなどの方針決定に活用されていた。

② ART開始後の副作用評価：ART開始後に副作用評価のため継続的に抑うつ症状アセスメントを実施し、抑うつ症状が悪化した場合それをチームに共有した。その結果薬剤変更に至り精神症状の改善につながった

（3）他疾患における治療方針の検討と評価

C型肝炎治療におけるインターフェロン等の治療において、心理検査によって抑うつ等の精神面に対する副作用の評価を行い、治療導入や継続の臨床的判断に貢献した。また継時的把握によって精神状態の悪化時には精神科等専門科へのリファーが可能となっていた。

（4）治療効果の評価

脳疾患（PML、トキソプラズマ、悪性リンパ腫等）治療後の継時的な認知機能検査の実施により認知機能の回復の確認が可能となり、治療の効果測定に寄与していた。

（5）精神的問題の早期把握

① 初診時スクリーニング：全初診患者に心理検査を含む心理面接を行ったことにより、患者のメンタルヘルスの問題が早期に確認でき、医療チームで予防対策を講じることが可能となった。

② 継時的スクリーニング：定期的に心理検査を実施したことで、通常の診療では問題がないと思われた患者の問題を把握することができ、適切な支援につなげることができた。

続いて、平成26年度の全国のブロック拠点病院および中核拠点病院の医師および看護師を対象としたアンケート調査の結果を以下に報告する。

（1）回収数・回収率

全体の配布数219名（医師：128名、看護師91名）、回収数139名（医師75名、看護師61名,未記入3名）、回収率は63.4%（医師：58.6%、看護師：67.0％）であった。

（2）回答者および所属施設の基本属性（全回答者：N＝139名）

担当HIV患者数では1～50名が最も多く47%（65名）、次いで51～100名の18%（25名）であり、250名以上の11%（15名）、151～200名の8%（11名）と続いた。所属施設内でのカウンセラーの配置の有無では92%（128名）が有と回答した。

（3）心理検査の依頼経験（全回答者：N＝139名）

心理検査依頼の有無では、回答者の91名：65%に依頼経験があり、48名：35%は依頼経験がなかった。依頼経験がある者の依頼件数では、最も多い群は1～5件が33名：37%、次いで31件以上が21名：23%、さらに6～10件が17名：19%であった。今回の回答者では、依頼件数が10件までの比較的少ない者が合計で56%と過半数を占めていたが、約四分の一は31件以上の多くの依頼経験を持っていた。

（4）心理検査依頼の理由（依頼群：N＝91名）

依頼群に依頼の理由を尋ねた（複数回答）。最も多かった回答は「HANDの可能性があった。」68名、次いで「認知機能を把握したかった。」62名、「抑うつなど精神状態を把握したかった。」50名であった。HAND、認知機能、抑うつなど患者の精神・神経状態の把握を理由とする者が多かった。しかし、その一方で、「治療やケアのヒントにしたかった」30名、「問題行動があった。」30名、「服薬アドヒアランスに問題があった。」30名などのように患者の行動を理解し、治療やケアを考える際の判断材料を得るためにも実施されていた。

（5）心理検査実施後の評価（依頼群：N＝91名）

依頼群に実際に検査を実施した後の評価について尋ねた。医療チームにとって「役立った」と回答した者は65名：72%、「まあまあ役立った」と回答した者は22名：24%で、この二つの回答を合計した96%、ほぼ全員が医療チームにとっての一定の有用性を肯定的に評価していた（複数回答 文末図1）。一方、患者にとって「役立った」と回答した者は45名：49%、「まあまあ役立った」と回答した者は29

名：32%で、患者にとっての一定の有用性を評価する者はこの二つの回答を合計して81%であった。その一方で「どちらともいえない」と回答した者が17名：19%に及んでいた（複数回答 文末図2）。回答者では、心理検査の医療チームへの有用性は多くの者に明確に評価されているが、それに比較して患者への有用性の肯定的評価はやや不明瞭な面があることがわかった。

続いて、医療チームにとって「心理検査がどのような点で役に立ったか」と有用性評価の内容を尋ねた（複数回答 文末図3）。最も多かった回答は「認知機能を把握できた。」60名で、次いで「HANDの可能性を評価できた。」53名、「抑うつなど精神状態を把握できた。」50名であった。心理検査によって患者の精神・神経機能や精神状態の把握が可能になる点が評価されていた。また、「治療やケアのヒントとなった」42名、「服薬アドヒアランスの問題のアプローチのヒントとなった。」34名、「発達の問題が把握できた」34名、「問題行動の背景がわかった。」31名などのように患者像の理解が促進される点や治療やケアの方法を考慮する際の参考となる点が評価されていた。

また、患者にとっての有用性評価の内容を聞いた（複数回答 文末図4）。最も多かった回答は「患者自身が自分の状態をより理解できるようになった。」51名、次いで「患者自身が自分の状態に対してより適切な対応ができるようになった。」34名であった。患者自身が心理検査の結果を知ることによって自分の状態を理解し、その状態により良く対処できるようになる点つまり患者自身の療養姿勢や療養行動への肯定的な影響が評価されていた。

（6）心理検査の結果確認（依頼群：N＝91名）

依頼群の83名：92%が心理検査の結果を確認しており、その確認方法（複数回答）は、「カルテを閲覧した。」64名が最も多く、次いで「口頭報告を受けた。」54名、「所見報告書を見た。」47名であった。カウンセラーからの結果報告への要望では、「検査結果の見方が難しいのでわかりやすくスタッフに説明してほしい。」35名が最も多く、次いで「もっと積極的にスタッフに伝えてほしい。」31名とカウンセラーからのさらなる積極的な報告が要望された。

（7）心理検査を依頼しなかった理由（未依頼群：N＝48名）

未依頼群に依頼したかった理由を尋ねたところ、「検査が必要だと思う患者の経験がない。」13名が最も多かった。しかし、次いで「他職種が心理検査以外の対応をした。」12名であり、「心理検査自体がよくわからなかった。」11名、「カウンセラーの面接で必要な情報を得られていたので必要なかった。」9名、「心理検査を依頼すべきケースなのか判断に迷った。」8名と続いた。この結果から、検査が必要だと判断されない場合が最も多いが、これ以外では、心理検査以外の面接などの方法で対応しているために心理検査が必要ないと判断されている、また、心理検査に関する情報が十分ではないために依頼すべきかどうか判断しにくくなっている状況があることが伺えた。

（8）心理検査実施上の苦労・課題（依頼群：N＝91名に対する自由記述）

心理検査導実施上の課題を明らかにするため、検査依頼群に対して心理検査実施上の導入や運用にあたっての苦労や課題について自由記述で回答してもらい、その記述をKJ法を参考に質的に分析した。以下（　）は中・小カテゴリーを示す。

大カテゴリーとして、①「従来からある医療体制の問題」（医師と看護師の心理検査導入への判断の違いや職種間の連絡不足等）、②「導入前のハード面の問題」（検査用具の費用負担、検査の場所・時間の確保、保険点数上などの課題、マンパワー不足等）、③「実施時の困難」（検査に時間がかかること、検査依頼判断の難しさ、患者への心理検査の説明の難しさ、同意を得ることの難しさ等）④「実施後の困難」（患者への検査結果のフィードバックの難しさ等）が抽出された。なお、結果の詳細は平成26年度報告書を参照されたい。

（9）心理検査実施上の工夫（依頼群：N＝91名に対する自由記述）

同じく検査依頼群に対して心理検査の導入や運用のための工夫について自由記述で回答してもらい、質的に分析した。以下（　）は中・小カテゴリーを示す。

大カテゴリー①「検査実施の土台」（カウンセラーとの日常的なコミュニケーション形成、心理検査に関連する患者情報の積極的提供等）、②「検査の導入に向けた準備」（患者全体への心理検査の広報やアッピール、医療者による導入の必要性の明確な判断、ルーチン化）、③「患者に対する検査導入の工夫」（検査の必要性の説明、さまざまな方法での勧め、繰り返しの勧め等）④「検査実施時・実施後

