

- ズによる死亡数累積約 2,000 人。(1999)
- (2) British Columbia 州最近の HIV/AIDS 特徴
女性患者の増加、異性間感染の増加、薬物
常用者の感染増加、MSM の若年化。(1999)
- (3) British Columbia 州の予算
エイズ関連年間予算約 \$60 million。その
うち、\$11 million 強 (>18%) は
Community-based HIV/AIDS 関連事業。
(1999)
- (4) カナダの健康施策 "Population Health
Approach" における「健康」の考え方
Canadian Institute for Advanced Research,
CIAR は 1989 年、Population Health Concept
を発表したが、ここで健康に影響を及ぼす
ものとして、教育、医療制度、文化などの
個別要因から要因間相互の関係性への問題
に目が向けられる。カナダ連邦政府は、1994
年、この Population Health Concept にもと
づいた Population Health Approach を健康
施策の基本枠組みとして採用した (平成 12
年度報告)。この枠組みでは、多領域にわた
る関係分野の連携と行動計画が重視される。
- (5) Population Health Approach と
Intersectoral Action<4>
(A) Intersectoral Action の組織構成：
Intersectoral Action には施策、研究、企
画実施、予算措置などが含まれる。横断的
だけでなく縦断的連携が考えられる。横断
的領域としては、健康、法律、教育、社会
保障、財政、農業、環境領域等があり、縦
断的領域には、市町村・郡・州・国・国際
間 (地理的レベル) や市町村行政府・郡・
州行政府・連邦政府 (行政レベル)、また長・
実務スタッフ (組織内のレベル) が考えら
れる。
- (B) Intersectoral Action 成功のために
考えも組織形態も意志決定方法も異なる領
域間連携を模索する Intersectoral Action
では、当然、多くの困難も存在する。カナ
ダは過去 30 年の経験から、これらを克服し
先導して行くためには次の点が重要である
としている。<4>
・価値観や利益の共有、目標設定がされて
- いる。(Intersectoral Action の前提と
して健康に対する基本的認識・姿勢が共
有されている必要がある。e.g. WHO の健
康概念)
- ・政治的支援がある。(Population Health
Approach は政治的支援、公共施策と連動
している)
 - ・重要な役割を演じるキーパーソンが当初
から参加している。
 - ・横断的 (e.g. 健康、社会保障、公共団
体、ボランティア団体) と縦断的 (e.g. 市
町村、郡、州、組織内の長・実務スタッ
フ) などが同時に参加している。
 - ・連携形成過程に多大のエネルギーを投入
する。(最終的には、プランニングの段階の
コンセンサス形成と相互信頼の醸成。も
めごとが起こったときの解決方法、目的、
評価方法、リーダーシップなど)
 - ・具体的な到達目標と目に見える成果を設定
する。
 - ・リーダーシップとアカウンタビリティを
共有する。
 - ・安定したチームを形成する。(競合するよ
うな課題・もめ事を解決する能力)
- (6) HIV/AIDS 省庁間連携委員会：HIV/AIDS を
対象とした Intersectoral Action。
(A) Population Health Approach が推進す
る Intersectoral Action は、BC 州ではま
ず省庁間の連携強化をはかるための委員会、
HIV/AIDS 省庁間連携委員会 (Interministry
Committee on HIV/AIDS、以下、「省庁間連
絡委員会」と呼ぶ) として動き始めた (1997
年)<5>。その名称から推測されるが、構成
メンバーは関係する行政府職員であり、委
員会は健康省が主導する。
- ・目的：HIV/AIDS がブリティッシュ・コロンビア
州内の個人や社会、そして経済に与える影響
を行政内で論議する場であり、省庁間連携委
員会は HIV 感染や AIDS 患者を減少させ、また
HIV 感染者や AIDS 患者およびその援助者の
QOL 向上が期待できるような行政サービスや
施策の構築を目指す。
 - ・基本的方向：population health と harm reduction

〈注1〉の2つの考え方を基本にしている。

- ・目標：a) HIV/AIDS 関連の課題に対する省庁間の情報共有を改善し、施策や行政サービス提供の共同立案を行う。
 - b) 省庁間連携委員会のメンバーの HIV/AIDS 知識を高め、各メンバーが属する省内のリーダーとなる。
 - c) 省を越えて影響を及ぼすあるいは共同歩調をとる際の課題やギャップの解消のために共同する。
 - d) 説明責任を果たす（州知事に定期的報告を実施する）。
- ・具体的活動：(1) HIV/AIDS の現状分析と問題点に関すること、(2) 適正な公共施策に関すること、(3) HIV/AIDS の保健サービスが不均衡にならないようにすること、新たな課題への対処に関すること、(4) HIV/AIDS 施策の省庁間の連携に関すること。

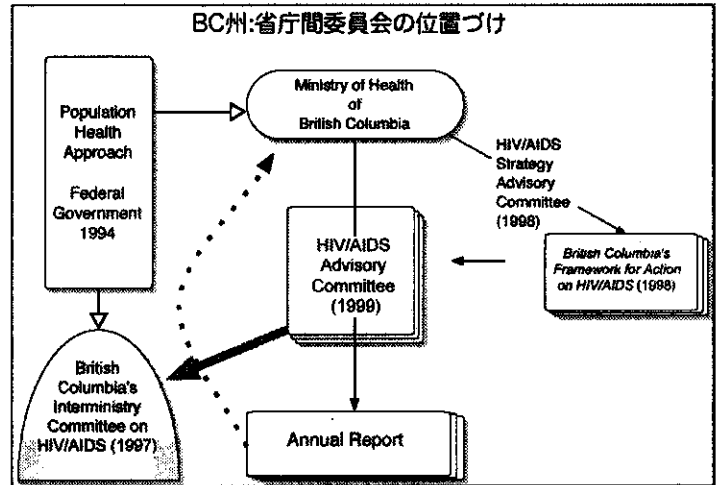
(B) メンバー構成

- ・ Office of the Provincial Health Officer, Chair<6>
- ・ 少数民族省 (Ministry of Aboriginal Affairs)
- ・ 高等教育省 (短大、大学以上)
- ・ 法務省
- ・ 児童・家族省
- ・ 教育省
- ・ 健康省 (少数民族課、HIV/AIDS 課、女性健康課、女性平等課)
- ・ 社会発展・経済安全省 (BC 住宅施策課も含む)

(C) HIV/AIDS 諮問委員会

HIV/AIDS 諮問委員会（以下、諮問委員会）は、このような HIV/AIDS 省庁間連携委員会の活動に対し、指示や助言を与える〈7〉〈fig. 1〉ほか、省庁間連携委員会の活動を州知事に伝える。また諮問委員会は州知事に対し、州政府が実施する HIV/AIDS プログラムやサービスの優先順位、現状の課題、戦略、評価等を進言する。諮問委員会は 16 名の委員から構成され、任期は 3 年以内である。委員は当事者ないし当事者の立場を

代替できる組織・機関等から選出されるため、PWH (Person(s) living With HIV/AIDS、自己申告でもかまわない)、地域グループの代表、針交換プログラム担当者、保健衛生担当者、NGO などから構成される。また諮問委員会は州知事に直属するので、諮問委員会の意見は州全体の施策に反映されやすい。



(D) 評価機関としての諮問委員会

諮問委員会は（アカウントビリティを確保するため）年報を発行する。最初の年報で、HIV/AIDS の課題を 3 つあげているが（地域化の推進、省庁間の連携、薬物乱用予防）、その中に、「省庁間の連携」が掲げられている。〈7〉

この中で「省庁間の連携」は PWH の人たちに大きな恩恵をもたらすと考えているが、その実施に当たっては知事のリーダーシップなしには各省内のプランの統合は不可能であると述べ、州知事の決意を促している。また年報では、省庁間連携委員会に参加している行政府職員は優秀であるといいつつ、その動きは遅く、諮問委員会としてはフラストレーションを感じると述べ、行政府の早急かつ積極的取り組みを期待している。諮問委員会の行政府への注文は、翌年の年報では賛辞にかわり、行政府が諮問委員会の要望に積極的に応じた様子が見える。

〈注2〉〈8〉

考察

カナダの健康施策は日常生活を軸とした健康概念の構築、日常生活から国民の健康を考える回帰運動と位置づけられる。すなわち、ラロン

ド報告(1974)では医療制度偏重であった健康施策を見直し、健康関連領域を4つに大別し(ヒトの生物学、ライフスタイル、環境、医療制度)、健康維持には、医療制度の充実だけでなく、子供の健全発育や精神衛生を含む生物学、病気発症の原因としての生活習慣、個人を取り囲む環境等が重要であるとした。ラロンド報告は健康を規定する最も重要な要因がヘルスケアサービスでないことを示唆する初めての政府刊行物として、カナダのひいては先進諸国の健康施策を再構築する起点となった。カナダの健康施策は、その後オタワ憲章やHealth For Allなどを経て、Population Health Approach(1994)に至って、健康に影響を与える因子(Determinants of Health)として、収入と社会的地位・ソーシャルサポートネットワークなど具体的なターゲットを定めた⁹⁾。この中で重要な考え方が提示されたが、それは健康影響因子は単独で独立して健康に影響を与えるのではなく、それら因子は相互に密接に関係し、その相互作用の方が実は健康に重大な影響を与える、というものである。そのためPopulation Health Approachでは、相互作用の結果生じる健康課題に目が向けられる。それがIntersectoral Actionとして概念化され、HIV/AIDS 省庁間連携委員会などに具現化されている。

