

常生活の話といった内容での研修が必要であるとの記述があった。また、関係機関へつなぐための技術、プライバシーへの配慮といった研修内容も挙げられていた。

HIV陽性者の就労に関連する研修内容としては、企業へ障害者枠で就労する際に理解を求めるための知識や、就労において配慮すること、就労した当事者の話といった内容が挙げられた。

また、高齢者福祉に関連する研修内容では、高齢者本人がHIV陽性者である場合の対応、家族（介護者）がHIV陽性者であるときの対応、施設で受け入れる時の留意点が必要であると記述が見られた。

8) 今後の課題

今後、HIV陽性者や周囲の人からの相談を受けるうえでの課題についての自由記述では、① HIVとHIV陽性者についての知識の獲得、②啓発活動の必要性（関係機関の職員、企業、社会全般等）、③プライバシー保護・個人情報の取り扱い、④他の機関との連携、⑤就労支援、⑥継続したサービス提供の難しさ、⑦高齢者によるサービス利用の難しさ等が挙げられた。

HIVとHIV陽性者についての知識、他機関の情報やその連携等では、実際にサービスを提供するにあたり、個人のプライバシーの保護による横のつながりを持つことの難しさが挙げられていた。

障害者枠等での就労支援では、企業側の理解や、就職後のフォローのなさ（本人の自己責任になる）、企業側の偏見や誤解といったことが挙げられた。

高齢者でのサービス利用の難しさでは、介護サービス提供者の偏見や理解のなさ、入院や入所の難しさが指摘された。また、脳症と認知症の区別が困難なことも述べられていた。直接高齢者に関わるサービス提供者やケアマネジャーへの理解を促す必要性も挙げられた。

D 考察

1 対象とした相談機関について

本研究では、地域の相談機関におけるHIV陽性者の相談対応の現状を明らかにするため、東京都内の行政、民間による相談機関を調査対象とした。高齢者や障害者を対象とする相談機関がそれぞれ4割以上、医療・福祉サービス利用者対象の機関が約3割と、対象者を特定している相談機関も多くみられた。しかし、地域住民全般対象が3割、生活困窮者対象が2割、女性対象が1割、特に対象を決めていない機関も1割であった。

また、相談サービスの内容では、行政の相談窓口や地域包括支援センターが多くみられたため、福祉サービス利用に関するものが最も多かったが、相談ごと全般、虐待・DV等、経済的な問題、就職・転職に関すること等の内容も挙げられ、日常生活上の問題に対応する内容となっていた。

これらのことから、本調査の対象が地域の住民向けの相談機関であったと考えられる。また、調査票の回収率は51.6%であり、相談についての調査内容の分析に用いた有効回答率は45.6%(436カ所)であった。以上のことから、本調査の妥当性は高いと考えられる。

2 HIV陽性者と周囲の人からの相談について

これまでにHIV陽性者と周囲の人からの相談を受けたことのある相談機関は、調査対象機関全体の3分の1であり、その中の7割弱の機関において前年度の相談実績は50件未満であった。このことから、一般の相談機関におけるHIV陽性者と周囲の人からの相談は、件数としては必ずしも多くはないものの、3分の1の相談機関では相談を受けた経験があるということが示された。

相談者は、本人や医療ソーシャルワーカー等の専門家以外では、家族やパートナーが挙げら

れており、身近な人からの相談もあることが示された。本人からの相談も受けている場合には、その際の個人情報の保護等が課題になると考えられる。

相談内容では、福祉サービス以外に、経済的な問題、就職や転職、精神・心理面について、職場の人間関係、住居について等、地域生活で生じる問題について挙げられていた。また、一般相談機関には対応の難しい、HIVの医療についての相談も寄せられていたが、多くは地域の生活者としての課題に関する相談が寄せられており、必ずしも、HIVに特化した相談内容ではなかった。

3 HIV陽性者からの相談への対応について

HIV陽性者の抱える問題への対応可能性については、対応可能性が低いと考えている相談機関が約3割みられた。これまでに、HIV陽性者についての相談を受けたことがある機関が3分の1であることを考えると、今後、相談機関が、HIV陽性者への対応の可能性を低く捉える要因について分析をすすめる必要がある。

医療機関や相談・支援機関が把握するHIV陽性者が利用可能なサービスに関する情報については、それぞれ4分の1の相談機関で把握されており、最も多かった。また、就労相談機関等が約1割であった。他機関を紹介するための情報把握が充分とは言えない現状が明らかとなった。今後、地域でのHIV陽性者に役立つ情報共有が必要であると考えられる。

また、HIV陽性者に関する知識の程度を明らかにするために、支援者に必要だと思われる知識を問うた。その結果、抗HIV薬の治療の効果については約6割が認識せず、障害者認定については、約4割の機関が認識していなかった。しかし、長期の社会参加が可能になったことについては半数以上が認識していた。このことから、HIVに関する最新の治療や医療福祉サービスについての知識は、相談機関においてあまり普及していないと考えられる。しかし、HIV陽