の工夫」（診察日とカウンセラー勤務日の日程調整、入院時の実施、結果の患者へのフィードバック、その結果受取り後のフォローなど）が抽出された。なお、結果の詳細は平成26年度報告書を参照されたい。

（10）心理検査実施上への全般的な意見
（全回答者：N＝139名に対する自由記述）

全回答者に対して心理検査実施に関する全般的な意見について自由記述で回答してもらい、質的に分析した。以下（　）は中・小カテゴリーを示す。

大カテゴリー①「心理検査実施そのものへの疑問」（検査そのもののHIV診療における目的や効果への疑問、検査以外の方法で対応できていることから感じる検査実施への疑問）、②「心理検査の効果・有用性」（抑うつなどの精神症状や認知機能などが把握できること、患者支援やケア方針の決定や具体的対応への参考となること、カウンセリング導入の契機となること等）、③「心理検査実施の具体的方法への要望」（検査の簡便化、標準化）、④「心理検査実施を支えるシステムへの要望」（診療報酬の点数化、検査を実施できる心理職の確保、心理職の質担保、職種間コミュニケーションの促進、ルーチン化への希望、知識獲得への希望等）、⑤「実施後の困難」（患者からの検査への抵抗、検査実施判断の難しさ等）が抽出された。なお、結果の詳細は平成26年度報告書を参照されたい。

D．考察

平成26年度アンケート調査における心理検査の依頼経験では全回答者の65%で依頼経験があったが、依頼群の依頼件数では10件までの比較的少ない者が過半数を占めていることがわかった。しかし、一方で約四分の一は31件以上の多くの依頼経験を持っていた。経験数の多い医療者のさまざまな経験が何らかの形で経験の浅い医師や看護師に共有されることが必要と思われる。未依頼群は35%であったが、その未依頼の理由では、心理検査を必要とするような患者がいないあるいは検査以外の方法での対応ができているつまり心理検査実施のニーズが医療者にない場合が最も多かったが、心理検査自体がよくわからないあるいは依頼の判断に迷うとの理由もあげられており、必要な心理検査のさらなる導入を促進するためには、医師や看護師全体に対する心理検査の情報の提供が必要であることを示唆しているだろう。

依頼群の依頼理由は、HAND、認知機能、抑うつなど患者の精神・神経状態を把握することと患者の行動を理解し、治療やケアを考える際の判断材料を得ることの二つに大別でき、その理由によって実施された検査の有用性評価においても、心理検査によって患者の精神・神経機能や精神状態の把握が可能になった点および患者像の理解が促進される点や治療やケアの方法を考慮する際の参考となる点が評価されていた。つまり、検査前に期待した点に合致した有用性が実際に検査の実施後に認識されていた。そのため、ほぼ全員の96%が医療チームにとっての一定の有用性を評価している結果となったと思われる。しかし、その一方で、心理検査を実際に受け、その結果を受け取る患者にとっての有用性を肯定的に評価する者は約8割であり、有用性を否定する者は一人もいないものの約2割は「どちらとも言えない」と有用性への評価を保留していた。また、自由記述の分析でも、実施時の困難として「患者の同意を得る難しさ」、「心理士や心理検査の説明の難しさ」、「患者からの検査への抵抗」が指摘され、医療チームが心理検査を活用する場合、医療チームにとってだけでなく、患者にとっての有用性も明確にしておき、患者に対してその有用性を説明できるようになっていることが患者も納得の上での検査実施を実現する方法だと思われる。

さらに心理検査実施のシステム上の課題をハード面とソフト面に分けて考察する。ハード面で最も核心的な課題は検査を実施している心理職の実働が直接的に診療報酬に反映されないことである。現実的には医師の指示の下の検査実施として診療報酬を積極的に請求している施設もある。しかし、今後は心理職の実働が直接的に診療報酬に算定されることが求められる。その実現のための一つの方法として心理職の国家資格化が待たれる。次いで、心理職のマンパワー不足の課題である。回答群では92 %が勤務する施設にカウンセラーが配置されているが、通常のカウンセリングに加えて心理検査を実施するためには人員が不足していると自由記述の分析で指摘されている。現行のカウンセリング制度のさらなる積極的な導入とその諸制度カウンセラー間の連携・協働がさらに重要となってくると考える。また、心理検査自体の簡便化と標準化もシステム上の課題として指摘された。ソフト面では、導入時には、心理検査の導入をめぐる医師と看護師のコミュニケーシ

ョン不足、検査の必要性に関する職種間の同意形成時のコミュニケーション不足が自由記述の分析で指摘されている。医療チーム内での基本的コミュニケーション形成が心理検査の実施においても求められる。また、導入後では、依頼元である医療者および患者に対するカウンセラーからのフィードバックへの要望が指摘されている。心理検査の実施にあたっては、患者に対する検査を実施するだけはなく、患者と医療チーム双方にとっての導入、実施、フィードバックを含んだプロセスを構築することが必要であることが示唆された。

E. 結論

心理検査実施のシステム上の課題では、ハード面として診療報酬への未算定、心理職のマンパワー不足、検査の簡便化・標準化等、ソフト面として導入時の職種間合意形成の必要性、患者への検査目的と有用性の説明の必要性、実施後ではカウンセラーから患者および医療者へのフィードバックの必要性などが分析された。HIV医療において心理検査を効果的に活用するためには、ハード面の課題解決に取り組みつつ、患者と医療チーム双方にとっての導入、実施、フィードバックを含んだプロセスを構築することが必要であることが示唆された。

研究2　中核拠点病院におけるカウンセリング導入の促進に関する研究

研究協力者代表：高田知恵子（秋田大学）、嶋篤子（滋賀医大病院）、長浦由紀（長崎大学病院）、梅沢有美子（福井大学保健管理センター）、平塚信子（慈恵医科大学病院）、加藤朋子（金沢市福祉健康センターこころの相談）、高橋義博（大館市立総合病院）

A. 研究目的

平成19年に始まったエイズ中核相談事業は根付いてきているが、今後患者へのさらなる円滑なサービス提供のために、中核相談員が制度の中でどのように活動し、どのような課題があるのか検討する必要が出てきた。そこで、25年度は中核相談制度に焦点付け、中核拠点病院でのカウンセリング利用を促進するため、カウンセリング導入の具体的方法とその課題を明らかにすることとし、中核相談員へのメールによる匿名アンケートと電話インタビューを実施した。平成25年度の研究結果から、中核相談事業の維持強化のための具体的方策として、①HIV医療包括ケアにおけるより良いチーム医療の在り方について探索することが必要だと考えられた。また、今後も経験年数の少ないカウンセラーが配置されることが考えられるため、②若手向けに中核相談事業でのスキルを伝授する方策も必要だと考えられた。そこで、平成26年度には、中核相談事業およびチーム医療が円滑かつ有効に実践されている中核病院チームスタッフへのグループ・インタビューを実施した。またHIVカウンセリングを長年実践してきたベテランカウンセラーに、若手に伝えたいスキル等をインタビューした。

B. 研究方法

【平成25年度】対象：メール調査は、登録されている中核相談員52名のうち回答した者は25名（回収率50%）。電話インタビューは同意を得た中核相談員28名。時期：平成25年12月－26年5月。手続：メールによる匿名アンケートで中核相談の現況（面接状況、カウンセリング周知、スタッフ連携、物理的環境、年間企画等）について調査した（大阪府立大学倫理委員会で承認）。また承諾を得た中核相談員28名に電話による半構造化インタビュー（中核相談の有用性、自分なりの工夫、困難な点等）を実施した。