このように見てくると、Intersectoral Actionが重視される背景には、Population Health Approachに示された健康についての考え方というのが大きく寄与していることが明らかになってくる。簡単に言えば、Population Health Approachは、個人の健康に関連する問題すべてをその中に含むような包括的な概念であったからこそ、Intersectoral Actionを積極的に取り組む必然性が出てきた、といえよう。

包括的健康概念とはつまり、妊娠、誕生、幼児期、成人、高齢者、死といった人生の中の健康課題を、しかも、それを保健医療という狭い枠組みでとらえることなく、生活を基点にして包括的に扱う概念のことである。Intersectoral Actionは、このような包括的健康概念の確立なくして発想することは出来ない。その一方で、Population Health Approachによって示された健康概念に従い、組織を再構成することも不可

能ではないが、これには多大のエネルギーを要する。ブリティッシュ・コロンビア州におけるIntersectoral Actionはあくまで既存の省庁の間の連携会議の域を出ていないのはこのためである。

一方、現時点の我が国では、このような包括的健康概念を整える基盤が出来ておらず、母子、成人、高齢者それぞれの健康施策について、それぞれ異なる部局が施策を出している(「母子保健国民運動2010(すこやか親子21)」、「21世紀における国民健康づくり運動(第4次健康づくり国民運動「健康日本21」)」、介護保険制度)。

カナダがPopulation Health Approachを連邦政府の健康施策の基本方針として採用してから7年、健康施策に関する報告書には、国・州・NGOを問わず、その指導原理としてPopulation Health Approachの記述から始まり、HIV/AIDSの施策も例外ではないところを見ると、その思想は政府関係者にだけでなく民間にも広く行き渡っていることが知られる。このようなことが可能であるためには、まずなによりも国民の支持が必要である。カナダ政府は、アカウントビリティ確保のために、インターネットや刊行物を通じて、Population Health Approachの考え方、意図、背景など徹底して情報公開を行っている。

HIV/AIDS対策は医療の問題であるとともに、文化的要素を多分に含むものである。我が国のHIV/AIDSにおいても、HIV/AIDSをその中に含む包括的健康概念を早急に構築するとともに、生活者の視点からの医療文化の再構築が望まれる。

結論

HIV/AIDS 省庁間連携委員会はHIV/AIDS関連の健康課題を検討し施策化する委員会である。参加メンバーは健康関連課だけでなく教育、住宅、法務、少数民族課など多彩であるところが画期的である。この委員会の必要性はPopulation Health Approachによって示された健康概念から必然的に導き出されるものである。Population Health Approachの健康概念は徹底して生活者の立場から健康をとらえなおしたものであるが、HIV/AIDS対策には何よりもこの視点が必要である。Population Health ApproachはカナダのHIV/AIDS関係者から幅広く支持さ

れている。我が国の健康施策はいま変貌の過程にあるが、残念ながらこのような生活者の立場に立った包括的健康概念は提示されていない。

参考文献

<1>Health Canada, Towards A Common Understanding: Clarifying the Core Concepts of Population Health,
<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/docs/comm on/index.html>

<2>石井・櫃本「ケースメソッドで学ぶヘルス プロモーションの政策開発」ライフ・サイエンス・センター、2001

<3>The Ottawa Charter on Health Promotion,
<http://www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa .html>

<4>Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health, Intersectoral Action... Towards Population Health,
<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/resources/>
 <5>British Columbia's Action on HIV/AIDS (Action on HIV/AIDS Report from the Interministry Committee on HIV/AIDS November 2000)
<http://www.hlth.gov.bc.ca/hiv/pdf/imc hiv.pdf> 64

<6>Office of the Provincial Health Officer, Chair
<http://www.healthplanning.gov.bc.ca/pho/>

<7>1999/2000 Annual Report Minister's HIV/AIDS Advisory Committee HIV/AIDS Advisory Committee, British Columbia
http://www.hlth.gov.bc.ca/hiv/pdf/hiv_ar20 00.pdf 61

<8>2000/2001 Annual Report Minister's HIV/AIDS Advisory Committee HIV/AIDS Advisory Committee, British Columbia
<http://www.hlth.gov.bc.ca/cpa/publications /index.html> 133

<9>What determines health?

http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/determinants/e_determinants2.html

注

<注1>Harm Reduction

Harm reduction works to reduce the adverse effects of behaviour, such as injection drug use or needle sharing, without requiring abstinence from those behaviours. It addresses the immediate issue by acknowledging that, even though they are aware of the consequences, some people will continue to engage in high risk activities.

<注2>

The committee also applauds the efforts of the Interministry Committee on HIV/AIDS to improve HIV/AIDS services within government. The committee considers the interministry committee's updates and report, British Columbia's Action on HIV/AIDS, as positive strategies for improving government services for people living with HIV/AIDS. The committee is hopeful that, with the formation of an Assistant Deputy Minister's Committee on HIV/AIDS, changes will be accelerated.

(別添 2)

日本における HIV/AIDS 患者のプライバシー保護と差別意識

研究協力者

田崎美弥子 (東京理科大学教養学部)

藤井美和 (関西学院大学社会学部)

I 目的

本研究は欧米諸国と比較しつつ、日本における HIV/AIDS 患者のプライバシー保護の現状を把握し、改善点を提案する。

II 方法

最初に先行研究を確認し、その後、日本における患者の状況を把握するために、HIV/AIDS 患者に面接インタビューを行い、それをもとに改

善のための提言を行う。

1) 文献検索

- ①データに見られる HIV 感染者、AIDS 患者の実態と分析
- ②米における HIV 感染者/AIDS 患者のプライバシーにかかわる法的整備
- ③日本におけるプライバシー保護に関する法的整備

2) 日本における患者のプライバシー保護に関する現状

- ①文献検索
- ②質的調査
- ③プライバシー侵害・HIV/AIDS にまつわる偏見/差別についての状況報告

Ⅲ提言：一般社会の理解の向上と医療従事者の意識改革

- ①アメリカの AIDS 教育と性教育
- ②医療従事者への教育
- ③まとめ

1. はじめに

わが国において疾患にまつわる偏見や差別は、「黒い雨」¹に描かれた原爆被爆者の例や、「らい予防法」²により、人間としての基本的な人権を奪われてきたハンセン氏病患者などで例があるが、すでに慢性疾患の一つと考えられる HIV/AIDS 患者に対しても根強い偏見・差別があることが報告されている。薬害 AIDS 訴訟においては、被害者であったにもかかわらず実名を伏せたまま裁判に臨んだ患者がほとんどであった³。それは患者の私生活に必要な以上に詮索をする社会の好奇の目にさらされたり、家族や周囲を巻き込みたくないといったさまざまな配慮に加え、疾患だけでも心身に負担が大きい状態で、さらに社会的差別からくる不要なストレスを回避したいという思いがあったと思われる⁴。

行政の被害者である血液感染による HIV/AIDS 患者に対しても、社会が偏見の目で見るのは、何よりも自分自身への感染の恐れから生じていると思われる。背景には、日本の HIV/AIDS の感染者の絶対数が少ないために、自

分自身の身近な問題として捉えることがなく、HIV/AIDS 感染・予防に関する関心、知識が低いことがあると思われる⁵。UNAIDS は、2000 年末の世界の HIV 感染者/AIDS 患者は 3,610 万人であり、うち 530 万人 (60 万人が 15 歳未満の小児) が 2000 年の新規感染者であると推計した⁶。2000 年 11 月 15 日現在、WHO に公式に報告された AIDS 患者数は 231 万人である。昨年 11 月と比較すると 11 万人の増加であり、地域別にみると、サハラ以南のアフリカ地域では、2000 年に 380 万人が新規に HIV 感染したと推測された。サハラ以南アフリカ地域の人口は世界人口の 10 分の 1 にすぎないにもかかわらず、2000 年の世界の新規 HIV 感染者の 72%がこの地域に集中していた。一方、日本では、平成 13 年 9 月における日本における HIV/AIDS 感染者累計は、男性 4780 名、女性 6497 名、合計 11,277 名であり、人口 10 万人あたり 9 名ほどで、依然として低い感染率だといえよう⁷。

第二に、先進諸国では小中学校で行われる性教育や AIDS 予防教育が、文化的なタブー意識があるためか、いぜんとして教育カリキュラムの中に導入されていないことに関連して、一般人口における HIV/AIDS 疾患に関する理解が低いことによると思われる。

