

系へのかく乱効果はほぼないものと評価し、今回この条件をATVのHPLC測定条件として確定した。

ATVの血中濃度は、外国人HIV感染患者を対象とした薬物動態において平均値でCmaxが $3.15 \pm 2.23 \mu\text{g/mL}$ 、Cminが $0.27 \pm 0.30 \mu\text{g/mL}$ と報告されている。今回、我々の測定では $0.1 \sim 10.0 \mu\text{g/mL}$ の濃度範囲において再現性および正確性がともに高く、また相関係数も1.00と良好な直線が得られていることから、HPLCによるATVの血中濃度測定は十分可能であると思われる。実際、HIV感染患者血漿の3検体において服用直前で $0.79 \mu\text{g/mL}$ 、服用後2時間で $3.08 \mu\text{g/mL}$ 、5時間で $3.13 \mu\text{g/mL}$ の値が得られ、一方同じ検体を用いたLC-MSのデータはそれぞれ $0.86 \mu\text{g/mL}$ 、 $3.09 \mu\text{g/mL}$ 、 $3.22 \mu\text{g/mL}$ であり、HPLCの結果と非常によく一致していた。

ATVについては、外国人の投与結果において1日300mgとリトナビル100mgとの併用投与で、ブースト効果により単剤400mg投与時と比べAUCが238%増加し、トラフレベルも10倍近く上昇すると報告されている^{3,9)}。そこで現在までの測定結果のなかで、ATV300mg+リトナビル100mgのブースト症例26例とATV400mgの投与例8例について服用時間と血中濃度との関係を検索した。ATV400mgを投与した場合に比べ、ブースト症例ではピークレベルの血中濃度が高くでる傾向がみられ、ブーストによる効果が確認できた。しかしながら外国人HIV感染患者におけるブースト症例の薬物動態データ⁹⁾と比較するとピークレベルはほぼ同じであるが、トラフレベルについては日本人症例では $1 \mu\text{g/mL}$ を下回る患者が多くみられた。残念ながら、まだ測定検体数も少なく正確に議論することはできないため、今後さらに測定数を増やしていくとともに患者個々における薬物動態を解析していく必要があると考える。

現在までのところ、ATVについてはその承認の経緯から国内における臨床成績は得られておらず、日本人に関する薬物動学的パラメータ、有効治療濃度域等のデータなどない状態である。今後、血中濃度、ウィルス量、薬剤耐性出現、副作用等をモニタリングしてこれらのデータを総合的に蓄積し、ATVをベースに用いた有効で安全な治療方法を確立していくことが重要な課題であると考えらる。

謝 辞

LC-MS測定をしていただいたBristol-Myers Squibb社、第一化学薬品薬物動態研究所および内部標準物質を提供していただいたAbbott社に厚く御礼申し上げます。

引用文献

- 1) HIV感染症治療研究会：HIV感染症「治療の手引き」第8版，HIV感染症治療研究会事務局，大阪，2004，pp. 10-17.
- 2) S. F. Anthony, G. B. John *et al.*: Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents, Developed by the Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection convened by the Department of Health and Human Services (DHHS), 2004, pp. 73.
- 3) G. B. John, E. G. Joel: Medical Management of HIV Infection, 2004 Edition, Johns Hopkins Medicine Health Publishing Business Group, Maryland, 2004, pp. 268-271.
- 4) 高橋昌明, 伊藤洋貴ほか：HIVプロテアーゼ阻害剤の血中濃度測定の意義，日本病院薬剤師会雑誌，**35**，943-946 (1999).
- 5) Y. Usami, T. Oki *et al.*: A simple HPLC method for simultaneous determination of lopinavir, ritonavir and efavirenz, *Chem. Pharm. Bull.*, **51**, 715-718 (2003).
- 6) A. Schuster, S. Burzawa *et al.*: Quantitative determination of the HIV protease inhibitor atazanavir (BMS-232632) in human plasma by liquid chromatography-tandem mass spectrometry following automated solid-phase extraction, *J. Chromatogr. B.*, **788**, 377-386 (2003).
- 7) S. Kathleen, L. Adriano *et al.*: Comparison of once-daily atazanavir with efavirenz, each in combination with fixed-dose zidovudine and lamivudine, as initial therapy for patients infected with HIV, *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, **36**, 1011-1019 (2004).
- 8) C. Zala, A. Lazzarin *et al.*: Virologic determinants of 24-week efficacy of atazanavir with or without ritonavir in patients with prior failure on a protease inhibitor, 11th Conference on Retrovirus and Opportunistic Infection, San Francisco, 2004, pp. 8-11.
- 9) T. Anne-Marie, P. Christophe *et al.*: Interactions between Atazanavir-Ritonavir and Tenofovir in heavily pretreated human immunodeficiency virus-infected patients, *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, **48**, 2091-2096 (2004).

カレトラ™投与外来HIV感染患者における 脂質異常とロピナビル血中濃度の評価

高橋昌明*^{1,2}, 吉田昌生¹, 大木 剛¹, 奥村直哉¹, 鈴木達男¹, 金田次弘²

独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター薬剤科¹, 臨床研究センター²

Evaluation of the Lopinavir Plasma Concentrations and Lipid Levels in HIV-1-infected Patients Treated by the KALETRA™-Containing Regimens

Masaaki Takahashi*^{1,2}, Masao Yoshida¹, Tsuyoshi Oki¹, Naoya Okumura¹,
Tatsuo Suzuki¹, Tsuguhiro Kaneda²

Department of Pharmacy¹, Clinical Research Center², National Hospital Organization Nagoya Medical Center

〔受付：2005年2月8日 受理：2005年4月19日〕

HIV感染症治療薬であるプロテアーゼ阻害剤カレトラ™は、ロピナビル(以下、LPV)／リトナビルの配合剤で、抗HIV活性が強い反面、食事の影響を受けやすく、副作用として高脂血症を起こしやすい。今回、独立行政法人国立病院機構名古屋医療センターでカレトラ™を投与されているHIV感染患者を対象に、LPVによる血液中の脂質の変化とその血中濃度の評価について検討した。総コレステロール値は投与4～8週後で約1.1倍上昇したが、その後48週まではほぼ正常値の範囲内で推移した。一方、トリグリセライド値は投与4～8週後には約1.6倍に上昇し、その後12～32週は1.2～1.4倍へと減少したが、36週で再び1.6倍、48週で1.7倍へと上昇した。また、HIV感染患者20例のLPV平均血中濃度値は $7.91 \pm 3.42 \mu\text{g/mL}$ であった。外来においてLPVの血中濃度を測定することは、アドヒアランスの確認と高脂血症等の副作用予防という観点から有益である。

キーワード—HIV, ロピナビル, トリグリセライド, コレステロール, 血中濃度

緒言

HIV感染症の治療は、抗HIV薬の開発とそれらの薬剤による多剤併用療法(以下、HAART: highly active antiretroviral therapy)によって大きな進歩を遂げている。実際、早期から強力な治療でウイルスの増殖と免疫担当細胞(CD4陽性リンパ球)の破壊を抑制することにより、AIDS関連日和見感染症発症の頻度は著しく減少し、それに伴いAIDSによる死亡数も激減してきている。その反面、HAARTの長期的実施による副作用や耐性ウイルスの出現が最近問題となってきている。なかでもプロテアーゼ阻害剤(以下、PI)は食事等によって吸収率に影響を受けやすく、また肝機能障害、高脂血症、高血糖等の副作用も高頻度に発現することが知られている¹⁻⁴⁾。現在、HAARTの推奨PIであるカレトラ™はロピナビル(以下、LPV)／リトナビルの配合剤で、抗HIV活性が強

い反面、食事の影響を受けやすく、副作用として特に高脂血症を起こしやすいとされている。そこで今回、独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター(以下、当センター)でカレトラ™を投与されている外来HIV感染患者を対象に、LPVによる血液中の脂質の変化を追跡調査するとともに、LPV血中濃度の評価について検討したので報告する。

対象および方法

2003年9月～2004年12月に当センター外来を受診し、カレトラ™を投与されたHIV-1感染患者のうち、投与開始前後の生化学検査値のある31例を対象に脂質の経時的変化(トリグリセライド、総コレステロール)について調査した。対象となった31例の患者背景を表1に示した。平均年齢は37.1歳、うち男性が24例であった。治療開始時のCD4細胞数は平均 $213.2 \pm 239.7 \text{ cells/mm}^3$ 、HIV

†愛知県名古屋市中区三の丸4-1-1; 4-1-1 Sannomaru, Naka-ku, Nagoya-shi, Aichi, 460-0001 Japan

表1 患者背景 (n=31)