【平成26年度】対象：①中規模都市のエイズ中核病院のエイズ担当医師1名、看護師3名、MSW1名、技師1名、カウンセラー1名。②HIVカウンセリング20年以上経験のある中核相談員の臨床心理士。時期：①②とも平成26年8月。2時間ずつ。手続：①当該病院のカンファレンス室で、HIVチーム実践者にグループ・インタビューを実施し録音した。インタビュー内容は1.カウンセリングへの認識、2.カウンセラーへの期待、3.カウンセラーの役立ち、4.チーム医療で心がけていること、5.今後の課題であった。②会議室にて、ベテランカウンセラーへのインタビューを実施し録音した。ベテランカウンセラーには長年の経験から若手に伝えたいことを自由に語ってもらい、必要な時にインタビューアーから質問をした。

C．研究結果

【平成25年度】①メールアンケート：中核相談員の90%は臨床心理士で、中核相談員になってからの面接回数は100件以上が44%と多いが、少ない例もあった（文末図5および図6）。家族・パートナー面接を半数近くが実施している。相談周知はスタッフが行い、スタッフとの情報交換や連携も円滑な例が多い。全員が面接に個室を使用し、カンファレンス参加は60%、カルテ閲覧記載は76%が可能であり、概ね業務環境は改善している（文末図7）。中核相談の年間企画に半数以上が参加し、事務連絡もほぼ円滑である（文末図8）。②電話インタビュー：中核相談の有効性については、患者への心理的支援、安心して話せる場の提供、スタッフへの臨床心理学的見立て、コンサルテーションの提供、チーム医療への貢献などがある。相談員の実感する有効性、患者からの評価、スタッフからの評価は文末表1の通りである。相談員の工夫としては患者・スタッフへの積極的なはたらきかけ等があげられた。困難点・課題は、カウンセリング認知度のばらつき、薬物使用、自殺リスク対応など患者の困難な状態への対応、勤務時間の制限、待機場所未整備などがあげられた（文末表2）。

【平成26年度】①グループ・インタビュー：医師はじめチーム全員からの討議と次のような回答があった。（詳細は文末表3を参照）1.カウンセリングへの認識：ACC等での研修で、カウンセリングを含めた患者への多面的アプローチの必要性を実感。2.カウンセラーへの期待：現状に満足なので維持してほしい。初診患者は不安が大きいので全員会ってもらう。3.カウンセラーの役立ち：患者に寄り添ってSOSをキャッチしてくれる。心理面・生活面の支え。受診中断しそうなサインを教えてくれる命綱的な存在。セーフティネット。家族・パートナーへの支援。患者の孤独感を受け止めてくれる。退院後の不安への対応。依存症患者への認知行動療法的アプローチも。4.チーム医療で心がけていること：まめな連絡。自分の持ち場を他職種の領域と重なり合いながら協働。身体兆候を教えてもらい診察に結びついた例も。週1、月1のカンファレンスも。5.今後の課題：患者が増加する中、現状が維持させたい。カウンセラーの増員ができると良い。大都会のブロック拠点病院とは違う「地方型モデル」があって良いのではないか。②ベテランカウンセラー：次のような回答を得た。HIV検査相談でのカウンセリングを学ぶことが重要。一期一会の人と性の話をするのは訓練になる。セクシュアリティについては患者から教えてもらう態度で。様々な価値観にフリーでいること。チーム医療では自分をアピールして理解してもらうこと。

（詳細は文末表4を参照）

D．考察

中核拠点病院では以前に比べてカウンセリングへの理解は進み、業務環境が整ってきた。HIVカウンセラーの有効性・役割が認められ、定着してきたといえよう。ただ、活用頻度の低い例、待機場所やカルテアクセスが不十分な例もあり、病院全体と管理部門のさらなる理解促進が必要であろう。経験年数の短い相談員もおり、研修の充実や地域性や病院規模を考慮した上で中核相談の進展を図る必要があろう。一人職場で最大限の効果を出すような工夫・努力がみてとれたが、エイズ予防財団研修会やブロック連絡会議、中核相談員同士や医師等他職種との連携強化がさらに必要であろう。勤務体制を考慮した中核独自の業務内容の標準化の検討も必要であろう。面接導入促進のために医療者向けの冊子が必要と考えられ、研究成果物としてパンフレット**「エイズ中核相談活用ガイド」**を作成し、中核拠点病院スタッフに配布した。外部評価を受けるべくアンケートを同封した。28部回収し、概ね高い評価を得た。

中規模都市のエイズ中核拠点病院のチームメンバーへのグループ・インタビューでは、円滑なチーム医療の要因として以下があげられた。①全ての新規患者にカウンセリングを含めたチーム対応：サービスの均霑化の点からも重要。②チームスタッフが他職種領域に少しずつ重なりながら協働：患者を職種間の隙間に落とさないセーフティネット。③カウンセラーのきめ細かいサポート：生活面への密着支援や、心理療法適用もあり、治療中断の予防に。④緊密なコミュニケーション：大小のカンファレンスや日常の情報交換により、スタッフ相互理解とともに患者理解も進み、患者の福祉に還元されている。以上のように、スタッフ連携の良さによってきめ細かいケアが実践されている。先端のブロック病院モデルがそのまま中小規模病院には当てはまるわけではないことから「地方型モデル」が提唱された。これまでの中核相談研修会で聞かれた、中小規模の中核病院に適した体制をという声と一致している。

ベテランカウンセラーへのインタビューでは、HIVカウンセラーにはHIV検査相談体験、セクシュアリティへの態度の見直し、積極的なチームへの関わりが必要なことが示された。若手の力量向上のためにも、エイズ予防財団研修会をはじめとした研修の充実をはかることが必要であり、それが患者に還元されるであろう。

E. 結論

平成25年度には、中核拠点病院でのカウンセリング導入を促進するため、中核制度カウンセラーの活動に焦点づけ、その活動の現状を把握するため、中核制度カウンセラーを対象にメールアンケートを実施した。その結果、物理的環境は一定整えられてきていたが、カルテ記載不可、待機場所がないなどの課題も10-20%の者に見られた。スタッフのカウンセリングへの理解はあり（95%）、殆どの病院でカウンセリングの調整はスタッフが行っていたが（95%）、カンファレンス参加は半数以上（62%）程度にとどまっていた。導入方法の獲得に向けた医療者向けの冊子などの新規作成や限られた活動条件の下での心理検査導入の慎重の検討が今後の課題として考察された。

また、平成26年度調査で提唱された「地方型モデル」は多くの中核病院が中規模であることを考慮すると、全国の多くの病院にとって参考になると考えられる。ただし、今回対象とした中核拠点病院には派遣カウンセラーが複数存在し、中核相談のカウンセラーとの連携もスムースにいっている。全国の中核病院の中には、派遣カウンセラーが不在の所、院内カウンセラーが中核相談員を兼ねている病院もあり、その在り方は様々である。どんな在り方にも通用するような中核相談の標準化を進めていくこと、そのためにも相談員の質の担保を保障することが必要であろう。全国どこにいても患者が必要なサービスを受けられるように整備していくことが急務であろう。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 原著論文

1) 高田知恵子 （2014)「秋田県におけるHIVカウンセリングの構築と展開－地方における地域心理臨床の実践－」秋田大学教育文化学部研究紀要　人文科学・社会科学部門　69　pp53-61
2) 山中京子（2015）「他者との協働：他職種連携の課題とその可能性」『主体と他者（仮）』ミネルヴァ書房（印刷中、2015年3月末刊行予定）