第三に、ここ数年大きく変化をしてきたと思われるが、日本においてインフォームドコンセントは普及したとはいえず、医師と患者との関係は依然前近代的であり、これは日本において患者の人権というだけでなく一般に人権意識が低いことに起因していると思われる。欧米では 18 世紀初頭から、国民の権利意識や権利闘争について、トマス・ペインやイエーリングなどの識者による論議がされてきたが、日本では 1 千年近く続いた被差別部落問題が終結したと総務庁が発表したのは、1993 年であり⁸、「人権教育・啓発推進法」が発効したのは 2001 年 12 月 6 日である⁹。さらに男女雇用均等法¹⁰が 1984 年に施行されて 20 年経った今でも、女性の賃金格差是正は依然として問題となっている¹¹。つまりさまざまな差別が堆積している土壌にさらに、ゲイセクシャリティや薬物乱用といったただでさえ差別を受けやすい感染源と性感染をする疾患を抱えた患者が存在していることになる。

また、日本の地域では依然として村社会であり、そこでそういった疾患を抱える患者にとっては、ひたすら病名を隠すことが自分や周囲を守る手立てになるのだろう。

患者にとって偏見・差別のない生きやすい社会にするために、プライバシー保護の重要性を認識することは必須であると思われる。本稿では、日本におけるプライバシー保護の状況とその限界について考えるために、最初に、欧米と日本の患者のプライバシー保護のための法的整備に関する先行研究を紹介し、次に HIV/AIDS 患者らへの面接インタビュー結果を報告し、現状を浮き彫りにしたい。最後に彼らの指摘した問題点を改善するために海外でなされてきた必要な教育・政策の取り組みについて言及する。

2. 欧米における HIV/AIDS 患者のプライバシー保護に関わる法整備

北米では、1991 年から 1997 年にかけて、HIV/AIDS 疾患にかかわる約 600 に近い訴えがなされた。その主な争点は患者のプライバシー保護と医師の予防と治療における医師の第三者に警告を発する義務と医療者として知る権利、さらに医療機関へのアクセスと差別に関するものであった¹²。つまり、抗体検査と患者のプライバシー保護の法律に関わるものである。最初に最高裁判所で討議された事例は、アメリカ障害者権利法¹³ (The Americans with Disabilities Act of 1990: ADA 法) が HIV/AIDS 患者に適用されるかどうかというものであった。ADA 法は、すべての障害者の就業、旅行、買い物、娯楽における障害を取り除くことを目的としている。この ADA 法の障害者には 1) HIV/AIDS 患者も含まれ、2) 旅行に際しては、妥当な宿泊施設が与えられること、3) 雇用者に対しては、薬物乱用に関するテスト以外の雇用に際してあらゆるテストを禁止するものである。しかし、過去 20 年間、HIV/AIDS 患者のプライバシー保護のために社会的にも法的にもかなり進歩があったといえるが、医療者の知る権利、警告を発する義務に対して存在する患者のプライバシー保護の問題および医療場面における差別に関する問題を完全に解消するにはいたっていない¹⁴。

また、1998 年には、国連合同 AIDS 計画

(UNAIDS) と国連人権高等弁務局 (UNHCR) の共催により「HIV/AIDS と人権に関する国際ガイドライン」が発行された。これをさらに詳細に分析して 1999 年には、国連合同 AIDS 計画 (UNAIDS) と国際議員連合によって、立法者向けに「HIV/AIDS、法律、および人権に関する立法者のためのハンドブック」¹⁵ が作成された。これには、国レベルの法的整備、政策的・財政的支援、公衆衛生に関する法的整備、患者に対する反差別と患者と一緒に暮らす家族への保護等、HIV/AIDS 患者に関する法的整備を実際実施するためのガイドラインが示されている。

HIV/AIDS 患者のプライバシー保護については、全米ソーシャルワーカー協会倫理綱領 (National Association of Social Workers) では、患者のプライバシー保護の権利、関係文書の守秘義務、プライバシー保護の限界を特定する義務、事例コンサルテーションといった点を考える必要があると指摘されている。

また、医師は HIV に関する患者の情報を患者に対する差別を守るために、特に秘密保持の法的・倫理的義務を負う¹⁷ことは言うまでもない。しかし、ここで医師はジレンマに陥る。医師がもし伝統的な守秘義務を守ると、第三者を感染の危機に貶めるかもしれない、それを防ぐためには、秘密漏洩をしなければいけないかもしれない。つまり第三者の利益を優先し、患者個人と医師との信頼関係を壊すにいたるかもしれない。それゆえに、患者の自律性と第三者の知る権利、患者個人の権利と守秘義務と医療関係者の権利、および公衆衛生プログラムの立案とその関連知識を一般に公開することとの間にバランスをとることが必要となる¹⁸。

WHO によると、エイズカウンセラーは、患者の高度な個人情報と、社会的に弱者に当たる患者に対処するために、守秘義務の重要性について慎重であることが、業務の前提条件であり、必要事項であると指摘している¹⁹。

しかし、昨今の情報化社会の進展とともに、コンピュータ化されたカルテの個人情報に対して緊急の対策が必要だといわれている。医療提供者は、医学情報を守るための実践的な方法について議論を重ねてはいるが、患者の見解についてはまったく考慮されていないという問題点

が指摘されている²⁰。

Whetten-Godstein²¹ (2001) らは、カリフォルニア北部の郊外に住む患者にフォーカスグループ作業を実施し、医療提供者が守秘義務を維持しているかどうかについて調査をした。その結果、患者 15 人のうち 9 人が、医療者あるいは社会福祉サービス提供者が、患者の秘密を口頭、またはファックスやコンピュータ、文書において漏洩していたと報告した。また、13 人は病院、診療所、保健所において、2 人は薬局で患者本人に知らされることなく、患者の秘密が漏洩されていたと報告している。その秘密漏洩には、家族、友人、保険会社、看護婦、薬剤師、医師、研究者、社会サービス部門の職員が含まれる。また患者は、秘密漏洩には、医療関係者の患者に対する社会的差別がふくまれていると指摘した。患者に対する社会的差別を防止するため、患者の医療情報を厳守することはきわめて重要なことであるため、その対策として、患者は、第一に医師のプロフェッショナルとしての自覚を促し、次に、コンピュータのセキュリティのレベルをあげ、最後に、秘密保持の重要性と、秘密漏洩をしたものに対する刑事的罰が与えられることを医療関係者は、教育されることが必要だと信じている。そのために患者は、秘密保持の政策として、1) 情報の共有過程についての説明をすること、2) 患者の医療情報へのアクセスについて、患者に特別な同意を得ること、3) 秘密漏洩に対する処罰を与えること、を要求した。

3. 日本における HIV/AIDS 患者のプライバシー保護に関わる法整備

一方、日本においては、後天性免疫不全症候群の予防に関する法律（平成 6 年改正）²² があるが、この法律では、国民は、エイズ患者の人権を損なってはいけないとしているものの、医師は、予防のために、患者の年齢、性別、感染源、その他の事項を都道府県知事に報告する義務がある。また、産業医の倫理綱領²³ には、HIV スクリーニングの禁止はうたっているものの、就業制限のため会社に報告する必要がある場合は、会社組織上で必要最小限の人数（課長や部長職など）に絞って行い、その際、職務上知り

えた医療情報に対する守秘義務があるとしている。これを漏洩した際の懲罰は規定されていない。

薬害 AIDS 問題に関連しては、血液製剤による HIV 感染者および 2 次、3 次感染者が AIDS に関連する疾病を持つ患者のための所得保障として、障害基礎年金、医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構による給付が行われている²⁴。医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構による給付のうちの受託給付事業が 1989 年から施行されている。その内容は、血液製剤による HIV 感染者および 2 次、3 次感染者が AIDS を発症し、治療のために入院した場合の医療手当、特別手当、死亡した場合の遺族見舞金、家族への遺族一時金、埋葬料の規定である。

4. 日本における患者のプライバシー保護に関する現状

1) プライバシーに関する先行研究の紹介

池上らの調査(2000)²⁵ では、人権侵害が疑われる事例や倫理への配慮を欠くと思われる事例は 100 件以上報告されている。たとえば、患者のインフォームドコンセントを得ずに無断で抗体検査をしたり、半強制的に妊婦や手術前の検査を強いたりといった抗体検査にかかわるものと、またその結果について正しい情報や必要な情報提供をせずに、あるいは本人に同意なく第三者へ告知したり、プライバシーの配慮に欠けた告知をしたりといった患者や周囲への告知にかかわるものがある。さらに診療拒否や差別とみられる個室への入院強要や医療関係者の個人的価値観の押し付け、感染経路など私的生活についての過度の詮索が報告されている。職場においては、無断・強制検査と陽性結果による雇用の不採用や、第三者への感染についての情報伝達などがある。

同様に、HIV 人権センター事務局の報告では²⁶、2000 年 4 月から 2001 年 3 月の 1 年間に HIV 人権センターにかかってきた 13,427 件の電話相談のうち、230 件が HIV/AIDS 患者からであり、そのうち 9 件が偏見や差別に関する相談であった。そのうち歯科、産婦人科、手術拒否が 3 件や HIV の治療拒否が 3 件報告されている。