性者の長期にわたる社会生活が可能になったことは認識されてきていることが示された。

4 研修の必要性

HIV陽性者や周囲の人からの相談に対応するための研修に関しては、7割弱の相談機関からその必要性があるとの回答がよせられた。ハローワークや地域包括支援センター等、相談機関の専門性があるところからは、その専門に関連した相談内容に関する研修の必要性が挙げられていた。また、全般的に最新の医療や福祉サービスの情報や関係機関の情報等の必要性が述べられていた。以上のことから、相談機関全般を対象とする研修と、専門機関向けの研修の必要があると考えられる。

5 今後の課題

今後の課題としては、各相談機関でHIV陽性者や周囲の人からの相談へ対応するために、基礎的な知識、啓発活動、プライバシーの保護、関係機関との連携、就労支援といった課題が挙げられた。

また、これらが複合的に絡んだ問題として、プライバシー保護によるサービス提供の難しさについて指摘があった。プライバシーの保護を優先すると、問題解決において困難が生じたり、十分な福祉サービスが利用できなかつたりといったことが述べられていた。

地域包括支援センターにおいては、今後サービス利用者である高齢者本人がHIV陽性者であるうえでの相談が増加することが予想される。これまでにHIV陽性者からの相談を受けた経験があると回答した地域包括支援センターは7カ所と少ないが、個々に指摘されている問題点は、今後の対応を考えるうえで重要になると考えられる。介護サービス利用者への対応での留意点や、サービス事業者側の理解と受け入れ体制の整備が必要となっていることが述べられた。また、脳症と認知症の類似も指摘され、高齢者への対応における留意点が明確になることが必要

であると考えられる。

以上より、啓発活動等の社会への働きかけ、関係機関の情報提供やプライバシー保護等の相談機関全般に必要なこと、各分野における専門相談窓口、就労支援や高齢支援提供に際しての課題が示された。今後は、このような課題にどのように取り組むかを考えていく必要がある。

E 結論

東京都内の地域の相談機関を対象とする調査において、下記の点が示唆された。①これまでHIV陽性者と周囲の人から相談を受けたことがある機関は3分の1であった。②HIV陽性者や周囲の人からの相談内容は、生活者としての相談であり、既存の地域のサービスに対するニーズの存在が明らかとなった。③今後の対応可能性が低いと回答した相談機関が3割存在することから、地域支援者の準備性に課題があることが示唆された。④一般相談機関でHIV陽性者からの相談を受けるためには、最新の基本的な知識、専門機関の情報等が必要であると考えられており、相談に対応するための研修へのニーズも約7割あった。

また自由記述では、最新の医療や関連機関の情報等のHIVについての基本的な分野と、就労や高齢者等への専門性の高い分野について、社会全般や企業、関連機関等への啓発、研修の必要性や、これからの対応での課題が示された。

F 発表論文等

なし

(2) 支援者のグループ・インタビューを通して — HIV 陽性者等への支援に関する困難さの考察 —

■ 研究代表者：生島 嗣（特定非営利活動法人ふれいす東京）

■ 研究協力者：野坂 祐子（大阪教育大学 学校危機メンタルサポートセンター）

兵藤 智佳（早稲田大学平山郁夫記念ボランティアセンター）

研究要旨

HIV陽性を支援する際には、「HIVの偏ったイメージ」の存在という社会的な文脈を無視できない。この点に関しては、現在でも、HIV診療を行う現場に関わる人々と、地域の福祉サービス提供を担う人々との意識の間には大きな差異がみられる。このことが、HIV陽性者が各種の地域サービスを利用する際の阻害要因の一つになっている。

また、エイズ治療拠点病院の内部だけでは、さまざまなニーズや背景を持つHIV陽性者の相談への対応や支援が難しい。地域の専門職による支援は、HIV陽性者の利益に資するものであるが、HIV陽性者の内面や周囲に存在するスティグマが、HIV陽性者の地域サービスの利用を妨げていることも一因と考えられる。だからこそ、今後はHIVに特化した専門領域の従事者に留まらず、一般の福祉サービス、医療に関わる人たちの基本的な疾病理解を押し進めることが重要である。

そこで、本研究では、地域の支援機関の専門家等の準備性に資するための現状把握と情報収集を目的とした。方法は、HIV陽性者等の支援に携わっている専門家に、支援に際しての困難要因に着目した集団インタビュー調査を実施し、複数の職種の専門家の経験を聞き取ることで、支援領域ごとの問題性を示すとともに、支援の現場に共有される問題を抽出した。また、内部障害者の更正施設や行政の福祉担当職員への個別インタビューを実施した。個別インタビューでは、各施設・機関における対応事例を中心に聞き取りを行った。