2. 口頭発表

1) 山中京子他、「ブロック拠点、中核拠点、一般病院別のカウンセリング体制の現状および課題の検討－過去5年間の調査研究結果の総合的分析より－」第27回に本エイズ学会学術集会、熊本、2013年11月
2) 山中京子他、「ブロック拠点などでの心理検査の実施に関する研究」、第28回日本エイズ学会学術集会、大阪、2014年11月
3) 高田知恵子他、「中核相談事業の現状と課題その1－メールアンケートから見えたこと－」、第28回日本エイズ学会学術集会、大阪、2014年11月
4) 嶋篤子他、「中核相談事業の現状と課題　その2－中核相談員への電話インタビューから見えてきたこと－」、第28回日本エイズ学会学術集会、大阪、2014年11月

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

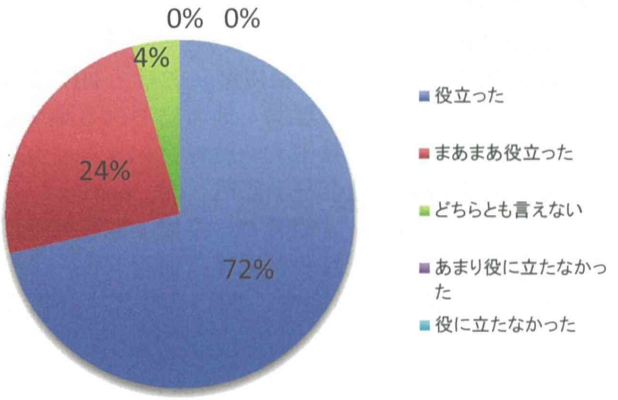


図1　医療チームにとっての有用性評価　(N=91)

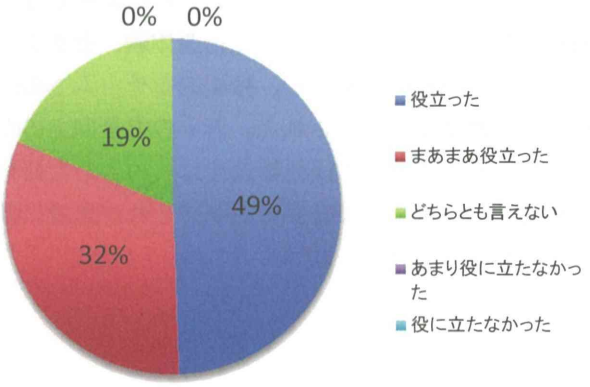


図2　患者にとっての有用性評価（N=91）

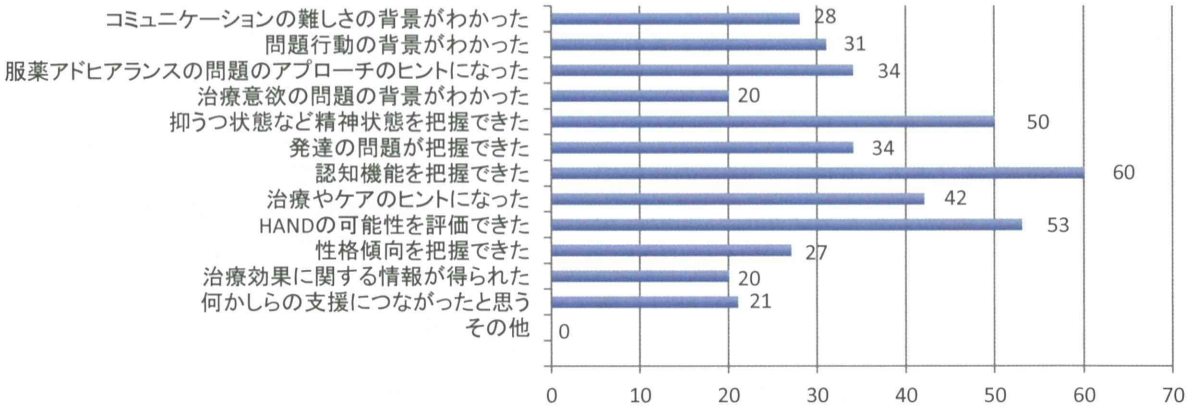


図3　医療チームにとっての有用性評価の内容　(N=91　複数回答)