2) 面接インタビュー調査

HIV感染者A氏との面接インタビュー

平成13年2月にHIVと人権・情報センターから紹介を受けたA氏に面接インタビューを実施した。A氏は40代の男性であったが、そのほかの個人情報は一切うかがっていない。以下はA氏とのインタビューの要約である。

I. 発症当時と経過

- ・平成8年より体重減少し、9年6月時点で25キロ減。
- ・その1ヶ月前より会社の近くの町医者で、点滴を受けながら通勤。そのドクターより紹介状をもらい、ある病院にてHIV検査を受けた。
- ・結果が出る前に症状悪化、自分で救急車を呼び、検査を受けたB病院に入院。
- ・B病院で薬の耐性ができてしまう。皮膚科を病院受診し、カポジ肉腫が発症していたため、HIVと人権・情報センター五島氏より紹介を受け、拠点病院へ再入院した。2ヵ月後退院し、現在通院にて治療を受けている。

II. 告知とその後

- ・B病院に入院後、4-5日してから、担当医より「エイズを発症しています」と告げられる。どちらかという、病気の原因がわかったため、驚きより安堵感の方が大きかった。
- ・安静が必要なため差額ベッド代はとらないから1人部屋に移るように言われたが、そのとき、なぜ1人部屋に移らなければならないのかについては、説明がなかった。本当の理由を知ったのは、しばらくしてからであった。
- ・B病院入院後、しばらくして家族と同僚に電話し、自分の病気を伝えた。
会社：会社の方で辞表作るから署名・捺印するように言われた。
家族：とてもサポートタイプであった。2ヵ月の入院の間、母がつきっきりで看病してくれた。妹が「HIVと人権・情報センター」を見つけ、A氏、五島氏と会う。さまざまな情報を得、会社の退職については、一旦争うことも考えたが裁判が長くかかること

を思いあきらめ、辞表を出した。

III. 医療機関の対応と周りの反応について

1. B病院（最初の病院）の対応について

1) その病院では、HIV患者は2例目であったためか、ドクターは、「慣れないため専門家のアドバイスを受けてやります。」と真摯な態度ではあった。しかし薬を飲んでいながら、薬の量や種類が日によって違うことに気づく。入院中に投薬について2度の間違いがあった。2) 治療については、何か残る形（例えば書面）で説明してほしいと思った。3) 薬についても、吐き気、下痢、熱の薬については説明があったが、HIV感染症に対する薬については詳しい説明が全くなかった。4) 早く拠点病院に運んでほしいと思った。なぜなら、この2ヵ月の入院で薬の耐性ができてしまったからである。専門の病院であればこのようなことがなかったのではないかと思う。

2. 拠点病院に対して

カポジ肉腫発症した際、HIVと人権・情報センターの五島氏に依頼したのがきっかけで、紹介をうけ臨床病理科、眼科、皮膚科、口腔外科、精神神経科の5つの科を受診した。拠点病院では、以下の点に不満があった。

- 1) 待ち時間が非常に長い。体力的にきついため、考慮してほしいと思った。
- 2) 障害者年金に関してMSWの知識の不足から不利益を被ったが、今後お世話になることを考えると、はっきりと不満を言うことが難しい。
- 3) 入院中、病棟での患者同士の話は自分の病気にすることが中心となるため、病気について嘘をいうと何度も作り話をしなくてはならない。それが苦痛で、病室に引きこもりうつ病になってしまった。拠点病院でのカウンセリングも満足のものではなかった。病院で十分な精神的サポートは受けられなかった。
- 4) プライバシーが守られず、自分自身のための治療というより、教材という扱いを受けた（後述）。

3. まわりの反応について

A氏にとって家族がサポーターであったことには救いを感じた。会社に対しては、しかたないという感じと人権が無視されているという怒りをもっている。友人関係についても、以前の友達とは話がしにくい。疲れてしまう。以前のように話ができない。いちばん気楽にいられるのは、同じ性的指向を持った人、自分自身の性的指向を理解してくれている人、他の障害者の方々である。また、メンタルサポートの必要性を強く感じた。何回か見舞いに来てくれた友人もいたが、見舞いに来る人は、A氏とどのように接していいのか分からなかったという(=病気に対する理解を広める必要性)。

IV. HIV 医療体制について希望すること

1. HIV 治療については拠点病院でよいが、他の診療科(口腔外科や皮膚科)は自分で選択したい。特に、信頼関係を築くことのできるドクターを選びたいという気持ちが強い。
2. ドクター、ナース、MSWなど、患者が直接かわるスタッフとの間を取り持つメディエーターになるようなスタッフ(例えばイギリスのヘルスアドバイザー)が必要であると思う。
3. 病院と外部のサポートシステムやNGOとの協力体制や関係づくりが必要である。
 - ①NGOや民間のサポートシステムに支えられている側面は非常に重要である。
 - ②社会資源についての情報などがMSWなどから与えられるようなシステムが必要だと思う。
 - ③社会的なサポートシステムやNGOなどの紹介を1回目の病院でしてほしい。
 - ④プライバシーの保護、人権擁護についてスタッフ、社会の意識改革。
 - ⑤カポジ肉腫の組織検査が、臨床病理からでも口腔外科でも皮膚科でもとられた。1つの診療科でできないのか?と思われるような検査が中心であり、カポジ肉腫について患者への説明(例えば検査によりキズが残ることについて等)もなかった。
 - ⑥カポジ肉腫を見るために、多くの医師や学生が入ってきて、彼らの前で全裸の写真を何枚もとられた。プライバシーの保護につ

いての配慮が全くないと感じた。

- ⑦A氏が隣にいることを知っていながら、大きな声で感染者に病気について説明しているドクター。感染を告知したばかりの患者だったため、ドクターの、A氏のほうからその患者に積極的にアドバイスをしてあげてほしいという意図が感じとられた。A氏は自分もまたその患者さんもプライバシーを無視されたと感じた。患者とのインタビューは、カミングアウトをしている患者の絶対数の少なさと、個人的情報を話すことに対する抵抗から一人だけしか実施できなかったが、A氏の話から、医療場面で患者のプライバシーに全く配慮のかけた対応をされていること、また完全に医師が秘密漏洩をしている状況が浮き彫りにされた。

HIV 人権センター職員との面接インタビュー

2001年12月の世界エイズデーに、2名のボランティア職員から話しを伺った。その中には、血液製剤によってHIV感染した血友病患者の方もいた。

患者の中には、職場でカミングアウトできないため、障害者手当や医療手当を受けずに、個人で医療負担をしている人もいる。職場を失う可能性を考えると、カミングアウトするには勇気がいる現状である。また、家族にさえ告げていない患者も多く存在する。患者にとって、一番の望みは経済的に安定した状態で、医療を安心して受けられることだと思われるが、医療負担が大きく、身体状況のために就業が難しいため、生活の不安を抱えながら疾病に立ち向かなければならず、ただでさえ辛い状況に拍車がかかっている。医療場面では、依然プライバシー保護がされていないという実感をもっている患者が多いと思われる。たとえば、担当医師以外の医療関係者が感染したことを知っていることが頻繁にある。医療コーディネータのように、適切な医療関係者と患者を結ぶ役割を果たすスタッフが常時必要だと思われる。

また、患者が死亡し地方で葬儀が行われた場合、友人が訪ねて行っても、密葬だからと、お線香も上げさせてもらえなかったということがあった。地方の閉鎖的環境では、HIV/AIDS患者

であることを知られては生きていくのが難しいので、患者は都会に出るか、一切告げないかのどちらかを選択する傾向がある。

提言

以下に、アメリカの青年期の AIDS 教育と医療従事者に対する総合的な教育プログラムについて紹介し、提言としたい。

1. アメリカの AIDS 予防教育と性教育

1997 年の CDC²⁷ の報告によると、612,087 人のうち 19.5%が 20 歳代の感染者であり、13~19 歳の青少年層の AIDS 発症者は 2,953 人である。アフリカン-アメリカンの男女の AIDS 発症の傾向は白人のそれより 5 倍高く、また青少年層の同性愛者は AIDS 患者の 39%を占めている。青年期の AIDS 教育や性教育は、AIDS 発症者が確認されて以来、年々その重要性を増している。

青年期は、アイデンティティの確立が発達課題の主要なものであり²⁷、青年は、両親からの精神的な独立に伴い、同世代の友人との中での愛情やつながりを求める時期である。青年にとって性行為は、愛情の獲得、セルフ-エスティームの高揚、孤独感からの開放を得るものであるが、満たされない性的欲求のための性行為は、低いセルフ-エスティームや人間関係形成において障害をもたらす結果となる²⁸。この時期の青少年への性教育を含む人間形成へのサポートは、その後の彼らの性格形成に大きな影響を与えると考えられる。この時期、両親は愛情を持って、子供たちをサポートし方向付けをしていくことが重要である。しかし、多くの親は、性に関する十分な知識や技術を子供たちに教えていないのが現状である。Wilson²⁹らは、性行為についての責任や性教育を受けた子供は性行為の際コンドームをつける傾向が高いことを報告している。本来性教育は、性交渉を持つ年頃に合わせて行うのではなく、幼少期から行われるべきである³⁰。Dryfoos は、幼少期の失敗は、薬物乱用やリスクを伴う性行為につながると主張し、早い時期から子供たちが成功に向かって強く生きていくための認知発達を強化するプログラムの必要性を訴えている。幼少期から、何が危険度の高い行為であるのかについて教え、社