年齢 (年)	37.1±9.8 (23~59)
男性 (%)	77.4 (n=24)
CD4細胞数 (cells/mm ³)	213.2±239.7 (12~1,078)
HIV RNA (copies/mL plasma)	264,428±494,240 (50以下~2.3×10 ⁶)
総コレステロール (mg/dL)	174.3±31.9 (119~249)
>220mg/dLの患者数[n(%)]	2 (6.4)
トリグリセライド (mg/dL)	163.5±79.5 (73~434)
>150mg/dLの患者数[n(%)]	16 (51.6)
抗HIV薬の組み合わせ (HAART)	
+AZT+3TCn [(%)]	10 (32.3)
+AZT+ddin [(%)]	1 (3.2)
+ddi+ABCn [(%)]	2 (6.5)
+ddi+TDF [n(%)]	1 (3.2)
+ABC+TD [Fn(%)]	1 (3.2)
+3TC+d4T [n(%)]	6 (19.4)
+ddi+NVP [n(%)]	1 (3.2)
+3TC+TDF [n(%)]	1 (3.2)
+AZT+TDF [n(%)]	1 (3.2)
+d4T+NVP [n(%)]	1 (3.2)
+d4T+TDF+EFV [n(%)]	1 (3.2)
+AZT+3TC+ddi [n(%)]	1 (3.2)
+AZT+3TC+ABC [n(%)]	1 (3.2)
+3TC+ABC+TDF [n(%)]	1 (3.2)
+AZT+3TC+EFV [n(%)]	1 (3.2)
+なし [n(%)]	1 (3.2)

データは平均値±SD, () は, 範囲, %, 症例数を示す
 AZT:ジドブジン, 3TC:ラミブジン, ddi:ジダノシン
 ABC:アバカビル, TDF:テノホビル, d4T:サニルブジン
 EFV:エファビレンツ, NVP:ネビラピン

RNAは平均264,428±494,240copies/mL plasmaであった。総コレステロール値は平均174.3±31.9 mg/dLで, 31例中2例が正常範囲内の220mg/dLを超えていた。また, トリグリセライド値は平均163.5±79.5mg/dLで, 31例中16例が正常値の上限である150mg/dLを超えていた。HAARTについては, 1例を除く30例が表1に示した2~3種類の逆転写酵素阻害剤をカレトラ™と組み合わせで投与されていた。

次に, この31例のうち患者の同意を得られた22例について, LPVの血中濃度を測定した。なお, LPVの血中濃度測定は宇佐美らの方法⁵⁾にて行った。

結果

血液中の脂質の経時的変化の指標として, 対象となる31例について, カレトラ™の投与開始から48週までの総コレステロール, トリグリセライドの値を調査した (図1)。総コレステロール値は投与4~8週後で開始前の値と比べて約1.1倍に上昇したが, 48週までほぼ正常値(120~220mg/dL)の範囲内で推移した。一方, トリグリセライド値(正常値35~150mg/dL)は投与4~8週後には開始前の値と比べて約1.6倍にまで上昇し, その後12~32週は1.2~1.4倍へと減少したが, 36週で再び1.6倍, 48週で1.7倍へと上昇した。次に, 血中濃度測定の同意が

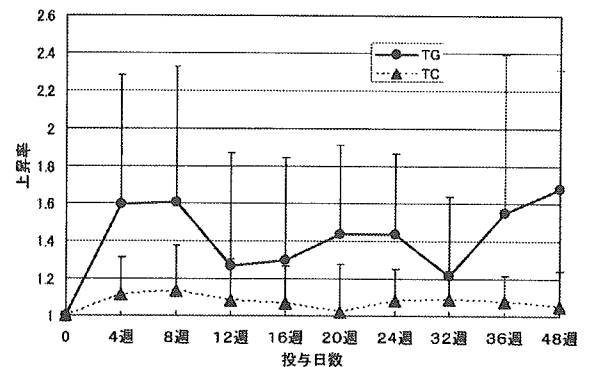


図1 トリグリセライド(TG)と総コレステロール(TC)の経時的変化 (n=31)

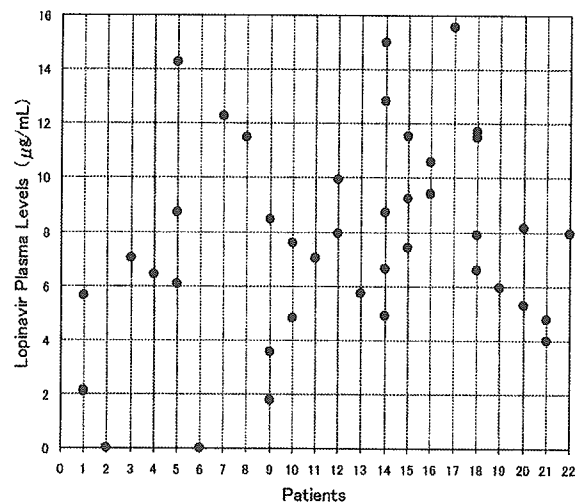


図2 カレトラ™服用HIV感染患者のロピナビル血中濃度測定値 (n=22)

得られた22例の患者のLPVの血中濃度値の分布を図2に示した。横軸は22例個々の患者ナンバー, 縦軸はLPVの血中濃度値である。測定値が複数ある患者は, 対象期間中に複数回, 血中濃度を測定したことを示している。2番と6番の患者の血中濃度値は測定限界以下でほぼ0であった。また, 2番と6番を除く20例のLPV平均血中濃度値は7.91±3.42(1.79~15.57)µg/mLであった。

考察

現在まで, PIの投与に伴う代謝異常すなわち, リポジストロフィー, 高脂血症, 高血糖などといった副作用のメカニズムはよくわかっていない。とりわけ, PIによる高脂血症は心血管病のリスクを増大させる可能性があり注意が必要であると言われている¹⁻³⁾。現在HAARTで使用されているPIのなかで, カレトラ™は特に高脂血症を起こしやすいことが知られており, 海外の報告²⁾において, 投与開始4週で開始前の値と比べて総コレステロールが約1.1倍, トリグリセライドが約1.7倍と特にトリグリセライドの急激な上昇が認められている。今回, 当セ

ンターでもほぼ同様の結果が得られ、カレトラ™の投与開始4～8週後で、総コレステロールと比較して特にトリグリセライドの急激な上昇が認められた。これらの値を経時的にみた海外の報告²⁻⁴⁾においても、投与開始12週でトリグリセライドが約1.4～1.6倍、48週時点でも1.1～1.3倍上昇するとされており、当センターでの結果とほぼ一致している。従って日本人HIV感染患者に対しても外国人と同様、カレトラ™投与開始時には脂質異常、特にトリグリセライドの上昇に対して定期的な検査を行うなどの注意が必要と考える。しかしながら、調査期間は海外でも48週までとなっており、今後、更なる長期的な脂質レベルの調査が必要である。

現在までのところ、HAARTに起因する高脂血症による冠動脈疾患や動脈硬化の報告はほとんどなく、わずかにDAD Study Group⁶⁾により、HAARTにより心臓発作やバイパス手術のリスクが26%上昇すると報告されているのみである。HAARTが始まってからまだ10年も経っていないことや対象患者が全般的に若いことから、今後HAARTに起因する高脂血症等の代謝性疾患のコントロールが重要となってくる可能性が高いと考えられる。

現在、外来通院しているHIV感染患者は、当センターを午後に受診し採血を行っている。カレトラ™の服用時期は1日2回、朝・夕食後経口投与となっており、当センターの外来患者の血中濃度の採血ポイントは薬剤服用5～6時間後と推定される。大木ら⁷⁾の健常日本人ボランティアによるLPVの薬物動態のデータでは、Tmax(h)=5.6±2.0と報告されており、米国でも5.6±1.4とほぼ同様の結果が得られていることから、外来患者の採血時のLPVの血中濃度はピーク値にほぼ近いと考えられる。インタビューフォームによるとカレトラ™を1日2回、3～4週間にわたり投与した場合のHIV感染患者のLPV血中濃度は、Cmax=9.58±4.41μg/mL、Cmin=3.83±3.44μg/mLであり、治療に必要な最低血中濃度は約0.9μg/mL以上と推定されている。そこで図2の22例の患者のLPV血中濃度測定値の分布をみると、2番と6番の患者はLPVの血中濃度がピークレベルながらほぼ0であり、治療に必要な血中濃度が確保されていないことがわかる。このことから、この患者らはLPVを服薬していない、すなわちアドヒアランスが低い可能性が示唆される。このような患者に対しては、外来での服薬指導を徹底することが重要と思われる。2、6番以外の20例のLPV血中濃度値は平均7.91±3.42(1.79～15.57)μg/mLであった。しかしながら、採血ポイントはあくまでもピークレベルであり、トラフレベルにおいて治療に必要な0.9μg/mLを超えているかどうかは不明である。また、