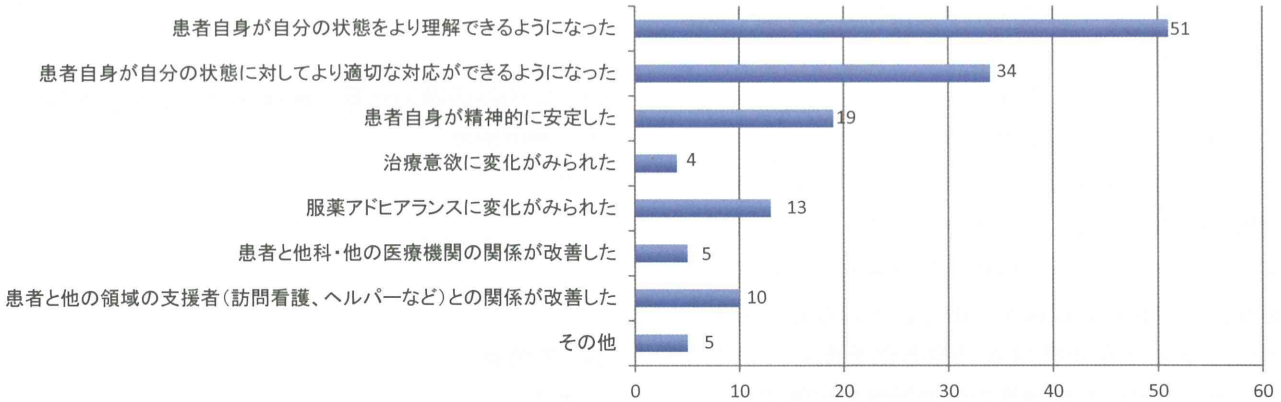


図4　患者にとっての有用性評価の内容（N=91 複数回答）

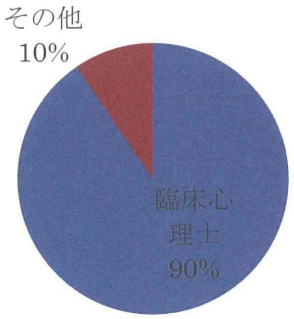


図5　持っている資格

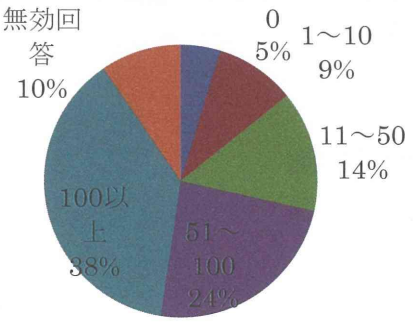


図6　患者との面接件数（中核相談員になってから）

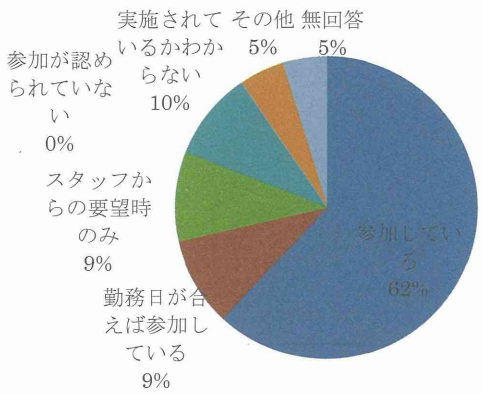


図7 カンファレンスへの参加状況

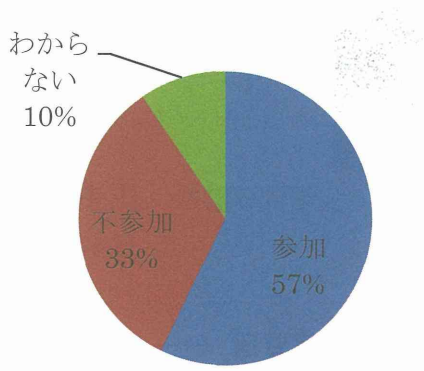


図8　相談事業の年間計画について打合せ参加

表1　HIVカウンセリングの有効性・役割

有効性	内　容
相談員の役立ちの実感	**話せる場**：誰にも言えない病気を話せた、医師に伝えきれない話、**心理的支援**：不安軽減、**じっくり聴く**：スタッフから聞いてほしいと依頼、**周囲への支援**：家族・パートナーにも配慮・支援、**利用しやすい相談**：半日でも常駐のため、**心理的見立て**：陽性者理解の促進、カンファで心理士の意見を聞かれる、**チーム医療の円滑化**：チーム体制の整備、全人的医療の実践に貢献
患者からの評価	**話せる場**：「役にたった」、差別心のない人と繋がれた、**心理的支援**：感情の安定化、病気の受容、代弁者や橋渡しの役割、精神科連携や入院中のフォローで安心された、うつの方から「救われた」、**適応改善**：発達障がいの方へのチーム的関わり、社会との繋がりを得た、日常活動への一歩が出やすい
スタッフからの評価	**情報把握**：診察場面では言わない本音、心理検査、**心理士の見立て**：カンファで違う視点を提供、精神科つなぎへの提言、陽性者理解の促進**コンサルテーション**：陽性者対応への助言、**チーム医療への貢献**：カウンセラーが陽性者の話を聞くので他職種が専門性に専念、役割分担、スタッフのメンタルサポート、チームで情報共有する流れを作った、保健所での陽性告知のフォロー、**常駐による安心感**：心理面でアテにされている

表2　相談事業での困難点・課題

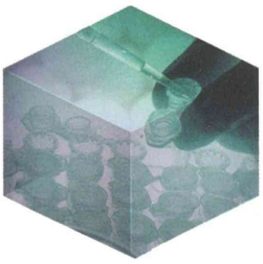
困難点･課題	内　容
カウンセリング認知度	スタッフのカウンセリングの認知度・理解度に差、陽性者のカウンセリング認知が低い、敷居が高くて利用できない
患者について	危機介入後の関わり、自殺リスクの見つけ方と対応、長期療養に向けてのサポート、薬物使用、HIV関連認知障害、問題の背景にある発達障害・精神科的要素、面接ケースの転院、カップルでHIVの場合のケアの分担、心理検査への対応、陽性者数増加への対応、陽性者数の少なさ
勤務時間予算	予算上勤務回数が制限されニーズに応じきれない、緊急対応の時間が限られ、勤務日以外の対応困難、時給の低さ
物理的環境	カウンセラーの待機場所がない

表3　グループ・インタビューの内容

項　目	内　容
1. カウンセリングについての認識	ブロック拠点、ACC での研修で、カウンセリングを含めた患者への多面的アプローチの必要性を実感した。うちのカウンセラーは生活面まで密着してくれている。
2. カウンセラーへの期待	現状に満足しているので維持してほしい。初診患者は不安が大きいので全員会ってもらう。初診患者にはチームで対応と伝えている。
3. カウンセラーの役立ち	患者に寄り添って SOS をキャッチしてくれる。心理面・生活面の支えになっている。受診中断しそうなサインを教えてくれる。命綱的な存在。セーフティネット。家族・パートナーにも会い患者の状態をよく知っている。郡部で他の患者に会う機会のない患者の孤独感を受け止めてくれる。退院後の不安への対応してもらって助かった。
4. チーム医療で心がけていること	まめな連絡、自分の持ち場を他職種の領域と重なり合いながら協働している。身体兆候をカウンセラーから教えてもらい診察に結びついた例もあった。週 1 回ミニカンファレンス、月 1 回カンファレンスの実施。
5. 今後の課題	患者が増加しつつある中、現状と同じ対応が維持できるか懸念、カウンセラーの増員ができると良い。大都会のブロック拠点病院とは違う「田舎型モデル」を提唱したい。

表4　ベテランカウンセラーインタビュー　若手に伝えたいこと

項　目	内　容
HIV 検査相談	HIV 検査カウンセリングを学ぶことが重要。病院の中だけでは HIV 検査相談の緊張ある状況を理解できない。患者が通ってきた危機状況を理解しておく。また一期一会の人と性の話をするのはいいトレーニングになる。
セクシュアリティ	セクシュアリティについては患者から教えてもらう態度で。自分の守備範囲を超える時は教えてもらう。
価値観の見直し	様々な価値観にフリーでいること。性などへの自分の価値観、態度を見直すことが重要。
チーム医療	チームの中で自分をアピールして理解してもらうこと。積極的に関わっていく。



HIV感染症の医療体制の整備に関する研究（MSWの立場から）

研究分担者　田中 千枝子
日本福祉大学　社会福祉学部　教授

研究要旨

2013年から2014年どの2年間にわたり、拠点病院および拠点病院間の連携において、HIV診療に関わるソーシャルワーク（以下HIV-SW）の均てん化を推進するために、アクション・リサーチの手法をもとに、一連の調査およびその結果を基にした活動およびその活動評価の循環と展開を行い、リサーチの結果を検証し重ねていった。全国のHIV-SWの中から10名の熟達したHIV-SWを行っている方々に依頼し、ミニマム・スタンダード検討会議を招集し、調査活動の推進母体とした。その上で各地の拠点病院MSWに対する個別ヒヤリングと全国郵送調査を実施した。その調査結果をもとに内容を検討し、ミニマム・スタンダードに関する項目に関する討議を繰り返した後、テキストを作成し、かつそれを用いたブロック別の研修会を委員会のメンバーを講師に実施した。さらに研修会の評価をもとにその内容を検証し、参加者のHIV-SWに関する理解の構造を明らかにした。そのうえで、再度地区別研修会にて各HIV-SWの有り様と考え方をワールドカフェ方式で出し合うことによって、ミニマム・スタンダードに対するニーズを把握した。そしてその内容をさらに詰めることで、患者に出会ったときに、必要なアセスメントの枠組みを伝えるガイドラインを作成することに意味があるとの結論に至った。それによって、HIV-SWのミニマム・スタンダードとして、様々な相談があったときに理解しておくことが必要な問題別のアセスメントの枠組みを設定した。そのうえでQ&A方式のガイドラインを作成しブック化し、全国の拠点HIV-SWに携わる部署に配布した。このような手順を持って研究は行われた。

【研究1】全国拠点病院におけるHIV-SWの実態把握と問題点の抽出を行なった。その結果、各病院によってHIV-SWへの組織側の体制整備と、MSW自身の取り組み姿勢に相違が大きいことがわかった。取り扱い件数の多寡とHIV-SWとしての工夫や準備の有無　の2軸でそれらを3つのグループ化し、Aグループ＝担当患者多数　HIV-SWとして多様な業務上の工夫を実施している　Bグループ＝担当患者少数　HIV-SWとして業務上の工夫や準備を実施　Cグループ＝担当患者少数　HIV-SWとしては工夫や準備はない　に分類した。

【研究2】とくにCグループをターゲットにまたBグループでも基礎を確認できるように、拠点病院におけるHIV-SWのミニマム・スタンダードを検討・設定した。その内容を項目ごとに文書化・テキスト化した　その項目は1）基礎知識　2）支援プロセス　3）トピックス　4）情報・資料　である。

【研究3】そのテキストをもとに、東海地区の10拠点病院のMSWを対象に研修会として、そのミニマム・スタンダードを共有する試みを実施した。以上のそれらの作業プロセスを、HIV-SWの中心を担う全国のブロック拠点や中核拠点病院の10名の