会で生きていくために必要なスキルをトレーニングするプログラムを提供することによって、社会適応能力や、コミュニケーションスキルや価値観を明確にしていくことに役立つと Dryfoos は主張する。そのためには、学校のみならず家庭での親のかかわり方が重要になってくる。またそれと同時に、親へのサポートや教育の必要性が生じてくる³¹。

Pitman と Zeldin³² は、青年期の若者がその発達課題を遂行していく助けになるものとして、若者対象のユースプログラムをあげている。ユースプログラムは訓練を受けた学校や地域サービスにかかわるスタッフや、ソーシャルワーカー、医療従事者、精神保健専門職者、宗教家などによって提供されており、青年期に起こるネガティブな問題よりむしろ達成していく課題に焦点を当てるプログラムである。ユースグループは、一人一人を尊重することを基本とし、メンバーのもつ問題や悩みの自己開示を、他のメンバーは非審判的態度で受け入れる。それによってグループ内の相互作用が高められ、その中で青年は自己に対する肯定的イメージを形成したり、セルフ-エスティームを高める。このようなグループセラピーは、青年期の新しい人アイデンティティの確立や、家族の中での新しい役割を形成するのに大いに役立つものである³²。

2. 医療従事者への教育

近年は医療従事者への教育の重要性が認められるようになった。アメリカの医療従事者（医師、歯科医、ナース、薬剤師、その他医療関係者）さらに医学看護大学教員・学生などへの AIDS 教育は大学付属の教育機関や連邦政府の支援によって開発され実施されている。例えば The Northwest AIDS Education and Training Center (Northwest AETC)³³ はワシントン大学健康教育研究センターに属し、5つの州にわたって、医師、ナース、医療補助者、歯科医、薬剤師などに HIV/AIDS の生涯教育の機会を与えている。また、コロラド大学医学部健康科学センターに付属する The Mountain Plains AIDS Education and Training Center (MPAETC)³⁴ は医療者を対象とした 8つの州教育プログラムを実施している。

その内容は、公衆衛生・予防学、治療におけ

る医学的側面だけでなく、患者や家族の心理的側面、法的・倫理的・政策的側面、患者理解や教育方法にまで及んでいる。具体的には、AIDS検査、守秘義務について、HIV感染予防策、治療プロトコール、地域社会資源、感染者へのカウンセリング、多文化、民族グループへの理解などである。

まとめ

日本でカミングアウトしている患者は全体の1%にも満たない(五島真理為氏談、2000年)と推測されている。1980年代から90年代にかけては欧米においても、セクシャリティと絡めて、患者の感染源についての不当な詮索も加わり、HIV/AIDS自体がセンセーショナルな扱いを受けてきた。実際、感染経路を特定するために警察による感染経路を割り出すコンタクトトレーシングポリシーがアメリカ、オーストラリア、スウェーデンで採用していた³⁵。これは患者のプライバシー保護よりも第三者への感染防止を優先し、患者のプライバシーは一切無視されたことになる。しかし、アメリカで、患者が人権に関わる問題が、訴訟に持ち込まれるようになってから、欧米の社会では患者を受容し、援助する方向へと転換してきたように思える。医療関係者にも、自身への感染を防止するために、当然自分の受け持ち患者がHIV/AIDSに感染しているかどうかを知る権利がある。また、第三者に感染の警告を発する義務がある以上、患者のプライバシー保護には限界があると言わざるをえない。そのバランスをどう取り、最大限に患者の人権を守ることが個人の尊厳を守ることにつながるかと思われる。しかし、日本の医療場面では、いまだに患者情報の秘密漏洩が問題となっている。HIV/AIDS疾患の場合は特に、社会的差別につながる行為であると認識して、医療者の秘守義務を犯した場合は、当然処罰される随伴性が法的に整備される必要があると思われる。また、それに加えてHIV/AIDS患者の職場での雇用の安定に対する法的整備も急務であろう。

一方、一般の社会にある差別を解消するには、地道で長い時間がかかる。アメリカでの黒人差別撤廃のためにとられた混合教育のように、日々差別対象者と仲良く接する状況を持つことである。HIV/AIDSに関しては、できるだけ偏見

のない幼少期からきちんとHIV/AIDSに関する正しい知識と人権に対する教育を与えることが必要である。

同様に、日本の医療従事者の卒後教育カリキュラムには、患者のプライバシー保護や倫理教育が提供されていない。これがHIV/AIDS患者に対する治療拒否といった患者を省みない態度を肯定する温床になっているとも考えられる。医療関係者に対する卒後教育カリキュラムの導入も重要であろう。行政の一層の努力を望むものである。

References

1. 井伏鱒二 黒い雨 新潮文庫 1970年
2. らい予防法の廃止に関する法律 平成8年法律第28号 平成8年4月1日施行(附則)
3. 広川隆一、川田悦子 龍平の未来—エイズと闘う19歳 1995年 講談社
4. 櫻井よしこ エイズ犯罪 血友病患者の悲劇 中央公論者 1994年
5. エイズ&ソサエティ研究会議 エイズを知る 2001年 角川書店
6. UNAIDS「Global AIDS Surveillance」
<http://www.unaids.org/unaids/document/epidemi>
7. IASR Vol.22 No.1 January 2001
<http://idsc.nih.gov/iasr/22/251/inx251.html>
8. 畑中敏行、部落史の終わり 1995年 かもがわ出版
9. 人権教育および人権啓発の推進に関する法律 平成12年12月6日法律第10号
10. 男女雇用機会均等法第20条
11. 賃金格差是正問題
http://www1.pref.tottori.jp/joseiseisyonen/w_work_rep04.htm
12. Gostin LO & Webber DW (1998). HIV infection and AIDS in the public and health care systems: the role of law and litigation. JAMA, Apr 8;279(14): 1108-13.
13. The Americans with Disabilities Act of 1990
14. Aronstein DM & Thompson BJ (Eds)(1984). HIV and social work: A practitioner's guide. New York: The Harrington Park

- Press.
15. UNAIDS/IPU (1999). Handbook for legislators on HIV/AIDS, law and human rights 1999.
 16. Lynch VJ (Ed.) (2000). HIV/AIDS at year 2000. Boston : Allyn and Bacon.
 17. Sauka M & Lie GT (2000): Confidentiality and disclosure of HIV infection : HIV-positive persons' experience with HIV testing and coping with HIV infection in Latvia. AIDS CARE, vol.12, No.6, p.737-743.
 18. Reamer FG (1991). AIDS: the relevance of ethics. In: F.G.Reamer(Ed.), AIDS and ethics(pp.1-25).New York: Columbia University Press.
 19. WHO(1995). Counseling for HIV/AIDS: a key to caring. Geneva: WHO.
 20. Gostin L(1997).Health care information and the protection of personal privacy: ethical and legal considerations. Annals of Internal Medicine, 127(8S), 683-690.
 21. Whetten-Goldstein, et al. (2001). So much for keeping secrets: the importance of considering patients' perspectives on maintaining confidentiality.
 22. 後天性免疫不全症候群の予防に関する法律 平成6年6月29日法律第49号改定
 23. 産業医の倫理綱領 平成10年11月 健康開発科学研究会
 24. 医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構 <http://www.kiko.go.jp/>
 25. 樽井正義 エイズと人権・社会構造に関する研究 研究報告書 平成11年度厚生科学研究費補助金エイズ対策研究事業 平成12年3月
 27. HIV人権センター学会発表資料 2000年
 28. Erikson E (1963). Childhood and society, New York: W.W. Norton and Company.
 29. Hajcak F & Garwood P (1988). What parents can do to prevent pseudohypersexuality in adolescents. Family Therapy, 15(2): 99-105.
 30. Wilson M, Kastrinakis M, D'Angelo L, & Geston P (1994). Attitudes, knowledge, and behaviors regarding condom use in urban black adolescent males. Adolescence, 29(113): 13-26.
 31. Dryfoos J (1990). Adolescents at risk. New York and Oxford: Oxford University Press.
 32. Goodridge L and Capitman J (2000). Adolescents at risk for HIV infection: A growing concern, In HIV/AIDS 2000. Lynch VJ (Ed.) Boston, Allyn and Bacon.
 33. Pitman K & Zeldin S (1994). From deterrence to development: Shifting the focus of youth programs for African-American males. In R.B. Mincy (Ed.), Nurturing young black males 45-55. Washington D.C.: The Urban Institute Press.
 34. The Northwest AIDS Education and Training Center <http://depts.washington.edu/nwaetc/>
 35. The Mountain Plains AIDS Education and Training Center <http://depts.washington.edu/nwaetc/>
 36. Centers for Disease Control and Prevention(1997). HIV/AIDS Surveillance report, 9 (1), Atlanta, Georgia.