ウィルスの変異を抑制するのに必要なトラフレベルは臨床上5.7μg/mL以上とする海外の報告⁸⁾もあり、ウィルスの耐性獲得を予防するうえでもトラフレベルでの血中濃度の確認が最も重要と考える。しかし、実際に外来患者においてピークとトラフの両方を測定することは現状では難しい。この点の克服が外来においてHIV感染患者の治療や服薬指導に血中濃度を1つの指標とする場合の課題であるといえる。また、LPVは食事等の影響を受けやすくトラフ値のバラツキが大ききことが知られている⁹⁾。今回、当センターでの測定においてもピークレベルながら、その血中濃度値は個人間のバラツキが大きく、同一人であっても測定日によって値がかなり異なっていた。また、LPVの血中濃度と高脂血症との間には相関があるという報告^{2,9)}もあるが、残念ながら我々のピークレベルでのデータではバラツキが大きく、血中濃度とトリグリセライドや総コレステロール値との間に相関は認められなかった。

現在までのところ、外来での1ポイント採血での血中濃度値だけでは、ピーク値に近いというだけで、高脂血症等の副作用予防とアドヒアランスの確認という指標にしかならない。外来での血中濃度測定値を臨床的に評価するには、治療に有効な最低血中濃度を確認するうえでトラフ値での測定が重要であり、加えてバラツキを補正するため食事等を含めた一定条件下での採血等を考慮していくことが今後の課題と考える。

謝 辞

LPVの原末および内部標準物質を提供していただいたAbbott社に厚く御礼申し上げます。

引用文献

- 1) HIV感染症治療研究会：HIV感染症「治療の手引き」第8版，HIV感染症治療研究会事務局，2004，pp. 10-17.
- 2) F. Gutierrez, S. Padilla *et al.*: Lopinavir plasma concentrations and changes in lipid levels during salvage therapy with lopinavir/ritonavir-containing regimens, *J. Acquir. Immune. Defic. Syndr.*, **33**, 594-600 (2003).
- 3) D.G. DE Requena, F. Blanco *et al.*: Correlation between lopinavir plasma levels and lipid abnormalities in patients taking lopinavir/ritonavir, *AIDS PATIENT CARE and STDs*, **17**, 443-445 (2003).
- 4) E. DeJesus, B. Grinsztejn *et al.*: Efficacy and safety of atazanavir with ritonavir or saquinavir vs lopinavir/ritonavir in patients who have experienced virologic failure on multiple HAART regimens, 11th Conference on Retrovirus and Opportunistic Infection, San Francisco, CA February, 2004, pp. 8-11.

- 5) Y. Usami, T. Oki *et al.*: A simple HPLC method for simultaneous determination of lopinavir, ritonavir and efavirenz, *Chem. Pharm. Bull.*, **51**, 715-718 (2003).
- 6) DAD Study Group: Combination antiretroviral therapy and the risk of myocardial infarction, *N. Engl. J. Med.*, **349**, 1993-2003 (2003).
- 7) T. Oki, Y. Usami *et al.*: Pharmacokinetics of lopinavir after administration of Kaletra in healthy Japanese volunteers, *Biol. Pharm. Bull.*, **27**, 261-265 (2004).
- 8) M. Boffito, I. Arnaudo *et al.*: Clinical use of lopinavir/ritonavir in a salvage therapy setting: pharmacokinetics and pharmacodynamics, *AIDS*, **16**, 2081-2083 (2002).
- 9) M. Boffito, D. J. Back *et al.*: Intra-individual variability in lopinavir plasma trough concentrations supports therapeutic drug monitoring, *AIDS*, **17**, 1107-1108 (2003).

HIV感染者の社会福祉施設利用受け入れに 影響するサービス提供者側の要因について

コニシ カホル
小西 加保留*

目的 HIV感染者が社会福祉施設サービスを利用しようとするときに、サービス提供者側が抱える不安や課題となる要因を明らかにするとともに、どのような要因がサービス提供や受け入れ意向に影響を及ぼしているかを分析することを目的とした。

方法 調査対象は、重度身体障害者更生援護施設、身体障害者療護施設、知的障害者更生施設、児童養護施設、精神障害者生活訓練施設の全数(計2,377)で、調査方法は自記式質問紙を用いた郵送法、調査期間は2003年10～11月とした。調査項目は、①基本属性、②環境要因、③HIV感染者の受け入れに関連する83項目、④受け入れ意向にかかわる2項目であり、分析は、単純集計、因子分析、一元配置分散分析、重回帰分析により行った。

結果 (1)22施設においてHIV感染者の受け入れ経験があった。(2)受け入れに関連する因子として、抗体検査実施義務、性への陽性価値観、他者への対応困難感、感染対応理解困難、医療体制、性への対応困難感、性支援システム、法的責任、感染発生時不安、健康管理、自慰行為容認、コスト保障の12因子が抽出された。(3)各因子のうち、性への陽性価値観、感染対応理解困難、医療体制は、施設間で有意な差がみられなかった。(4)受け入れに際して阻害要因となりうる因子は、他者への対応困難感、感染発生時不安、感染対応理解困難、抗体検査実施義務、コスト保障、健康管理であり、促進要因となりうる因子は、性への陽性価値観、性支援システム、自慰行為容認であった。(5)受け入れ意向に影響を与えている因子は、施設間で差がみられた。

結論 今後のHIV感染者の受け入れを促進するには、マイナス要因を解決し、プラス要因を促進するような働きかけが重要である。例えば、「性に関する価値観や支援システム」に関する学習の機会の提供、「感染発生時の不安」に対する的確な知識の提供、「他者への対応困難感」に関する具体的な場面を想定した理解や組織のリーダーシップのあり方の検討、福祉・医療の制度全体にかかわる課題としての「コスト」の問題の考察などである。また、利用者の特性や対応への不安の程度など、施設種別による個別の課題への方策の必要性も示された。

キーワード HIV感染者、社会福祉施設、サービス利用、受け入れ意向、阻害要因、促進要因

I はじめに

日本におけるHIV(ヒト免疫不全ウイルス)感染者・患者数は漸増傾向にあり、年齢層も若年者から高齢者に至るまで幅広く報告されている¹⁾。またHIV医療技術の進歩により、感染者の

長期生存が可能となる一方で、薬による副作用や合併症、あるいは加齢などにより様々な障害を伴ったり要介護状態に陥る可能性も生まれることになった。こうした状態にある感染者の中には、入通所にかかわらず社会福祉施設サービスを利用する場合があることが予測される。その際、入院治療が必要な症状がある場合を除いてHIV感染症であること自体のためにサービス

* 桃山学院大学社会学部社会福祉学科教授

利用が妨げられることがあってはならないが、現実には様々な課題が生じている。

これまで、知的障害者施設、児童養護施設、身体障害者療護施設などにおいて、通所を含む施設サービスを希望した感染者がHIV抗体陽性の場合には受け入れを拒否するとしたケースや、入所中の障害者が外出後にHIV抗体の証明を求めなどの報告例がある²⁾。また本人は感染していないにもかかわらず、両親がHIV感染者であるということだけで保育所入所を拒否された例も報道されている³⁾。さらに、筆者が2002年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV感染症の医療体制に関する研究」(主任研究者 白阪琢磨)の分担研究を実施した際、要介護状態の感染者が適切に施設サービスを利用できず、複数の病院でいわば社会的入院を繰り返している例や緩和ケア病棟に長期入院している例なども散見されている⁴⁾。水面下での利用拒否や利用者側のあきらめなどが潜在的に存在する可能性や、現にサービス利用をしている利用者の中にも必要な医療を受けていない抗体陽性者がいる可能性もある。

HIV感染者は、日本では1998年からHIV感染症という疾病による免疫機能「障害者」として認定されているが、HIV感染症に限らず、ハンセン病や精神障害など様々な難病といわれる疾病は一定の「障害」を伴い、偏見やスティグマ(汚名・恥辱)を背負ってきた歴史がある。HIV感染症においても多様な「差別」の現実があったが、記述されたものとしては、血友病患者の薬害被害者としての、医療機関、職場、学校、地域などにおける差別の報告例⁵⁾⁻⁷⁾などはあるものの、施設サービス利用について直接取り扱った記録や先行文献は見当たらない。

その意味で、本調査は探索的な研究であるが、

HIV感染者の施設サービス利用についてサービス提供者側が抱える不安や課題を明らかにすることにより、施設側に対して適切な対応への方向性を提示するとともに、HIV感染者の円滑な施設サービス利用に貢献することを目的としている。