MSWとともに議論しながら行った。それによりHIV-SWのミニマム・スタンダードに関する共通認識と均てん化に障害となっている課題を抽出した。
【研究4】研修の受講生の側から受講を振り返りナラティブで問うことで、その理解の文脈を取り出し構造化した。その結果、より簡易な内容で、HIV-SWの実践指針上のマニュアルや指針となるようなものが必要なことがわかり、テキストの修正を行った。
【研究5】研修会を再度実施し、テキストの使用とその後の研修ニーズについて、ワールドカフェ方式でリサーチを行い、その結果ミニマム・スタンダードへのニーズは多様で、病院ごとに代わる事情を踏まえて、各病院における課題を解決するためには、多様な訴えを行う患者との出会いの時に、問題を見通すメゾマクロまでの枠組みを身につけることが重要であるとの結論に至った。これは全国調査の関心の広がりと符合するものであった。
【研究6】HIV-SWを患者の出会いの時にメゾマクロまで広げる形でアセスメントできるようにするために、患者の訴えごとのQ&Aブックを作成した。その患者からの質問の内容をミニマム・スタンダードによるテキスト内容から展開し、それをミクロメゾマクロに展開して答えを作成した。

A．研究目的

拠点病院および拠点病院間の連携において、HIV診療に関わるソーシャルワーク（以下HIV-SW）に従事するサービスの質の均てん化を行うための指標となる、ミニマム・スタンダードを設定し、それを研修やテキストによって浸透させるために、必要なアクション・リサーチを試みる6つの研究を実施した。【研究1】拠点病院におけるHIV-SWの実態と課題に関する全国調査　【研究2】ミニマム・スタンダードの作成とテキスト化　【研究3】ミニマム・スタンダード研修会の運営実施　【研究4】ミニマム・スタンダード内容理解に関する質的分析　【研究5】個別のHIV-SWに関する認識や課題をワールドカフェ方式による内容分析　【研究6】患者の訴えQ&Aブックをミニマム・スタンダードの枠組みによる作成　以下研究ごとに記述する。

【研究1】拠点病院におけるHIV-SWの実態と課題

B．研究方法

全国5カ所のブロックないしは中核拠点病院のHIV-SWを担当しているエキスパートMSWに対して、ヒヤリング調査を実施し、全国HIV拠点病院のHIV-SW体制に関する全数量的調査の枠組みと項目を定めた。ヒヤリング調査においては、診療患者数とMSW担当数がアンバランスなところや、大規模すぎて一定程度の受療があるにもかかわらず、HIVを特例扱いをしていないところ、また受診者数は少ないものの、地域でHIVの市民活動に病院職員として参加しているところなど、様々なHIVとの関わりを持っているMSW5名に対してヒヤリングを実施した。

さらに量的調査は2013年12月1日～15日の期限で、拠点病院診療案内（2013-14）に掲載されている332病院に対して、HIV-SWの体制およびその業務の実態について、1病院1票の郵送調査を行った。そのうち非該当（指定されていない、MSWがいない）として返答があったのが38病院で、それを差し引いて294病院、有効回答があったのが129病院であり、回収率は43.9%であった。同年の拠点病院診療ガイドブック記載調査によるMSW配置記載率は42.5%を程度であり、実際HIV診療がほとんど無いか、あってもMSWが関わっていない病院からの回収が進まなかったと電話での確認作業の結果、推察された。また病院自体の診療人数とHIV-SW担当者人数には相関がある程度みられたが数カ所、患者数に比してMSWの関わりがほとんどないところも見受けられた。またガイドブック記載がないことともHIV-SWの実施は関係が無く、記載がなくてもMSWがおり、HIV診療体制の一員であるという返答があった病院も少なくなかった。

（倫理面への配慮）

基本量的調査であり、個人のプライバシーについては質問紙面で説明の上、了解されたMSWの方の回答を入力した。また今回誤記を防ぐため記入者の記名を任意でお願いしたが、129名中3名以外126名から記名での回答があった。第二次調査にも今後協力依頼が可能な協力者となった。大変意欲的な専門職集団であると考えられる。

C．研究結果

エキスパートSW5人に対するヒヤリング調査の結果、HIV専門のMSWも、他の兼務のMSWも業務の多彩さに相違はない印象を持った。また担当患者が少なくとも、患者会への参加や地域啓発活動への支援など、メゾマクロレベルに介入参加していることがわかった。またHIV診療にチームとして参加しており、チームでは様々なパンフレットや勉強会や出前研修などに協力しているといった組織の活動実態に、HIV-SWが影響されていることもわかった。

そこで量的調査の質問項目は、一病院におけるHIV-SW担当患者数としてまとめ、HIV-SW責任者に対して、その活動内容についてミクロ中心介入9項目（疾病や障害理解や相談、セキシュアリティの理解や相談、薬害エイズの理解や相談、家族関係の理解や相談、パートナーなど重要他所との関係理解や相談　就労・教育問題、経済問題、薬物や外国製など社会的排除要因に関する問題、仲間・機会作り）メゾ・マクロとしての環境介入9項目（診療体制や社会の陽性者の認識、患者会など地域交流、入退院や在宅療養以降に関わる連続的な医療との関係、施設入所や在宅サービス移行など会議福祉との関係、制度利用におけるプライバシー保護や人権擁護の仕組み、制度利用に関わる法的解釈や認識の相違に関わる問題、制度政策の方向性の決定に関わる問題、講演やイベント開催など社会的排除の抑止に関わる地域社会への啓発活動、調査研究や学会への参加・発表など、HIV-SWの理論化への貢献）をあげ、それぞれ実施の実態とその介入のよりどころとする根拠や資料の有無について、リッカートの4尺度によって、回答を得た。

そしてこの結果をうけて、A～Cグループに分けた。4象限でDグループも数病院存在したが、質問の主旨（SW業務を行うに当たっての根拠や証拠・資料等の工夫の有無）を再度説明し、回答を変更した結果、Dグループはいないことになった。

4象限のグループ分けのための2軸のうち、縦軸は最近1年間の担当患者数で4名未満と4名以上を、横軸はそうした根拠を持ったり、工夫や準備を行ったとの回答がリッカートの（1大いにある）（2ある程度ある）にマークしたもので、ミクロとメゾレベルでそれを合計して5つ以上を軸のカッティングポイントとした。

結果4象限に対象病院129のうち、担当患者数が多く、工夫も5つ以上しているAグループが34　担当患者数は少ないが、工夫や準備をしているBグル

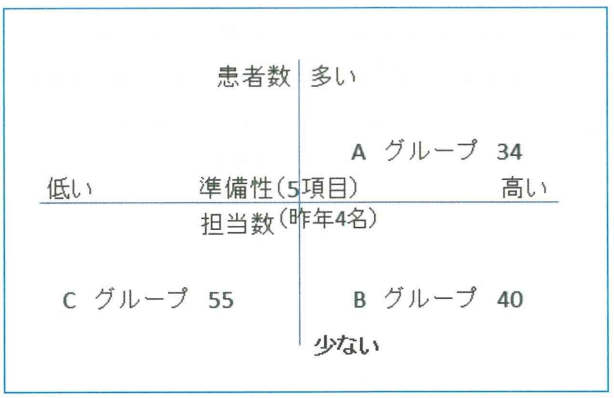


図1　担当患者数と根拠・工夫の準備性によるHIV-SWのタイプ分布

	Aグループ	Bグループ	Cグループ
ミクロ	7.6	7.6	2.5
疾病理解	7.7	7.9	3.1
セクシュアリティ	5.4	5.5	0.8
薬害エイズ	3	2.5	1.8
家族関係	7.5	7.8	3.3
重要他者	5.3	5.3	0.3
就労・教育問題	7.7	7.1	3.8
経済的問題	7.5	7.5	5.5
社会的排除	6.5	3.3	2.3
仲間づくり	4.5	2.5	1.1
メゾマクロ	6.2	5	1.2
拠点制度	6.8	1.1	0.3
地域資源	5.5	3.3	2.8
連続的医療	4.4	3.8	2.8
サービス利用	8.2	6.2	3
プライバシー	8	5.8	3
制度利用解釈	8.4	7.8	3
制度政策	5.6	6	0.8
啓発活動	5.6	6.1	0.4
研究理論化	6	4.4	0.4
全　　体	7.2	6.8	2.8