(別添3)

わが国における HIV/AIDS の差別と偏見

研究協力者

高野正子 (大阪府高槻保健所)

松居るみ子 (大阪府四条畷保健所)

わが国における HIV/AIDS の人権に関しては平成11年度厚生科学研究費補助金 エイズ対策研究事業「エイズと人権・社会構造に関する研究」の報告書に「HIV 感染症における人権に関する邦文文献の研究(服部 健司)」の章に詳細に報告されている。従って本研究班は最近1年間のエイズ報道の内容を差別・偏見の視点からまとめた。

目的

マスコミが読者に与える影響は大である。わが国においてエイズに関する報道は当初からプライバシーへの配慮が欠けていた。本研究では、最初の報道から10数年経た今日のエイズ報道の内容を分析し、差別や偏見の現状を把握する。

方法

- 1) CD-毎日新聞 2000 日外アソシエーツよりエイズ HIV/AIDS にて検索した記事をカテゴリー毎に分類した。
- 2) HIV と人権・情報センターが発行している「しぐなる」(36 時間 HIV/AIDS 電話相談報告書) 1990~2000 年より相談者からの訴え・要望・意見をまとめた。

結果

1) CD-毎日新聞 2000 日外アソシエーツによる HIV・AIDS・エイズ語彙検索数は 291 であった。記事内容を分類した結果は以下の通りであった。

言葉の引用：115

薬害エイズ：48 件（公判：38 件）

治療・研究：11 件

薬害根絶（サミット宣言）：37 件

NGO 関連：3 件

差別：10 件

母子感染 2 件

針刺し事故：2 件

公害：2 件

血液行政：2 件

住民の意見：2 件

性関連 1 件

差別に関する記事は、次のとおりである。

- ・ HIV 感染者採用拒否は不当である。（複数）
- ・ 解雇は不当。賠償命令。知らせた病院にも責任。
- ・ ベネトン；「HIV 陽性」とのスタンプが押された人体などの写真広告
- ・ 差別発言；当時の森自民党幹事長が問題発言「初めて選挙に出た当時、私が車で行くと、農家の皆さんが家の中に全部入ってしまう。なんかエイズがきたように思われて」
- ・ 親しい友人に病名も打ち明けられない。

2) 「しぐなる」(1990~2000) 電話相談内容 (件数)

年	全相談件数	感染者のプライバシー (再掲)	検査のプライバシー (再掲)
1990	181		
1991	1771		
1992	3100	61 (2.0%)	331 (10.7%)
1993	2774	58 (2.1%)	241 (8.7%)
1994	1692	57 (3.4%)	142 (8.4%)
1995	1209	33 (2.7%)	
1996	1140	26 (2.3%)	71 (6.2%)
1997	1203	32 (2.8%)	72 (6.4%)
1998	1075	14 (1.3%)	67 (6.2%)
1999	113	27 (2.3%)	62 (5.3%)
2000	849	14 (1.6%)	50 (5.9%)

相談者からの訴え・要望・意見（人権・差別・偏見）

◎感染経路

- ・ プールにコンドームが浮いていたのでプールに入れない。プールに風俗の女性が来るのは問題だ。
- ・ 行政の売春取締りを厳しくしてほしい
- ・ ある雑誌で、同性愛の肛門性交だと感染者でなくとも AIDS になると書いてあった。
- ・ 日本に HIV (+) の外国人は入国させるな。
- ・ 今のキャンペーンは逆差別だ。日常生活の中での感染（プール、病院）が心配だ。

◎検査について

- ・ 健康診断に HIV 抗体検査を導入すべきだ。感染は鼠算式に広がる。どうして検査をすべての人に徹底しないのか。皆が自分の抗体検査を受け HIV 感染拡大を止めるべきだ。
- ・ HIV 検査の際は、もっと話し声や、会話に気をつけてほしい。
- ・ 病院で HIV の検査をした。病院の対応が興味本位で、受付の女の子が騒いだ。受付の長の人が「どんな行為で来たか」と聞いた。
- ・ 某保健所で HIV 検査を受けたら、ジロジロ見られたり「HIV は移りやすい」といわれた。

- ・結婚前に HIV の検査結果をお互いに出し合うべきだ。行政に働きかけろ。
- ・保健所で検査を受けたとき、一般の健診と同じ日で、大勢いる中で「抗体検査の方、どうぞ」と言われたり、他の人と違うことをさせられたりして、ジロジロ見られた。
- ・転職した際、無理に健康診断を受けさせられた。(感染者から)
- ・妊婦時検査で「梅毒もエイズもない」と突然言われた。無断検査(複数)
- ・検査を頼んだら「地元では患者が出ていないから検査の必要はない」と言われた。
- ・保健所で医師が不在なのに、陽性の告知を受けた。

◎医療機関の対応について

- ・手術をする際、強制的に HIV 抗体検査を受けさせられた。
- ・検査結果告知の際、「別の病院に移ってもらう」と言われた。
- ・献血後、C 型肝炎に感染していることがわかった。主人からエイズではないかといわれた。ドクターに問い詰めると「やましいことがあったか?」と言われた。
- ・医師と看護婦が「感染」という言葉を使っていて、「エイズのことか」と尋ねて以来「病院に来るな」と言われた。
- ・病院で検査を受けたら陽性。「もう来なくていい」といわれた。
- ・内臓疾患のため通院していたところ、いきなり「HIV 陽性」と言われ、カウンセリング等何もなかった。
- ・大学病院で検査をして検査結果をもらいに行ったが診療拒否を受けた。その態度から感染をしたと思った。日常の健康に気をつけていたが症状が出てきたので不安。
- ・個人病院で「君、変な事したの」と聞かれた。

◎その他

- ・何で自分の周りにまったく患者もいないエイズのことをあんたらは大げさにやってるんだ。治らない病気だったら仕事を辞めさせるのは当たり前だ。移る病気が悪い(死んでしまう)病気だったら、名前を公表して付き合わないようにして病院に入ればいだろう。
- ・感染者がえらそうにしている。なぜ人前でし

やべるのか。そのような権利はない。感染すると言うことは不潔な性行為なのに何をえらそうに言っている。馬鹿だよ。国家補償なんてなぜするのか。

- ・感染者に人権はない。隔離して治療すべき。
- ・センターに対して質問と提言をしたい。なぜ、エイズは差別の対象となるのか。それはエイズが血の汚れた病であり、日本人の「血の汚れを忌む」と言う思想を取り除かなければ差別はなくなる。
- ・マスコミの報道は恐ろしさばかりを強調すぎている。
- ・ゲイ・ホットラインではゲイへの差別・偏見の訴えがある。

例えば：病院での無断検査、警察での興味本位の取り調べ、警察から仕事場、親、彼女に連絡された。留置所での無断検査等

考察

- 1) 2000 年は薬害エイズ公判の年であったため、薬害エイズに関する世論の高まりも見られた。差別・偏見に関する記事は少なかったものの国の中枢に位置する人の差別発言は許しがたい。
- 2) HIV と人権・情報センターの 36 時間 HIV/AIDS 電話相談報告書「しぐる」から感染者のプライバシー及び検査におけるプライバシーの相談件数の年推移を見ると検査におけるプライバシーの相談は件数、率とも減少しているもののいまだにプライバシーへの配慮に欠ける対応がなされていることが推測される。また感染者のプライバシーは相談開始当時から大きな変動は見られない。
- 3) 電話相談者の生の声

○感染者からは検査や医療機関におけるプライバシー保護に関する苦情が多く寄せられている。ことに無断検査に関しては複数寄せられた。

○感染者以外と思われる一般の声としては差別偏見に満ちた声が多かった。

まとめ

今回一社の新聞記事から、エイズに関する記載を経年的に追って見たが、薬害エイズの際の国・企業・医師への責任追及の際のトーンとは異なり、感染者全体の人権、差別、偏見の改善に関する記事の取り上げ方は、低調であった。

しかし、HIVと人権・情報センターによる36時間HIV/AIDS電話相談報告書に見られるように、今なお様々な場面で人権を侵害されていると思われるケースが後を絶たない。

この中で人権への配慮を欠けていると思われる検査場面が見られることから、今後、医療機関、保健所全体としての感染者の権利擁護のしくみの再考が必要であろう。又感染者の人権と正面から取り上げる報道も望まれる。

HIV 感染症の歯科医療に関する研究

分担研究者：池田 正一(神奈川県立こども医療センター歯科)

研究協力者：前田 憲昭(医療法人社団皓歯会)

小森 康雄(東京医科大学口腔外科)

柿澤 卓(東京歯科大学口腔外科)

田上 正(国立国際医療センター歯科口腔外科)

樋口 勝規(国立病院九州医療センター歯科口腔外科)

栗原 英見(広島大学歯学部歯科保存科)

稲葉 修(国立大阪病院歯科口腔外科)

玉城 廣保(国立名古屋病院歯科口腔外科)