II 研究方法

(1) 調査の対象・方法・内容

平成11年社会福祉施設等名簿(厚生省大臣官房統計情報部編)により、重度身体障害者更生援護施設(以下「身体更生」)、身体障害者療護施設(以下「身体療護」)、知的障害者更生施設(以下「知的更生」)、児童養護施設(以下「児童養護」)、精神障害者生活訓練施設(以下「精神」)の全数(合計2,377)を対象とした。施設選択の理由は、施設数の種別ごとの顕著な差、地域別配置数の格差、調査内容から予想される低回収率、予算枠の観点から、回収率の向上を図るため、上記5種類の全施設とした。調査票は各施設について3部とし、施設長1名、生活・児童指導員(支援員)1名、介護職員、精神保健福祉士、事務長、看護師、入所を決定する立場の者のうち1名、の計3名に記入を依頼した。調査対象数と回収率を表1に示す。調査方法は、質問紙を用いた郵送法で、調査期間は2003年10~11月である。調査項目は、①基本属性、②環境要因、③HIV感染者の受け入れに関連すると思われる83項目、④受け入れ意向にかかわる2つの項目(質問80「利用者にはHIV感染の事実があったとしても受け入れを前提として努力したい」と質問81「HIV感染者のサービス利用はできれば受け入れたくない」)であり、③と④の回答は「該当なし」を含む5件法とした。

表1 調査対象数と回収率

	施設数 (回収率(%))	調査票数 (回収率(%))
総数	999/2377 (42.0)	2843/7131 (39.9)
重度身体障害者更生援護施設	31/ 73 (42.5)	89/ 219 (40.6)
身体障害者療護施設	170/ 341 (49.9)	486/1023 (47.5)
知的障害者更生施設	555/1231 (45.1)	1574/3693 (42.6)
児童養護施設	170/ 552 (30.8)	481/1656 (29.0)
精神障害者生活訓練施設	73/ 180 (40.6)	213/ 540 (39.4)

(2) 分析方法

1) 単純集計

回答施設、回答者性別、職種、施設別受け入れ経験、HIV感染者の受け入れ意向

2) HIV感染者の受け入れに関連する83項目に対する因子分析
「該当なし」の回答は分析には用いず、「そう

思う」「どちらかというと思う」「どちらかというと思う」「そう思わない」「そう思わない」の回答に対して各々4～1点を与えて得点化を行った。

表2 抽出された12因子の構成

因子1 抗体検査 実施義務	83. サービス申し込み時にHIV抗体検査は義務づけた方がよい 31. サービス利用中の健康管理のための検査項目にHIV抗体を入れるべきである 35. 職員からの感染を防ぐため、職員のHIV検査を行うべきである 85. サービス利用に関して特にHIV感染の問題を取り上げる必要を感じない 41. HIV感染が施設内で成立した場合に備えて、損害保険に加入する必要がある 84. サービス申し込み時にHIV感染の有無について施設側に告知した方がよい
因子2 性への陽 性価値観	53. 性にかかわる生活を楽しむ権利は大切である 56. 高齢者にとっても性は大変重要な課題である 54. 性に関する正しい情報は積極的に知るべきである 57. 個人の性的志向(同性愛等含む)を尊重したい 60. 性の問題について施設内で話せる雰囲気大切である
因子3 他者への 対応困難感	78. HIV感染者の受け入れに関して地域の理解を求めることが困難である 77. HIV感染者の人を受け入れると地域の施設に対するイメージダウンにつながる 79. サービス利用者のHIV感染を知ったときの他の利用者の混乱や不安に対して適切に対応することが難しい 82. サービス利用者であってもHIV感染がわかった場合は、現状では退所もやむを得ない 76. HIV感染について、他の保護者や家族への理解を求めることが困難である
因子4 感染対応 理解困難	11. HIV感染している利用者から感染する可能性にはどのような場合があるか十分に理解している 10. HIV感染症に対する具体的で適切な対応の仕方について分からないことが多い 28. HIVに感染する可能性のある事故が発生した場合、感染の確率を下げるための処置について理解している
因子5 医療体制	13. HIV感染症への対応には医師の常駐が必要である 14. HIV感染症への対応には看護師の常駐が必要である
因子6 性への対 応困難感	63. 利用者の性的欲求への対応に自信がない 66. 人を好きになる気持ちを尊重したいが、トラブルになった場合の対応に困難を感じる 61. 性に関する利用者への対応について、施設職員全体の共通認識に至るのは難しい 69. 性に関することを利用者が理解するのは難しいことが多い
因子7 性支援 システム	73. 性教育にはピアカウンセリング(同世代、同じ障害など同じ立場にある人同士によるカウンセリング)の活用が重要である 74. 障害を持つ人たちの結婚や性、出産に関する事柄をサポートするようなシステムが重要である 72. 避妊教育は重要である
因子8 法的責任	38. 入所者同士で感染が成立した場合、サービス提供者側に法的責任が生じる場合がある 39. 感染しているサービス利用者から職員が感染した場合、施設側は職員に対し責任が問われる場合がある 40. 入所中のサービス利用者が外出中時にHIV感染した場合、施設側に責任が生じる場合がある
因子9 感染発生 時不安	25. HIV感染症の疑いのある利用者の生理時の対応に不安がある 26. HIV感染が疑われる事故が発生した場合の事後対策に不安がある
因子10 健康管理	32. 利用者HIV感染の疑いがあれば、体調が悪くなくてもすぐに医療機関を受診する必要がある 33. HIV感染している利用者がある場合、体調が良くても定期的に受診する必要がある
因子11 自慰行為 容認	70. 施設内での自慰行為は認められるべきである 71. 施設内で自慰行為ができる場所が必要である
因子12 コスト保障	17. 医療的に対応が必要な人を受け入れても特典がないことは疑問である 16. 感染症の対応を福祉施設で行うにはコスト面での保障が重要である

主因子法を用いた因子分析(バリマックス回転, 固有値1以上)を繰り返した結果, 最終的に39項目について因子数を12に確定した上で分析を行った。

3) 一元配置分散分析(ボンフェローニ検定による多重比較, 1%水準)
施設種別による12因子における差と受け入れ意向の違い

4) 重回帰分析(ステップワイズ法, 1%水準)

因子分析で抽出された12の因子と受け入れ意向の関連について, 全体については, 独立変数として12因子の因子得点を用い, 従属変数(受け入れ意向)は, 質問80(受け入れ努力)と質問81(受け入れ拒否)とした。施設種別による分析には, 独立変数として12因子の合計得点を用いた。

上記の分析には, 統計解析ソフトSPSS11.0を用いた。

III 結 果

(1) 回答施設および回答者の属性

回答施設のうち56%が知的更生で, 身体療護と児童養護が各17%, 精神は7%, 身体更生は3%であった。回答者は, 性別では男性56

% (1,590名), 女性44% (1,233名) (無回答20名を除く), 職種では, 全体の34%が生活相談員で, 施設長30%, 看護師18%, 事務長7%, その他6%, 介護職員4%などであった。

(2) HIV感染者の受け入れ経験と受け入れ意向
施設単位では, 22施設 (知的更生11, 身体療護10, 児童養護1) が受け入れ経験ありと回答した。今後のHIV感染者の受け入れについては, 全回答者の64%は「HIV感染者の受け入れに努力したい」「(「そう思う」「どちらかというと思う)」の合計。以下同じ) としたが, 「でき

れば受け入れたくない」も60%であった。利用者のHIV感染がわかった場合は, 42.3%が「退所もやむを得ない」と回答した。また, 受け入れ経験の有無によって受け入れ意向に差はみられなかった。全回答者の所属施設ごとでは, 「受け入れ努力」「受け入れ拒否」ともに, 身体療護は, 知的更生や児童養護に比べて受け入れの姿勢が高かった。「退所」については, 児童養護が知的更生に比べて有意にやむをえないと回答した。施設長のみ(回答のない場合は生活相談員)の回答により比較すると, 「受け入れ努力」は, 施設別に有意差がなかったが, 「受け入れ拒否」

表3 因子分析結果 (n=1,428)