図2　根拠・工夫に関する準備性とグループ別平均点数

ープが40グループ、Cグループが55グループに分かれた。このAグループは多数のHIV-SWが実施されている中で、多くの分野で根拠を持ち工夫や準備を実施しているものである（図1）。

本調査における均てん化のターゲットはBグループとCグループであり、とくにBとCの根拠や工夫の有無の差がどこから来ているのかについて検討した。工夫や根拠の程度をリッカート「大いに」を2点、「ある程度」を1点として算定すると、結果Bは平均6.8点、Cは平均2.8点とかなり異なるものであった。またBではミクロにおいては平均8.6点、メゾマクロでは平均5.0点であるに対して、Cグループでは平均ミクロ2.5点、メゾマクロでは0.3点となり、とくにCグループにはメゾマクロ問題への介入や関心自体が少ないことがわかった。各問題別に集計すると、その差が大きいのはミクロではセクシュアリティとパートナーなど重要他者が5点以上開き、メゾマクロでは患者会、啓発運動、理論化などで3点以上ある。一方でCグループで3点以上高い点数を得ている項目は、ミクロで疾病や障害理解、家族関係理解、経済問題、メゾマクロで施設入所や在宅サービス利用、プライバシー保護、制度利用に伴う法的解釈などがやや高かった（図2）。

D．考察

本調査は自由記述部分が多く、今後それらを考慮しながらさらなる分析が必要である。概況として考える必要があるのは、①同じく患者数が少なくとも活動の根拠や準備工夫を行っているBグループとHIV-SWの関心が薄いCグループを比較すると、工夫や準備をしているのは、ミクロにとどまらずメゾマクロへ関心を持っていることと関連がある。②ミクロではセクシュアリティやパートナーとの関係など、マイナーセクシュアリティ問題への関心が高いと工夫や準備に繋がると考えられる。③メゾマクロでもサービス利用がHIVであることによって妨害される社会的排除に関心があると工夫や準備に向かう傾向があると考えられる。結果工夫や準備に結び付けるためには、こうした関心に向くように働きかけることと同時に、点数は低いながらも通常疾患と同様の準備性のある疾病・障害理解や、経済問題、プライバシー保護や制度利用に関する法的解釈などの糸口から、AやBグループのMSWとの連携や情報提供の機会を持ちつついけば、各地域ごとにミニマム・スタンダードを身につける動きと繋がるのではないかと考えた。

【研究2】ミニマム・スタンダードの作成とテキスト化

B．研究方法

全国のHIVのブロック・中核拠点病院において、多くの実績を残しているエキスパーSW10名を互選のうえミニマム・スタンダード検討会議として、組織し、その会議によりミニマム・スタンダードを検討し、各自の分担でテキストを作成し、メールで相互検討をした。

（倫理面への配慮）

各病院に検討会メンバーになることを依頼し、組織の許可を得た。テキスト原稿は簡単な事例を組み込み、個人が特定できないように、一般化し加工した。また担当箇所を明示しないことで重ねてプライバシーの保護に配慮した。

C．研究結果

ミニマム・スタンダード項目を会議の結果抽出した。4つの大項目と16の中項目となった。

（1）基礎認識・知識　1）歴史と今後の課題　2）疾病基礎知識　3）薬害　4）多様なライフイベントと生活障害5）自己決定とプライバシー　6）制度の仕組みとSWの留意点　7）診療報酬制度に見るHIV-SW

（2）支援プロセス　8）受診プロセス　9）入院と退院支援　10）施設利用・入所

（3）トピックス　11）外国人支援　12）曝露事故への対応　13）セクシャルマイノリティとセルフヘルプ　14）メンタルヘルス　15）ネットワーキング　16）薬物依存の回復支援と司法制度

（4）情報・資料　患者会・ネット・支援者団体・研究結果など

D．考察

検討会議の経過でセクシャリティーの知識や就労支援など、次年度送りの課題も多く見つけられた。法的根拠や制度枠組み明示が重要であることが強く主張された。またミニマムがどこまでの範囲が適切なのか、各自の地域や組織においてかなりの認識に幅が存在した。その中でより詳しく深く述べる教科書化の流れと、より簡素にマニュアルにしていく指

針化の流れが双方必要であるとの意見があった。そのため、次年度はマニュアル化していく方法論の検討に入ることにした。

【研究3】ミニマム・スタンダード研修会の運営・実施検討会議による講師・講義運営

B．研究方法

名古屋医療センターMSWを中心に、東海地区10カ所の拠点病院のMSWに対して、ミニマム・スタンダード研修会の受講を依頼した。1日研修で完成途上のテキストを下敷きに、基礎、プロセス、トピックスの3単元に分け、それぞれのミニマム・スタンダード検討会の構成メンバーが分担・講義した。その結果を事後評価として話し合った。

（倫理面への配慮）

事例を挙げながらの演習を実施したが、個人情報保護の手立てをあげた。

C．研究結果

研修会で入る知識は、講義を踏まえた演習形式の話し合いが重要とわかった。また理解としては、とくに制度の知識の深さに個人ごとの相違が目立ち、話し合うことで普段使っている制度の適用により細心の注意を払うべきことが認識された。またプライバイシーの配慮について、各人でかなり留意点が異なりながら試行錯誤、ある人は確信しつつ実践をしていることもわかった。そのことは研修における講義の機会の保障やパンフレットの利用などの工夫によって均てん化が必要であること、拠点MSWどうしの情報交換・連携によって実践を振り返る・保障する・検証することの重要性が、研修実施者側からも認識された。

D．考察

ミニマム・スタンダード研修会の開催は、検討会議のエキスパートソーシャルワーカーたちの話し合いの上で行われた。研修会の効果は結果で述べたとおりである。しかしさらにミニマム・スタンダードがどこまでか、より検討が必要であろう。受診での制度紹介の場面が件数としては多いために、受診・受療援助、経済的制度利用に関わる留意点と特定場面に絞るのか、また中心となっていくブロック・中核拠点病院（Aグループ）のHIV-SWのミニマム・スタンダードになっていないかを再度検討する必要がある。

【研究4】ミニマム・スタンダード研修の内容理解に関する質的分析

B．研究方法

ミニマム・スタンダード研修会を受講した12名中3名のMSWで研究に協力することを了解した方々に、研修会での理解の状況と問題をインタビューし、そのナラティブデータを才木版GTAにより名付け、抽出と収束を繰り返し、図式化した。

（倫理面への配慮）

匿名でMSWにインタビューを実施し、データの扱い方・発表の仕方については了解を得た。

C．研究結果

3名の発言を切片化し、その理解のプロセスの構造を2つの流れと3層の循環関係として表した。22の概念と9のサブカテゴリーと6のカテゴリーで図式化した（図3）。

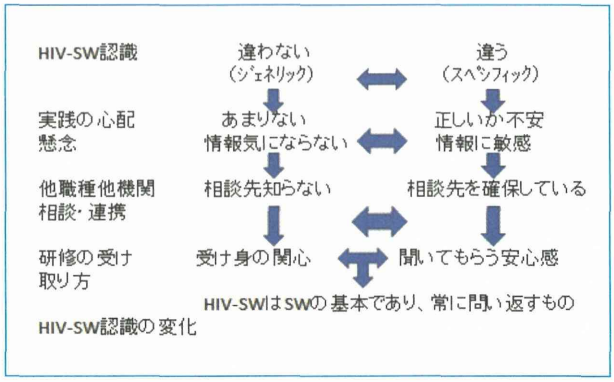


図3　HIV-SW研修会理解の構造

D．考察

受講生はHIV-SWのミニマム・スタンダードを研修会で学ぶに当たり、その前提となるHIV-SWの認識が2通りになった。一方は「HIV-SWは他のSWとは違わない」であり、他方は「HIV-SWは部分的には特殊」である。「違わない」ことから「やれている、やれるはず」と「実践への自信や疑念の欠如」を見せ、「他職種や詳しい人の意見を気にすること」はあまりしないとなる。「特殊」の認識は、「正しいかどうか不安」「確認して安心」という根拠探しを常に行っており、「多様な手段による問い合わせや確認」を気にして常に情報収集や連携のた