宮田 勝(石川県立中央病院歯科口腔外科)

高木 律男(新潟大学歯学部口腔外科)

山口 泰(国立仙台病院歯科口腔外科)

村井 雅彦(愛知県歯科医師会)

久保寺友子(神奈川県立こども医療センター歯科)

研究要旨

HIV 感染症の歯科治療は十分に対応できているとはいえない。まず、全国 365 拠点病院に歯科口腔外科が併設されているのは約 1/3 である。しかもその歯科口腔外科でも 35%はいまだに診療経験がない。またその経験についても病院間での相当の差があるのが実状である。これでは今後増加するであろう患者の要望にはとても対応できない。そこで今後は一般の歯科診療所の参加を促し、それらへの情報の伝達と啓発が必要であり、今まで以上の活動がより広い範囲で必要となる。とくに最近の HIV/AIDS 治療は次々と治療薬が開発され、その服薬の困難性や薬剤耐性、併用薬の問題などを十分に理解したうえで歯科治療をすすめる必要がある。したがって、それぞれの地域の特性にもよるが、一般歯科診療所(開業歯科医院)の協力を得なければ、HIV 感染者の歯科問題の解決はないと思われる。そこで今年度は各地区の歯科医師会に働きかけ、より多くの参加者を得て、情報の提供を行う。また、HIV 感染者の歯科診療および院内感染予防に関する冊子を発行し会員に配布した。1) 歯科医療体制につき班会議を 2 回開催し、今後の活動につき検討した。2) 平成 13 年度 HIV 感染者の歯科医療に関する研究会を開催した。一般演題 8 題、シンポジウム 1 題、教育講演 1 題、特別講演 1 題を行った。3) 各地で研修会を開催した。北陸ブロック、東北ブロックでは HIV 感染者の歯科医療に関する研修会、近畿ブロックでは歯科衛生士を対象(兵庫県)、歯科技工士を対象とした(大阪府)院内感染予防対策に関する研究会講演会を開催した。4) Clinician's Guide to Treatment of HIV-infected Patients(クリニシャンズガイド・HIV 感染者の歯科診療)の翻訳および HIV/AIDS 歯科診療における院内感染予防の発行を行い、全会員(756 名)に配布した。5) ニュースレターを発行した。6) 東北ブロックにおける HIV 歯科診療体制について検討した。

I. 研究の背景

1981 年 AIDS 発生時 5 人の若い患者の口の中が真っ白であったこと、従来から HBV で代表される

ウイルス感染症が歯科診療中に感染することが知られていたことから、AIDS が同様の感染経路ではないかと疑われていたため、AIDS 発生頭初から歯科

診療との関係が強く示唆されていた。また1989年いわゆるキンバリー事件(歯科医が患者にHIVを感染させたとの訴えを米国下院で取り上げられ大問題となった。)以来歯科治療でHIVが感染するのではないかと疑われ、その後の診療拒否などに結びついた。当時はAIDSに対する効果的な治療法もないことから、このような状況がしばらく続いた。しかし1995~96年以来、HIV/AIDS医療は、HAARTの出現で致命的な疾患から、治癒は望めないものの治療可能な慢性疾患となり、感染者・患者はHIVを持ちながら、10年、20年さらには30年と長生きできる疾患となった。したがって、その間う蝕や歯周疾患に罹患し、歯科を受診する機会もますます増えてきている。しかし、現状は相変わらず患者側からはあまりうまく対応してもらっていないとの声が聞かれる。

HAARTはCD4値の回復、血中ウイルス量の減少に多大な貢献を果たし、日和見感染としての口腔病変も明らかに減少した。しかし、抗HIV薬は、薬剤耐性、副作用、アドヒアランスの困難性そして拮抗薬の存在など問題も多く、これらを十分に知った上で、感染者の歯科治療にあたる必要がある。

HIV/AIDSの歯科医療は、HIV感染に関連する口腔病変の診断、治療、HIV感染者に対する歯科治療内容の変更の必要性、抗HIV薬と歯科治療で使われる薬物との相互作用、う蝕や歯周疾患と口腔衛生管理、院内感染予防、医療体制の構築等、多くの問題があり、本研究班を通して今後ますますこの分野での研究が必要である。そして、何とかHIV感染者、エイズ患者のQOLの向上に貢献できればと願う次第である。

日本におけるHIV/AIDS歯科診療に関する研究は、1988年厚生省・HIV感染者発症予防・治療に関する研究班(山田兼雄班長)の中に歯科口腔外科小委員会として発足した。その後、厚生省エイズ対策研究事業・HIV感染症の医療体制に関する研究班(南谷幹夫班長)に引き継がれ、昨年度から3年間、機構を変えて、白阪琢磨班長のもと、歯科医療体制に関する研究を分担研究する形で継続されている。また免疫低下防止研究事業として、口腔病変の全国調査を行った(木村哲班長)。その

間毎年HIV歯科医療に関する研究会を開催し、多くの情報提供と意見交換を行い、ニュースレターやHIV歯科医療に関するガイドラインの発行等を行ってきた。

このような情報の提供は主に拠点病院を中心に行ってきた。ところが拠点病院には歯科・口腔外科を併設している所が約1/3であり、しかも最近の経済優先の医療体制のなかでは病院の中から歯科・口腔外科が次々と閉鎖されているのが現状である。またわずかに存在する病院歯科も1~2名の歯科医師のところほとんどで、そこでは主に経済的な理由からHIV感染者の歯科治療をやりたくてもできないという現状がある。したがって、それぞれの地域の特性にもよるが、一般歯科診療所(開業歯科医院)の協力を得なければ、HIV感染者の歯科問題の解決はないと思われる。そこで今年度は昨年同様各地区の歯科医師会に働きかけ、情報の提供を行うこととした。

II. 目的

HIV感染症の歯科医療は十分に対応できているとはいえない。まず、全国370拠点病院に歯科口腔外科が併設されているのは約1/3である。しかもその歯科口腔外科でも35%はいまだに診療経験がない。またその経験についても病院間で相当の差があるのが実状である。これでは今後増加するであろう患者の要望にはとても対応できない。そこで今後は一般の歯科診療所の参加を促し、それらへの情報の伝達と啓発が重要であり、今まで以上の活動がより広い範囲で必要となる。とくに最近のHIV/AIDS治療は次々と治療薬が開発され、その服薬の困難性や薬剤耐性、併用薬の問題などを十分に理解したうえで歯科治療をすすめる必要がある。たとえば歯が痛くて数日たべられない、抜歯後の開口障害や嚥下障害などで食事がとれないなどが、どんなにHIV治療の妨げになるかは十分理解される場所である。また昨年度の研究から、院内感染予防対策とくにユニバーサルプリコーションに対する取り組みが不十分であり、また院内感染予防について文書化したものが多くの機関に設置されていないことから、拠点病院および一般歯科診療所に対する情報の提供が必用である。

これらを改善し、より質の高い歯科医療を患者に提供し、患者の日常生活の QOL 向上に寄与する。

Ⅲ. 方法

1. 歯科医療体制検討班会議の開催
平成 13 年 7 月 14 日(東京)、平成 14 年 1 月 19 日(東京)の計 2 回開催し、今後の活動について検討した。
2. 平成 13 年度 HIV 感染者の歯科医療に関する研究会の開催
平成 14 年 1 月 20 日東京にて開催
3. 各ブロックにおける研修会の開催
平成 13 年 9 月 29 日(土) 13:00~17:00
兵庫県歯科医師会館
対象は歯科衛生士会々員
平成 13 年 11 月 10 日(日) 13:00~17:00
大阪市立総合医療センター
対象は歯科技工士会々員
平成 14 年 2 月 17 日(日) 9:30~14:00
石川県立中央病院(平成 13 年度 HIV 歯科診療北陸地区情報交換会)
平成 14 年 3 月 21 日(木、祝日)13:00~15:00
国立仙台病院
東北ブロックにおける HIV/AIDS 歯科診療拠点病院連絡協議会および HIV 歯科医療研究会
4. Clinician's Guide to Treatment of HIV-infected Patients, 3rd ed. (the American Academy of Oral Medicine) の翻訳を行い発刊する。
5. 冊子：“HIV/AIDS 歯科診療における院内感染予防” の発行
6. ニュースレターの発行
(1) 各ブロックでの活動
(2) 日本 HIV 歯科医療研究会報告
(3) その他
7. HIV 歯科医療体制の構築に対する検討
東北ブロックにおける HIV 歯科診療体制について検討した