	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6	因子7	因子8	因子9	因子10	因子11	因子12	
因子1	質問83	0.788	-0.074	0.135	-0.050	-0.002	0.086	-0.015	0.001	0.019	0.049	0.001	0.017
	質問31	0.641	0.037	-0.015	0.021	0.059	0.025	0.048	0.036	0.095	0.080	0.027	0.053
	質問35	0.596	0.035	0.037	0.145	0.116	0.031	-0.005	0.048	0.054	0.053	0.007	0.013
	質問85	-0.442	-0.051	-0.085	-0.009	0.000	0.011	-0.110	-0.016	-0.004	-0.058	-0.022	-0.068
	質問41	0.384	-0.000	0.082	-0.060	0.105	0.031	0.092	0.231	0.081	-0.010	0.068	0.137
因子2	質問84	0.366	0.039	0.094	-0.073	-0.054	0.051	0.073	0.017	0.040	0.221	0.014	0.059
	質問53	0.007	0.682	-0.034	-0.006	-0.032	0.034	0.115	0.005	0.009	-0.008	0.048	0.003
	質問56	0.004	0.647	0.021	-0.016	-0.025	-0.019	0.130	0.089	0.024	0.024	0.104	0.071
	質問54	0.049	0.604	-0.002	-0.063	0.001	0.014	0.170	0.025	0.025	0.097	-0.003	0.020
	質問57	-0.002	0.532	-0.090	-0.011	-0.005	0.005	0.127	0.026	-0.067	0.040	0.176	-0.028
因子3	質問60	0.055	0.355	-0.038	-0.014	-0.025	-0.052	0.300	-0.001	0.009	0.098	0.153	-0.015
	質問78	0.069	-0.014	0.763	0.035	0.040	0.168	0.030	-0.021	0.048	0.044	0.008	0.012
	質問77	0.111	-0.073	0.598	0.089	0.054	0.055	-0.074	0.010	0.008	-0.018	-0.027	0.142
	質問79	0.097	0.029	0.549	0.105	0.063	0.261	0.045	0.043	0.186	0.026	-0.065	0.022
	質問82	0.138	-0.143	0.476	0.124	0.095	0.036	-0.117	-0.008	0.164	0.047	-0.103	0.045
因子4	質問76	0.030	0.047	0.415	0.082	0.011	0.293	0.069	0.054	0.026	0.061	0.049	0.030
	質問11	-0.032	0.033	-0.060	-0.736	-0.050	-0.030	0.006	-0.033	-0.033	0.053	0.006	0.026
	質問10	0.043	-0.049	0.127	0.634	0.091	0.055	-0.009	-0.009	0.114	0.045	-0.025	0.030
	質問28	-0.011	0.016	-0.098	-0.565	-0.033	-0.075	0.013	-0.023	-0.095	0.031	0.002	-0.004
	質問13	0.085	-0.047	0.132	0.118	0.891	0.023	-0.016	0.010	0.061	-0.006	-0.051	0.063
因子5	質問14	0.097	-0.034	0.078	0.087	0.761	0.040	0.035	0.049	0.074	0.064	0.008	0.112
	質問63	0.019	0.017	0.054	0.125	0.018	0.652	-0.004	-0.010	0.036	-0.030	0.035	0.021
	質問66	0.064	-0.013	0.152	0.041	0.020	0.567	0.017	0.040	0.072	0.091	-0.009	0.020
	質問61	-0.014	0.058	0.128	0.055	0.015	0.505	-0.001	0.048	0.054	-0.065	-0.031	0.049
	質問69	0.092	-0.090	0.128	-0.096	0.000	0.389	0.014	0.084	0.050	0.140	0.071	0.041
因子6	質問73	0.100	0.194	-0.014	-0.021	0.049	0.062	0.661	0.046	0.021	0.013	0.026	0.037
	質問74	0.060	0.269	-0.050	0.015	-0.011	0.006	0.601	0.079	0.041	0.066	0.144	0.023
	質問72	0.106	0.246	0.027	-0.019	-0.009	-0.009	0.523	0.063	-0.012	0.053	0.117	0.021
	質問38	0.049	0.059	-0.005	0.015	-0.030	0.033	0.039	0.705	0.001	0.072	0.007	0.038
	質問39	0.083	0.144	0.067	0.055	0.008	0.052	0.067	0.524	0.053	-0.003	0.005	0.100
因子7	質問40	0.032	-0.051	-0.021	-0.021	0.055	0.055	0.028	0.484	0.023	0.020	0.126	-0.052
	質問25	0.181	-0.043	0.181	0.168	0.100	0.145	0.026	0.063	0.703	0.068	0.052	0.082
	質問26	0.131	0.052	0.215	0.232	0.071	0.186	0.037	0.070	0.604	0.091	-0.016	0.110
	質問32	0.185	0.078	0.052	0.020	0.010	0.007	0.039	0.025	0.060	0.641	-0.010	0.063
	質問33	0.115	0.089	0.027	-0.043	0.050	0.071	0.070	0.055	0.034	0.586	0.018	0.053
因子8	質問70	0.036	0.252	-0.059	-0.034	-0.039	0.022	0.086	0.071	0.022	0.003	0.594	0.018
	質問71	0.070	0.170	-0.032	0.001	0.004	0.041	0.223	0.124	0.005	0.007	0.578	0.014
	質問17	0.150	-0.020	0.099	-0.053	0.035	0.087	-0.020	0.028	0.048	0.014	-0.009	0.670
	質問16	0.102	0.077	0.087	0.062	0.129	0.045	0.087	0.057	0.081	0.132	0.035	0.511
	因子寄与	2.120	2.031	1.918	1.491	1.481	1.452	1.374	1.143	1.013	0.935	0.845	0.836
因子寄与率(%)	5.436	5.208	4.918	3.823	3.797	3.722	3.522	2.931	2.598	2.396	2.167	2.144	
累積寄与率(%)	5.436	10.644	15.563	19.386	23.183	26.905	30.428	33.359	35.957	38.353	40.520	42.664	

注 罫線で囲んだ部分は, 質問項目が相互に関連し合っている潜在的な要因のかたまりを示す。

表4 12因子の施設種別による差

		身体更生 (+)	身体療護 (+)	知的更生 (+)	児童養護 (+)	精神 (+)
因子1 抗体検査 実施義務	精神(-)		*	*	*	
因子3 他者への 対応困難感	身体更生(-) 身体療護(-) 知的更生(-) 精神(-)		*		*	*
因子6 性への対 応困難感	身体療護(-) 児童養護(-) 精神(-)	*	*	*		
因子7 性支援シ ステム	身体療護(-) 知的更生(-)			*	*	
因子8 法的責任	身体療護(-) 精神(-)			*	*	
因子9 感染発生 時不安	身体療護(-)			*	*	
因子10 健康管理	身体療護(-)			*	*	
因子11 自慰行為 容認	身体療護(-) 児童養護(-) 精神(-)			*	*	
因子12 コスト保 障	精神(-)		*	*	*	

注 1) *p<0.01
2) *がついたセルで交差する2つの施設種別間で、(+)のついた施設の方が(-)のついた施設よりも有意に高い数値であることを示す。

については、知的更生と児童養護は、身体療護に比べて有意に受け入れたくないという回答していた。

(3) HIV感染者の受け入れに影響を与える要因に関する因子分析

分析方法で示した因子分析の結果、表2に示す12因子が抽出された。累積寄与率は42.664%、各因子の因子負荷は表3のとおりで、クローンバハ α 係数は0.8404から0.4646の間であった。

(4) 施設種別による12因子の差

施設種別による12因子の差について検定し、有意差のあった結果を表4に示す。「性への陽性価値観」「感染対応理解困難」「医療体制」の3因子については、施設間に有意差がみられなかった。差がみられたものでは、おおむね「他者への対応困難感」「性支援システム」は児童養護

表5 受け入れ努力の重回帰分析結果

モデル	平方和	自由度	平均平方	F値	有意確率
回帰	248.298	8	31.037	60.73	0.000
残差	716.419	1402	0.511		
全体	964.717	1410			

モデル	非標準化係数		標準化係数	t	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	2.706	0.014		189.637	0.000
他者対応	-0.358	0.023	-0.358	-15.474	0.000
性価値観	0.180	0.024	0.177	7.523	0.000
感染不安	-0.145	0.025	-0.136	-5.855	0.000
性支援	0.146	0.026	0.133	5.627	0.000
感染対応	-0.129	0.024	-0.125	-5.379	0.000
検査実施	-0.085	0.023	-0.087	-3.768	0.000
自慰容認	0.095	0.030	0.073	3.129	0.002
コスト	-0.069	0.026	-0.061	-2.654	0.008

表6 受け入れ拒否の重回帰分析結果

モデル	平方和	自由度	平均平方	F値	有意確率
回帰	284.268	7	40.610	62.50	0.000
残差	917.406	1412	0.650		
全体	1201.674	1419			

モデル	非標準化係数		標準化係数	t	有意確率
	B	標準誤差	ベータ		
(定数)	2.703	0.016		168.558	0.000
他者対応	0.416	0.026	0.373	15.987	0.000
感染不安	0.223	0.028	0.190	8.105	0.000
性支援	-0.162	0.029	-0.133	-5.623	0.000
検査実施	0.106	0.025	0.097	4.157	0.000
性価値観	-0.090	0.027	-0.079	-3.351	0.001
コスト	0.083	0.029	0.067	2.847	0.004
健康管理	0.078	0.028	0.065	2.759	0.006

が高く、「性への対応困難感」「法的責任」「自慰行為容認」は知的更生が高く、「感染発生時不安」「健康管理」は児童養護と知的更生がともに高かった。「抗体検査実施義務」「コスト保障」は精神で低かった。

(5) 抽出された12因子と受け入れ意向の関連

受け入れ努力には、8個の因子が、他者への対応困難感(-)、性への陽性価値観(+)、感染発生時不安(-)、性支援システム(+)、感染対応理解(-)、抗体検査実施義務(-)、自慰行為容認(+)、コスト保障(-)の順に影響を与えていることが示された(説明率25.7%) (表5)。受け入れ拒否には、7個の因子が、他者への対応困難感(+)、感染発