めの問い合わせをしている。

そして研修会を受講後の感想として、前者は興味深いなど「受け身の関心」を示し、後者は「皆に悩みを聞いてもらえて良かった」など、繋がることで次の自分の業務スタンスや体制を整える準備ができるとする。また三層目は特別と考えていても一般と同じと考えていても、その「終結像としてのSWの基盤としての価値が問われる」として基本に戻るとする。そこまでわかると研修会での発言もメンバーの内部資源・外部資源の開発にあたり、有効な方法を発見するために、積極的に理解するようになっている。

【研究5】ワールドカフェ方式による研修ニーズと成果に関する分析

B．研究方法

各自のHIV-SW体験が異なることから、その研修ニーズも課題も多様であることが予想されたため、ワールドカフェ方式によるリサーチを行い、多様なニーズのまとめ方を検討した。

C．研究結果

ミニマム・スタンダード研修へのニーズは多様で、病院ごとに代わる事情を踏まえて、各病院における課題を解決するためには、多様な訴えを行う患者との出会いの時に、問題を見通すメゾマクロまでの枠組みを身につけることが重要であるとの結論に至った（写真1）。

D．考察

ワールドカフェ方式によるリサーチは結果よりもそのプロセスにおける当事者のニーズや問題意識、課題を相互作用による話し合いで、お互いに刺激し合うことに意味がある。

地区は高崎と札幌で行ったが、各自の出会ったHIV-SWの事例の多彩さに皆お互いに興味を持ち、その中で共通の留意点や課題を話し合うことができたのは有益であった。経験のないMSWからは、「HIV-SWとはある種のステレオタイプな事例で理解していた気がする。しかし実際はHIVであるということだけで、社会からいろいろ排除されているその様相に支援の目を向けていくことなのだとわかった」との発言があり、経験がなくともHIVというだけでのハンディキャップに対する理解とその支援というMSWの基本的な視点を思い出したとの話が展開した。

そのことから、患者の多様な訴えの奥にある、社会的排除に至るHIV-SWの課題を、アセスメントの枠組みに入れるため、その仕掛けを持った教育素材の必要性が理解された。

写真1　ワールドカフェ方式のデータ提示

【研究6】ミニマム・スタンダードを理解するためのQ&Aブックの作成

B．研究方法

研究5でわかった、アセスメントに社会的排除という環境面への関与を含むメゾマクロまで目配りをしたミニマム・スタンダード項目を展開するために、患者からの質問があったときに答える内容について、マニュアル的な提示方法をとることにした。

C．研究結果

そのために前述のミニマム・スタンダード項目に沿って、歴史や医学知識等を省いたプロセスを中心に、よくある患者からのシンプルな質問に代表させて、それに対して直接的具体的に答えるところと、社会に対する視点として落とせない部分を両方記述することを課題に、Q&Aブックを作成した。

質問項目は表1　の通り

D．考察

ハウツーとしてのマニュアルではなく、具体的な疑問や質問に対して、HIV-SWの視点や拝見を踏まえたアセスメントにつながるようなブックの作成を心がけた。

これを全国のHIV-SWを体験することがあまりない拠点病院のMSWが、大事な視点を落とすことなく、突然の相談にもれなく対応できるアンテナを持つことを願いたい。

E．全体結論

ブロック・中核拠点病院におけるHIV-SWサービスの均てん化のために、ミニマム・スタンダードを設定し、その習得を意識して試みることには意味がある。しかし拠点病院の中には患者がいない、会えないという状況があり、その際HIV-SWに備えて手立てや情報を備えておくことを心がけているグループと、意識せず「他の疾患と同じなので備えるようなことはしていない」というグループに分かれていた。経験人数が少なくとも、HIV-SWへの興味や準備をしているグループとしていないグループに分かれることがわかった。HIV-SWに関心があるグループは、関心領域がメゾマクロに広がってあることがわかった。そうしたグループを作り出すために、ミニマム・スタンダードを抽出し、それに対応するテキストや研修を実施することによって、その方法論の明確化を目的にしたアクション・リサーチを繰り返した。研修会を通じて、HIV-SWがSWの根源と基本を問うものだという理解が深まれば、同じ問題

表1　Q&Aガイドライン　質問項目

〈予防啓発〉
Q1「仲間作りをしていくにはどうしたらいいですか」

〈初診時〉
Q2「周りの人に感染のことを言うことが必要か教えてください」
Q3「保険証を使っても大丈夫ですか」
Q4「医療費のお金はどのくらいかかるのか教えてください」
Q5「障害者手帳はとりたいが自分では申請に行けないのです」
Q6「役所に行ってもプライバシーは守ってもらえますか」

〈治療導入・継続的受療と社会生活〉
Q7「抗HIV薬を飲み忘れない工夫について教えてください」
Q8「働きたいのですけど、何からはじめたらいいか教えてください」
Q9「会社への告知についてどうしたらいいか教えてください」
Q10「会社に出す書類の病名について教えてください」
Q11「HIV陽性者の就学について教えてください」
Q12「障害年金って申請できるのですか」
Q13「同じ病気の方と知り合う方法を教えてください」

〈他医療との関係〉
Q14「赤ちゃんがほしいのですが妊娠・出産は可能ですか」
Q15「長期療養する場所はありますか」
Q16「家の近くで透析を受けたいのですが紹介してもらえますか」
Q17「抜歯が必要な治療になりそうです。近所にかかっていいですか」
Q18「精神的サポートを受けたいのですが」
Q19「往診してくれる医師を紹介してください」
Q20「どこにいても安心して療養・看取りができるような体制があるといいのですが」

〈地域福祉・介護サービス、市民ネットワークとの関係〉
Q21「施設に入りたいんですが」
Q22「ヘルパーさんにHIVのことを話さなくていいんですか」
Q23「一緒に通所している人たちに、HIVのことを話すんですか」
Q24「ボランティアさんにもHIVのこと話すんですか」
Q25「HIV陽性者の権利擁護をかんがえたいのですが、参考になる情報を教えてくれませんか」

〈その他〉
Q26「通訳を利用したいのですが」
Q27「ドラッグをやめたいのですが」
Q28「セクシャリティとどう向き合い関わったらよいか教えてください」

への対応にしても変化が期待できると思われる。またメゾマクロへの関心が広がることで、HIV-SWをより深める機会となると考え、そのような研修が望まれる。

課題として拠点病院においてMSWが陽性者支援に携わる機会がないという悩みに対して、支援の仕組みや方法論の研究が望まれる。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

1．原著論文

1) 田中千枝子編著『社会福祉・介護福祉の質的研究法　実践者のための現場研究』「1章現場研究と質的研究法」中央法規出版（2013）pp002-007
2) 岩崎晋也他『社会福祉のフロンティア』田中千枝子「医療ソーシャルワーク」有斐閣（2014）pp189-194

2．口頭発表

1) 永見芳子、杉本香織、羽柴知恵子、松岡亜由子、杉浦亙、田中千枝子、横幕能行　「高齢の母親と生活する強迫性障害HIV感染者への療養支援からみた課題」第27回日本エイズ学会　熊本（2013）
2) 小西加保留、田中千枝子「社会的排除の制度的背景と構造」日本エイズ学会、シンポジウム　大阪（2014）

H．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1．特許取得

なし

2．実用新案登録

なし

3．その他

なし