Ⅳ. 結果

Ⅳ-1. HIV 感染者の歯科医療に関する研究会会議

- 1) 平成 13 年度第 1 回 白阪班分担研究 HIV 感染症の歯科医療に関する研究会会議

厚生労働省科学研究費エイズ対策研究事業
白阪班平成 13 年度歯科医療に関する研究班
ブロック担当者会議

分担研究者 池田正一

議事録

日時	平成 13 年 7 月 14 日 13:00~18:30
場所	東京歯科大学水道橋病院 2 階研修室
出席者	分担研究者 池田 研究協力者 山口、柿沢、小森、宮田、玉城、樋口、前田 (順不同 敬称略)、 日本 HIV 歯科医療研究会事務局 溝部
議事	1 口腔症状検討委員会 2 白阪班ブロック代表歯科関係者会議
議事内容	<p>1 口腔症状検討委員会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ HIV 感染者の口腔病変の全国調査を行なうにあたって調査票の再編を行なった。 ・ 調査は、経時的にさかのぼっては行なわず、調査時に受診中の患者に対象を絞ることになった。 ・ 病状の表現と臨床診断、確定診断が臨床の現場で一致するか討議された。 ・ 今回の再編した調査票のたたき台を池田が作成することにした。 <p>2 白阪班 ブロック代表歯科関係者会議</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 分担研究者 池田からの報告内容 ・ 予算 400 万円の 3 年計画で、引き続き実施されることになった。過去 3 年間の事業は、「歯科医療体制に関する研究」であったため、啓発活動が中心であった。本年度からは「歯科医療に関する研究」に変更されたため、事業の展開を変更する。 ・ 前研究の実施事業： <ol style="list-style-type: none"> 1) 研究推進のための委員会の設立と実施 2) 感染防御の研修会の実施 3) 外国人専門家を招聘した講演会の実施 4) 患者向けのアンケート作成と配布 5) ニュースレターの配布 6) HIV 診療のガイドラインの翻訳と冊子を作成し配布 7) 研究会の開催 ・ 今期事業計画： <ol style="list-style-type: none"> 1) 研究推進のための委員会の開催 2) 感染防御の研修会の開催(前期実施できていない地区を対象に) 3) 研究推進のための委員会の開催 4) 研究推進のための委員会の開催 5) 感染防御の研修会の開催(前期実施できていない地区を対象に) 6) 外国人専門家を招聘した講演会の開催(専門家の絞込みを委員の方に依頼された)

- 7) アンケートの実施(対象は衛生士、技工士、患者で実施する。アンケートは、近畿ブロックで作成したものを使用する)
- 8) 口腔病変の全国調査(上記 検討委員会で)
- 9) ニュースレターの配布
- 10) HIV 診療のガイドラインの翻訳と冊子を作成し配布
- 11) 研究会の開催(平成14年1月、2月を予定)
 - ・各ブロックで企画している事業があれば、池田に報告いただくよう要請があった。7月に実施される班会議の本会(池田、前田出席)の報告書と、アンケート票を、事務局より各ブロック代表の先生方に送付する。
 - * 北海道ブロックおよび関東甲信越ブロックの代表者の選考を急ぐ。とくに河野先生は継続か交代かの確認
 - * 現在の予定
 - 平成13年7月18日、25日
白阪班全体会議(大阪)
 - 18日は前田が代理出席,
 - 25日は池田が出席
 - 平成13年9月29日
近畿ブロック 歯科衛生士向け講習会
兵庫県歯科衛生士会と共催
会場 兵庫県歯科医師会館
 - 平成13年11月11日
近畿ブロック 歯科技工士向け講習会
大阪府歯科技工士会と共催
会場 大阪市立総合医療センター さくらホール
 - 平成14年2月17日
北陸ブロック 講演会

2) 日本 HIV 歯科医療研究会

平成13年度 第1回 理事会 議事録

日時	平成13年7月14日
場所	東京歯科大学水道橋病院2階研修室
出席者	出席者 池田、山口、柿沢、小森、宮田、玉城、樋口、前田、事務局：溝部 理事数 12名、出席 8名で本会会則第18条により理事会が成立したことを確認

報告事項

事務局(前田)より、会員の動向に関する現状報告

平成13年7月14日現在

会員数 94名、理事 12名、評議員 58名

なお会員候補として、登録されている人数 566名は、本会発足当初のネットワーク会議に出席された方を登録したものであるため、「会員」を12年1月28日に登録された方に限定した。治療指針の翻訳冊子、ニュースレターの送付時に、情報の継続提供を希望するか否かの回答と、会員の申し込み書を同封する。ただし、その回答はFAXで事務局あてに頂くことにする。

審議事項

- ・総会時に会員とするのは「会員申し込みを終了した94名」とすることで承認された。次回の総会はこの数をもって実施する。

- ・監事の選出(会則第12条に基づき)評議員のなかより 連先生(近畿)、宇佐美先生(東海)の両名が選出された。以後、理事会など会議の時は出席を依頼する。なお、お二人には事務局より就任をお願いする。

- ・理事、評議員の各任期が確認された(会則第25条に基づき)。評議員は、平成13年より2年の任期。理事・監事は、2000年より2年の任期。

- ・次回総会時に評議委員会 理事会を開催する。開催は、厚生労働省研究班の学術集会同調する。外国人の招聘とも連動する。

3) 日本 HIV 歯科医療研究会理事会議事録案(敬称略)

日時	平成14年1月19日 15時から
場所	東京歯科大学水道橋病院5階研修医控室
出席者	池田、宮田、山口、樋口、小森、柿沢、稲葉、玉城、前田(理事9名)、連、宇佐美(監事2名) 議長 理事長 現在理事数12名、出席9名、監事2名 議長が理事会の成立を確認。 理事長 池田正一挨拶と連、宇佐美両監事の紹介が行われた。

報告事項

事務局

会員数、会計報告

会計監査報告：連、宇佐美両監事から監査の報告あり、会計報告が承認された。

審議事項

- 1) 理事改選(厚生労働省の班研究活動のブロックを単位として考える)。
 - ・北海道地区が未選出である。今後の選任は理事長一任とする。
 - ・関東信越地区はブロック拠点病院である新潟大学において、河野理事が他大学へ転出したため、高木律男を後任とし、河野正己を評議員とする。
 - ・また東京を代表する ACC では現理事の小野富昭から実際に診療を担当する田上 正に交代する。他の理事は次期も再任する。
 - ・以上で承認された。この人事は本日の評議員会の承認と、明日の総会の議決を持って確定することとなった。任期は2002年4月1日から2年間。
- 2) 理事長改選
規約に従い互選により池田正一が選出され、明日の総会で理事が全員承認されたことを受けて、就任されることとなった。
- 3) 予算案
平成14年度も厚生労働省白阪班の活動を補完することとし、予算案を作成しないことで承認された。なお、歯科領域の独自の研究費申請を行う方向で検討を加えることとなった。
- 4) 次期 総会・研究会
来年は白阪班の3年目に当たるので、より多くの参加者を得るために、事前の案内を幅広く行う。総会、研究会を1月26日 今年と同じ会場で開催することで、会場等の調整を行う。
- 5) 調査：HIV感染に関連する口腔病変の全国調査
前回の理事会の決定に基づき、池田から表記の調査に関する説明と調査用紙の説明が行われた。今後この用紙の形式に則り調査が行われることになった。

4) 評議員会議事録案

日時	平成14年1月19日午後5時から
場所	東京歯科大学水道橋病院 血脇ホール
出席者	議長 池田正一 成立条件過半数：現在の定数60、出席23、委任状18。出席者と委任状を合わせて41で60の過半数31を満たしていた。評議員会は成立することが確認された。
議長の選出	今回は初回の評議員会であり、かつ厚生労働省科学研究費白阪班の活動と共催であるため、理事長兼分担研究者である池田正一が議長を務めることで承認された。
報告事項	報告事項 昨年の活動報告 会員動向：現在の登録数592、会員102名(年会費を収めた者)

審議事項

- 1) 会計報告
 - ・事務局の前田が会計報告を行った。
 - ・会計年度の確認が求められ、4月から3月で、今回提出した報告は昨年4月から本年の学会開始前前日までのものであることを確認して了承された。
- 2) 会計監査報告
監査の報告書が提出され承認された。以上で会計報告が承認された。
- 3) 理事改選
理事会の提案どおり承認された。
- 4) 議事の提案
 - 1：会員名簿を発刊しては如何か？
登録されている会員相互の連絡を図るのに利用する。発刊する方向で検討するが、会員の意向の確認、次年度での予算化を含めて手順を追って進めて行く事となった。
 - 2：現在 AAOMS の治療指針を翻訳中である。増刷希望があれば印刷開始までに申し出ると、経費が安くなる。2月中旬に池田正一まで連絡を頂きたい。
 - 3：評議員の自己紹介

IV-2. 平成13年度厚生労働省エイズ対策研究事業歯科医療に関する研究班 研究会

平成13年度日本 HIV 歯科医療研究会総会ならびに学術大会

日時	平成14年1月20日午前9時40分から
場所	東京歯科大学水道橋病院 血脇ホール
出席者	議長 池田正一 成立条件：会員の5分の1、現在の定数106 必要数22、出席46、委任状47。議長より総会の成立が確認された。
報告事項	報告事項 会計報告 事務局の前田から報告があり、特別質問もなく、監査報告の後、承認された。 人事 理事選出 評議員会で承認された理事構成で承認された。 次期研究会、総会開催を下記の日程で承認された。 2003年1月26日 日曜日