生時不安(+), 性支援システム(-), 抗体検査実施義務(+), 性への陽性価値観(-), コスト保障(+), 健康管理(+)¹²の順に影響を与えていることが示された(説明率23.7%) (表6)。

施設種別では, 有意差のみられた項目について整理すると表7, 表8のようになる。

IV 考 察

(1) HIV感染者の受け入れの実態

22施設がHIV感染者の受け入れを経験していたことは, 予想を上回る結果であった。受け入れ意向については, 受け入れに努力したい気持ちと拒否感が同居しており, 思いと実際, 本音と現実が相いれないことを示している可能性がある。また, 受け入れ経験の有無によって受け入れ意向に差がなかったことは, 単に経験があるだけでは困難な問題や未解決な課題があることを示しているといえる。

(2) 受け入れへのマイナス要因の解決とプラス要因の促進

12の因子と受け入れ意向の関連については, 受け入れ努力と受け入れ拒否に影響している因子を整理し, 受け入れ阻害因子と受け入れ促進因子に分けると表9のようになる。

阻害因子を軽減し, 促進因子を高めるための方策についての検討が必要である。すべての施設でほぼ共通して「他者への対応困難感」が最も大きく(-)に影響し, 「性への陽性価値観」が(+)¹³に影響していた。前者については, 具体的な対応場面を想定した理解を深めるための場が求められるが, それだけにとどまらず, サービス提供者側の個人的また組織側の種々な要因を含めて, 組織のリーダーシップのあり方や地域への働きかけの方法などにおいて, 「施設コンフリク

表7 受け入れ努力に影響している因子

施設種別	説明率 (%)	影響を与えている因子
身体療護	23.8	他者への対応困難感(-)>性への陽性価値観(+)>性への対応困難感(+)>感染発生時不安(-)
知的更生	25.3	他者への対応困難感(-)>性への陽性価値観(+)>感染対応理解困難(-)>性支援システム(+)>感染発生時不安(-)>性への対応困難感(+)
児童養護	27.1	他者への対応困難感(-)>性への陽性価値観(+)>性への対応困難感(+)
精神	36.5	他者への対応困難感(-)>性への陽性価値観(+)

表8 受け入れ拒否に影響している因子

施設種別	説明率 (%)	影響を与えている因子
身体更生	13.5	他者への対応困難感(+)
身体療護	24.8	他者への対応困難感(+)
知的更生	22.4	他者への対応困難感(+)>感染発生時不安(+)>性支援システム(-)
児童養護	25.8	他者への対応困難感(+)
精神	27.8	他者への対応困難感(+)>性への対応困難感(+)>抗体検査実施義務(+)

表9 受け入れ阻害因子・促進因子

＜受け入れ阻害因子＞	＜受け入れ促進因子＞
他者への対応困難感 感染発生時の不安 感染対応の理解困難 抗体検査実施義務 コスト保障 健康管理	性への陽性価値観 性支援システム認識 自慰行為容認

ト」¹³の考え方を活用するなどの方策が求められるであろう。後者については, 価値観という, サービス提供者が自らに向き合う形での取り組みの重要性が示され, 単に知識や情報提供にとどまらない, 各人の参加度の高い学習の機会が必要となると考えられる。一方で, 感染発生時の不安や事後対応への理解に関する課題も大きく, 現場に即した的確な知識・情報の提供が優先課題と考えられる。コストの問題は福祉・医療制度, システム全体にかかわる課題である。抗体検査の実施や健康管理については, 意思決定への支援やプライバシー, ユニバーサルソリューション (患者があらゆる病原体を持っていても対応できる標準的感染症対策), コストなど複数の要因を統合して考察する必要があるといえる。

(3) 施設別の課題への対応

12因子の各施設間の差については、「性への陽性価値観」「感染対応理解困難」「医療体制」以外の因子について有意差がみられた。知的更生では、特に具体的な感染発生時の不安や対応への理解が課題となっていたが、性支援システムへの認識は(+)に影響していた。また精神では、「抗体検査実施義務」への考え方が(-)に影響していることなどが示された。施設種別ごとに差があった因子については、おおむね利用者の特性や、持っている病気へのイメージ、対応への不安の程度、病院併設など医療とのかかわりの違いが関連していると推測される。各施設の抱える個別の課題をさらに熟考し、方策を探ることの必要性が改めて示されたといえる。一方で、身体療護、知的更生、児童養護、精神において、「性への対応困難感」を感じている人のほうが受け入れに対して積極的であるという興味深い結果が示された。問題意識を高くもち、日々そのことに苦慮している人ほど、利用者を理解しようと努力している姿勢の現われと解釈することが可能と思われる。

V 結 語

HIV感染症が社会福祉施設にはまだ身近な問題でないという認識の中で、実際には予想以上に多くの受け入れ経験を持っていた。一方で、サービス提供者が抱える不安や課題は多岐にわたり、受け入れ姿勢への阻害要因や促進要因にも複数の因子が影響していることや、施設種別ごとの課題があることも示された。

サービス提供者側がHIV感染者の対応に関して明確な方向性をつかめていない現状の中で、具体的な対応方法や考え方の提示の必要性が示されるとともに、サービス提供者自身が自らの持つ価値観に向かい合うことの重要性も示唆された。他方、コストや福祉と医療の分担にかかわる課題など、福祉・医療制度、システムに関する広い視点を含んだ論点の整理と検討の必要性も明らかになった。

謝辞

本研究は、平成15～16年度文部科学研究費補助金萌芽研究（主任研究者 小西加保留）により実施した。調査にご協力いただいた施設の皆様に深く感謝申し上げたい。

注

社会福祉施設の建設に対して、地域住民の反対などによって施設側と地域社会とが緊張関係になる事態を示す。両者の収拾過程においては施設-地域という主体間でのコンフリクト（葛藤）の利害調整とともに、それぞれの主体内で形成されているコンフリクトが克服され、住民意識が福祉理解へと変化していく過程が重要な要素であることが指摘されている（平岡公一，他，社会福祉キーワード補訂版，有斐閣双書，2002；98-9.）。

文 献

- 1) 厚生労働省エイズ発生動向委員会. 「2004年エイズ発生動向一概要」
http://www.acc.go.jp/mlhw/mhw_survey/03nenpo/gaiyou.htm
- 2) 石川雅子. 社会福祉施設利用者に対する抗体検査において保健所が果たす役割. 第14回日本エイズ学会学術集会・総会抄録集. 2000；422.
- 3) 朝日新聞. 2003年11月29日 親がHIV感染で幼児の入園拒否 甲府市の私立保育園.
- 4) 小西加保留. HIV感染者の地域生活支援におけるソーシャルワーカーの連携に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV感染症の医療体制の整備に関する研究」平成14年度研究報告書. 2002；235-45.
- 5) 輸入血液製剤被害者救援グループ. 輸入血液製剤被害実態調査アンケート報告資料. 1988.
- 6) 東京弁護士会人権擁護委員会. HIV感染をめぐる差別・人権侵害事例（中間報告書）. 1989.
- 7) HIV医療実態調査実行委員会. HIV感染者アンケート&HIV医療機関訪問調査結果報告. 1996.

総 説

HIV 感染症をめぐる社会福祉分野の課題—就労を中心に Employment Issues Surrounding People with HIV/AIDS

若林チヒロ¹, 生島 嗣²

Chihiro WAKABAYASHI¹ and Yuzuru IKUSHIMA²

¹ 埼玉県立大学保健医療福祉学部健康開発学科準備室

² NPO 法人ふれいす東京

¹ School of Health and Social Services, Saitama Prefectural University

² PLACE Tokyo

キーワード: 社会福祉, 就労, 社会生活, HIV, 免疫機能障害

日本エイズ学会誌 7: 189-192, 2005

1. はじめに

HIV 感染症の治療薬や医療体制はこの約 10 年間に急速に進歩し, かつては厳しい闘病生活を強いられていた HIV 陽性者の多くは, 健康を回復し社会復帰が可能となった。大部分の陽性者は, 死を意識した短期的な視点ではなく, 長期的な視点で人生設計をたてるのが可能となった。今後の陽性者の療養生活には, 疾患を管理しつつ地域社会で生活するための社会福祉分野のニーズが増大すると考えられる。

陽性者を対象とした社会福祉施策には, 経済保障, 就労支援, 日常生活上のニーズに対応する福祉サービスの 3 分野があるが¹⁾, 本稿ではとくに就労に視点をあてた。身体的な健康状態が回復されるなか, 就労は経済的な生活維持のためにも社会生活のためにも重要性を増しているが, 社会的偏見が解消されない現状では就労上制約を受けやすい状況にあることが推察されるからである。

2. なぜ HIV 陽性者の就労に視点をあてるのか

1) HIV 陽性者のもつ障害

HIV 陽性者の就労については, 国際的にはすでに 1988 年に WHO と ILO が共同で HIV 感染症をめぐる職場のあり方についての声明²⁾を出し, 2001 年には ILO が「HIV/AIDS と働く世界に関する行動規範」³⁾において労働職場における具体的なガイドラインを示している。陽性者には働き続ける権利があること, 人権と尊厳の尊重の観点から差別がないようにすべきであること, 支援的な環境下で創

造性と生産性が発揮できるようにすることなどを職場の基本方針として示している。

国内では, 1995 年に労働省が職場におけるエイズ問題に関するガイドライン⁴⁾を, 1998 年には雇用問題に関する配慮事項を示した研究会報告書⁵⁾を示し, 体力低下や治療薬の副作用といった「機能障害」や, 体力・免疫低下や健康管理によって生じる活動制限といった「能力障害」だけではなく, 活動制限により就業機会が制約されること, 活動制限がなくても周囲の理解不足や偏見によって集団への適応や円滑な社会生活の維持が制約されること, 障害が進行することによって安定した将来展望や生活設計を持ちにくい場合があることを「社会的不利」の障害として位置づけ, その重要性を指摘している。

障害の定義は, 従来「機能障害」, 「能力障害」, 「社会的不利」と 3 つに分類されてきたが, 日本での障害認定は医学的に評価可能な側面での認定に偏っており, 「社会的不利」の側面の評価が十分ではなかった。しかし WHO が 2001 年に今後の保健・医療・福祉サービスの方向性を示唆するものとして示した International Certification of Functioning Disability and Health (ICF) 国際生活機能分類においては, 従来の「社会的不利」に重点をおいた「参加の制約」を重要な障害として位置づけしなおしている。日本の障害認定の枠組みや保健医療福祉サービスもこの新しい枠組みに移行していくことが求められるため, HIV 感染症における「社会的不利」, 「参加の制約」の側面について考察を深めることは, 他の障害者を含む社会福祉全体にとっても意義がある。

2) HIV 感染拡大の防止のために

社会的な偏見や差別の解消が, エイズ対策全般, とくに

著者連絡先: 若林チヒロ 〒343-8540 埼玉県越谷市三野宮 820
埼玉県立大学保健医療福祉学部健康開発学科準備室
Fax: 048-973-4340; E-mail: wakabayashi@spu.ac.jp

2005 年 9 月 21 日受付

感染の拡大を抑えるためにもキーとなることは既に国内外で認識されている⁶⁾。偏見・差別対策は、HIVは感染力が弱いといった医学的な知識や、陽性者を差別してはいけないといった抽象的なキャンペーンだけではなく、たとえ感染していても治療・対処が可能であり、職場や学校など地域で疎外されることなく生活できる環境があることを示し、実際にそれを保障することが今後は必要である。もし感染が判明したら解雇されるかもしれない、職場に居づらくなって辞めざるを得ないのではないかとといった不安が強い社会環境では、HIVから目を背け、抗体検査受検にも抑制がかかる。陽性者が安心して社会生活を続けられる環境を整えることは、予防対策としても重要なのである。

3) 日本の HIV 陽性者の特徴から

日本の HIV 陽性者の基本的属性からみても就労支援は重要である。第一に、陽性者には若い年齢層の人が多いため、社会経済的な基盤が確立できていない。サーベイランス⁷⁾でみると、2004年に新たに報告された HIV 感染者数のうち 59.0%、AIDS 患者のうち 25.7%が 15 歳以上 35 歳未満であり、就労経験がないか、あっても経験年数が短い。一般に、就労経験年数が短い人の場合、専門的な技術や能力といった職業上のキャリア形成が不十分であったり、職場での人間関係をうまく調整できなかつたりすることも多い。また所得も低いため貯蓄による経済的な基盤を築けていない。このように陽性者の多くは社会経済的な基盤が確立できていない段階で、療養生活と社会生活の両立を図る人生設計の再構築を求められるのである。

第二に、都市部の単身者が多く、家族支援を期待しにくい。サーベイランス報告⁷⁾で陽性者の報告地をみると、2004年に東京都で新規報告された HIV 感染者は全体の 39.5%、AIDS 患者は 26.8%、埼玉県、千葉県、神奈川県、茨城県、大阪府で報告された陽性者を加えると HIV 感染者は 65.5%、AIDS 患者は 58.7%を占めており、都市部に集中していることがわかる。世帯構造については筆者らが実施した調査⁸⁾によると、単身世帯は、全体の 43.1%を占めており、40歳台でも 49.2%、50歳台でも 44.0%と高齢になっても高率である。是非はともかく、日本の障害者の地域生活には家族の支援が期待されているが、配偶者と同居している陽性者は全体の 16.3%に過ぎず、40歳台で 16.2%、50歳台で 27.5%と有配偶率が顕著に低いため、配偶者による支援は期待しにくい。日本の HIV 陽性者には、同性間性的接触による HIV 陽性者が多いが、彼らは法的な婚姻という形式をとらない人が大部分であり、近い将来も日本で同性間の婚姻制度が確立される可能性は低いことを考慮すると、配偶者による経済的扶養や介護は期待できない。さらに、HIV 感染症の場合には家族に対しても病名を伝え

にくい状況があり、先の調査では、親に病名を告げている人は全体の 48.6%であった。このように、家族による支援を期待しにくい人が多いなか、本人の就労による経済的な自立がとくに重要な意味をもつのである。

3. HIV 陽性者の就労の現状

日本の HIV 陽性者の就労については、1998年に薬害 HIV 感染被害者生活実態調査委員会が実施した調査の報告⁹⁾や、2000年に NPO 法人ふれいす東京が実施した調査の報告¹⁰⁾があるが、対象の偏りがあり、日本の HIV 陽性者全体の就労については実態が明らかではなかった。そこで 2003年 12月から 2004年 6月、全国 5つの主要な HIV 医療機関の協力を得て「HIV 陽性者の療養生活と就労に関する調査」¹⁾を行ったので、その結果からいくつか要点を示す。

1) 契約や派遣という働き方への異動

調査で、告知時以後の職業の変化を調べたところ、派遣や契約社員などの非正規従業員が増加していた。非正規従業員ならば健康保険の加入の必要がなくプライバシーが守られやすい、人間関係が深くなりにくいので病気に関するプライバシーを詮索されないといった点をメリットとして挙げる HIV 陽性者も少なくない。しかし、非正規従業員はやりがいや楽しさといった面では評価が低く、一般に労働条件も正規従業員に比べ悪く、無職に転向する割合も高かった。非正規雇用は近年増加している雇用形態であるとはいえ、HIV に関するプライバシー保護を優先するためにその形態を選んでいるとすれば、それは陽性者にとって望ましい労働環境とはいえない。

2) 無職者の状況

先の調査で、主婦や学生以外で現在無職の人は 20.1%であった。無職者の 25%が「HIV 陽性者への差別に対する不安」を非就労の理由にあげていた。長期に無職の人の場合、就職活動においてその理由を説明しにくいという面もある。若い無職者の場合には、職業訓練が不足しているため就労を継続したり職場の人間関係を築いたりする自信がないといった不安が生じ、就職への一歩が踏み出せない場合もある。しかし無職者の 68%は働くことを希望していた。就職希望のある無職者、とくに若年の無職者に対しては、自立支援の視点を含めた就労支援が必要ではないかと考えられた。

3) 職場の意識と病名開示

調査では、職場で病名を明かしている相手がいる人は、就労者の 3 割弱であった。「どのような対応になるか予測がつくので、自分の職場では病名を言うことはできない」、

「職場で HIV に対する差別的な言動を日ごろ見聞きしているので、病名を伝える気にはならない」といった回答がみられる。就労者の 54.7% が現在の職場について「HIV 感染症に対する無理解や偏見を感じる」し、68.4% が「病名を隠すことの精神的な負担を感じる」としていた。仮に必要な支援があったとしても、職場で相手がどのような反応を示すか予測がつかない状況では安易に病名を開示することなどできず、結果的には必要な支援も得られないというのが現状である。

2000 年に内閣府が実施した「エイズに関する世論調査」¹¹⁾ では、「エイズ患者やエイズの原因となるウイルスの感染者に対する社会的な偏見や差別があってはならない」とする人の割合は 84.1% と高いにも関わらず、「仮に職場で、エイズ患者やエイズの原因となるウイルスの感染者と一緒に働くことについては「好ましくない」とする人が 45.3% を占めた。ウイルスの感染経路についての知識をもつ人の割合や、偏見差別がよくないとする人の割合は高いにも関わらず、具体的に自分の身近な生活の場で働くことについては容認できないという意識が示されている。ただし職場で一緒に働くことを好ましくないと思う理由をみると、好ましく思わない人の 65.9% が「気遣いが必要になる」、36.2% が「職場環境に影響がでる」をあげていた。かならずしも差別意識からでなくとも、具体的な陽性者のイメージを持たない一般の人々にとっては、同僚が HIV 陽性者と分かった場合にどのように対応すべきか分からず、不安や抵抗感があるのかも知れない。

実際、職場に病名を告げたところ、他の社員の混乱や顧客の反応への不安から、上司がパニックともいえる反応を示した事例も報告されている¹²⁾。そのなかで、ある企業では、医師を呼んで職場で勉強会を実施したり、障害や病気といった個人の属性によって差別的な扱いはしないという企業方針を上司が示したりすることによって、職場の混乱を収めたケースも報告されている。このケースでは、病気や障害をもって安心して働き続けられる企業であるということで、社員の自社に対する自負につながったという効果も報告されていた。

4. 就労対策、社会福祉サービスの課題

1) HIV 感染症のイメージ転換

HIV 感染症をめぐる社会福祉分野の問題の背景には、福祉の現場で働く専門職員の HIV 感染に対する価値観が反映されていることが指摘されており¹³⁾、福祉専門職を対象にした研修システムが必要である。また、陽性者が地域や職場で生活するうえで、専門職に限定せず広く一般市民のもつ HIV のイメージの転換が必要である。治療薬が開発され対処可能な疾患となっているにも関わらず、一般市

民のもつエイズのイメージは、かつての死とむすびついたものから変化していないのではないだろうか。学校、職場といった社会参加の場や組織において、「ふだんの生活では感染しない」といった感染防御の視点のみではなく、「HIV の治療は著しく進歩しており、陽性者は健康を維持しながら通常の社会生活を送っている」という自分の身近な地域で共に生活している陽性者をイメージできるような啓発、教育が必要である。

2) 職場のガイドラインの修正

労働省は 1995 年に、HIV 陽性者の雇用にあたり職場に求められるガイドラインを示している⁴⁾。しかし、「勤務時間中に服用する薬剤を多量に保管しておくことが必要であることから、鍵のかかる個人用ロッカーがあれば、安全かつプライバシーを保って薬剤を保管することができます」など、現状では不適切な記載もある。ガイドラインにある環境を整えられない職場では、HIV 陽性者の就労は困難であると理解されかねない危険性もある。HIV 治療の進歩に伴い、職場のガイドラインの見直しは定期的に行われなければならない。

3) 就労支援制度、障害者雇用制度の活用

1998 年 12 月、免疫機能障害者は「障害者の雇用の促進等に関する法律」により障害者雇用の対象となり、職業訓練校など利用できるサービスも広がった。調査では障害者雇用制度で就労経験のある人は全体の 2.9% で、現状ではほとんど利用されていなかった。しかし現在働いていない人で就職意向のある人のうち 51.5% は障害者雇用制度を「利用したい」または「利用してみてもよい」と回答しており、利用しやすい環境さえ整えば障害者雇用はひとつの方策となりえる。

ただし、「対応窓口や職員のプライバシーへの配慮が十分でない」、「HIV 陽性者が障害者枠にはいっているという認識が十分でない」といった就労支援の場でのトラブルも指摘されており、サービス提供者側の意識変革や企業への教育も必要である。

一方で、就労支援サービス提供者側からは、免疫機能障害者がどの程度就労が可能なのか、どのような配慮が必要なのか分からないという指摘もある。治療薬が開発され健康状態が改善したとはいえ、陽性者の健康状態は多様であり、具体的にどの程度就労できるのか、どのような配慮が必要なのかを就労支援機関や企業へ周知することも必要である。

4) HIV 陽性者に適した福祉サービス

1998 年より身体障害者手帳の申請が可能となった。障害

者認定を受けることによってはじめて福祉サービスを受けられるため、障害に位置づけられたことの意味は大きい。とくに更生医療など医療費助成を受けられるようになったことは長所である。ただし、手帳を申請しなければサービスを受けられないという点は逆に課題でもある。障害者手帳の利用にあたっては、障害名の記載された手帳を示さなければならないことが利用を躊躇する要因となっており、免疫機能障害者の場合その傾向がより強いという指摘もある¹⁴⁾。職場でも、税金の控除などを受ける際に障害名が担当者知られる不安が強いなど、免疫機能障害でのサービス利用には課題も多い。これらは、他の障害者も同様に抱える課題であるが、免疫機能障害のような社会的偏見の強い障害の場合には影響がより顕著に表面化する。

障害者認定を受けることによって受けられる福祉サービスには、大きく分けて施設福祉サービスと在宅福祉サービスがある。エイズ脳症などで麻痺などの障害が残った人の場合には、急性期医療を担当するエイズ拠点病院を退院した後に、地域生活を支える福祉施設や在宅での障害者福祉サービスが求められている。しかし陽性者を受け入れた経験のある福祉施設は極わずかである¹³⁾など地域資源の不足により、家族やパートナーの負担が大きいのが現状である。HIV陽性者の寿命が延びるなか、高齢者福祉サービスのニーズが増加することが予想されるが、先に示したように家族支援を期待しにくい単身者が多いことを考慮すると、HIV陽性者対応の福祉サービス整備は早急に着手する必要がある。

また、HIV陽性者の障害認定は、対象となる障害の種類に免疫機能障害を新たに加えただけで、HIV陽性者の生活上のニーズに対応した障害者福祉サービスを追加しなかったため、HIV陽性者の生活上のニーズに対応した制度になっていない可能性が高いという問題点の指摘もある¹⁾。現在の障害者福祉サービスは、医療ニーズのある障害者や社会的な偏見への対処が必要な障害者には必ずしも利用しやすいものではない。今後は、HIV陽性者のような「社会的不利」や「参加の制約」の大きい障害者の生活上のニーズに即したサービスに広げていくことが必要であろう。

5. むすび

HIV感染症をめぐる生じている社会福祉分野の課題は、ハンセン病や精神障害者、難病患者といった、社会的偏見が強く、医療との連携が求められる疾患や障害をもつ人が直面してきた課題とも共通するものがあり、既存の枠組みでは十分に対応してこなかったために生じている側面もある。長期療養が可能となり地域で生活する今後の

HIV陽性者に適した社会福祉サービスを検討することは、今後の社会福祉全体の課題でもある。

文 献

- 1) 小澤温：被害構造と救済・恒久対策。(山崎喜比古, 瀬戸信一郎編) HIV感染被害者の生存・生活・人生, 東京, 有信堂, p157-p168, 2000.
- 2) WHO in association with ILO, Global programme on AIDS : Statement from the Consultation on AIDS and the Workplace. Geneva, 1988.
- 3) International Labour Organization (ILO) : An ILO code of practice on HIV/AIDS and the world of work (HIV/エイズと働く世界に関する行動規範). 2001.
- 4) 労働省：職場におけるエイズ問題に関するガイドライン. 1995.
- 5) HIV感染者に係る雇用問題に関する研究会：HIV感染者に係る雇用問題に関する研究会報告書. 1998.
- 6) 木原正博, 木原雅子：わが国の予防対策の歴史と展望. 日本エイズ学会誌 6 : 107-109, 2004.
- 7) 厚生労働省エイズ発生動向委員会：平成16年エイズ発生動向年報, 2004.
- 8) 小西加保留, 若林チヒロ, 生島嗣, 島田恵, 大内幸恵：HIV陽性者の療養生活と就労に関する調査研究. 平成16年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 HIV感染症の医療体制の整備に関する研究(主任：木村哲)「HIV陽性者の療養生活と就労に関する調査研究」報告書, 2005.
- 9) 若林チヒロ：就労・就学・社会参加と生計。(山崎喜比古, 瀬戸信一郎編) HIV感染被害者の生存・生活・人生, 東京, 有信堂, p71-p87, 2000.
- 10) NPO法人ぶれいす東京：東京都内の医療機関に通院するHIV陽性者の就労と職場のプライバシーに関する調査報告書. 東京, 2001.
- 11) 内閣府大臣官房政府広報室：エイズに関する世論調査. 2000.
- 12) NPO法人ぶれいす東京：難しさと向かうこと. ぶれいす東京ニュースレター : p5-p8, 40, 2004.
- 13) 小西加保留, HIV感染者の社会福祉施設利用受け入れに影響するサービス提供者側の要因について. 厚生指標, 52 (8) : 8-14, 2005.
- 14) 赤塚光子, 高橋紘士, 於保真理, 小松聖司：HIV感染者の身体障害者手帳への意見に関する考察. 日本エイズ学会誌 4 : 96-103, 2002.

平成17年度 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業

HIV感染症の医療体制の整備に関する研究

平成17年度 総括・分担研究報告

発行 平成18年3月

発行者 「HIV感染症の医療体制の整備に関する研究班」

主任研究者 木村 哲

〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1

国立国際医療センター病院

エイズ治療・研究開発センター

印刷 株式会社シャローム印刷 〒113-0033 東京都文京区本郷3-35-4