その結果、インタビューで得られた内容を困難要因ごとにカテゴリー化し、カテゴライズされた各要因について具体的な困難さの状況を抽出した。また、語られた内容を【個人】【医療】【地域】の三領域の場で分類し、職種による困難要因をその三領域から分析した。看護師によって語られた困難要因は、【個人】と【医療】の領域における問題が多く、ソーシャルワーカーでは【医療】と【地域】の領域において困難が感じられていた。

また、各領域での具体的な困難要因は、【個人】【地域】にまたがる領域において、[就労問題]と[住宅福祉、療養問題]のカテゴリーが挙げられた。【地域】の領域では、[プライバシーへの配慮][生活の再構築][在宅福祉、療養生活][メン

タル、薬物問題〕〔就労問題〕〔脆弱さへのケアサポート〕〔院内システム（医療）〕〔地域環境〕のカテゴリーであった。

すでにHIV支援に携わっている専門家の困難さを明らかにすることは、困難さの改善に向けた具体的な取り組みにつながるるとともに、今後、HIV陽性者を地域で支えていくさまざまな支援機関にとっても準備性を高めることが期待される。

A 研究背景と目的

HIV陽性者等の支援に携わっている専門家に、支援に際しての困難要因に着目したインタビューを実施した。語られた内容から、今後、地域において様々な住民向けのサービスを提供する人々の取り組みにも役立てられる情報を得ることを目的とした。今回のインタビュー調査で得られた、専門医療機関内では充足されない支援ニーズや困難さについて、さらにHIV陽性者へのインタビュー調査を実施し、まとめられた事例集を今後の地域での支援や対応の検討に活用する予定である。長期化するHIV陽性者の生活を地域で支えるためには、幅広いサービス提供者の存在が重要であり、そのための準備性を高めることが重要である。

B 研究対象者と方法

2008年9月～2009年1月までの間に、HIV陽性者への支援に携わる専門的な支援サービスの提供者を対象として計4回の集団インタビューと個別インタビューを実施した。インタビューの場所は、東京都内のふれいす東京の施設、及び埼玉県内の貸し会議室、東京都都内の貸し会議室などであった。時間は約1時間から2時間であった。

インフォーマントの職種と人数は、以下のとおりである。

1. 外来看護師

エイズ治療拠点病院外来看護師：2人

2. 医療ソーシャルワーカー等

エイズ治療拠点病院のソーシャルワーカー：8人、NPO相談員：1人

3. 内部障害者の更生施設の職員：1人

4. 行政の障害福祉担当職員：1人

本調査では、主に医療機関の内部の語りを中心に分析するために、上記1.と2.の語りを分析の対象とし、3.と4.のインタビューの結果は、HIV陽性者の地域での生活等の背景を理解するための参考情報とした。

以下の結果においては、HIV陽性者等への支援における、それぞれの現場の支援のあり方や、とくに支援上の困難さに着目して、探索的に現場の特徴や支援対象者の特性に注目しながら、困難要因を抽出した。尚、文中では、支援のあり方としてカテゴライズされたものを〈 〉で表記した。

C インタビュー結果

1 外来看護師

エイズ治療拠点病院にて、専任看護師として外来業務を担当する二人にインタビューを行った。

	職業	性別	経歴
A	看護師	女性	10年
B	看護師	女性	2年

表1.インフォーマントのプロフィール

以下に、インフォーマントによって語られた困難さのカテゴリーと、そのカテゴリーに含まれる具体的な言及の要約を記載する。

〈受け止め支援〉〈院内／院外リソース導入①〉

HIV陽性であることを知った直後には、患者であるHIV陽性者の心理状態は個人差が大きい。その個々の状況に応じて、共感的な傾聴を提供しつつ、必要に応じて、カウンセラーやソーシャルワーカーなどの院内や院外の資源の導入も検討する。

また、HIV陽性者が、自分の周囲の人間関係にHIV陽性であるという事実を通知する場合、配偶者、同性パートナー、内縁パートナー、親などの家族、職場の人々など、感染の事実を聞いた側の混乱が強い場合には、周囲の人の受容を支援するが、どこの人間関係まで関わるのかという判断で戸惑う。

〈療養生活イメージ支援〉

感染初期、あるいは感染から数年経過してから、症状が出現し、初めて感染に気づくことがある。そうした場合には、入院が様々な支援のスタート地点としての機会にもなる。

支援の開始時においては、まず、患者であるHIV陽性者と退院後の生活の予測と確認を行い、今後の生活や療養生活が円滑にいくかどうか、もし、それを実践する上での障害となるものがあれば、それをどのように解決していくのかを考えていく。

〈生活と療養の支援〉

療養生活のなかで、抗HIV薬の服薬などにより、食事の制限がでてくる場合もあるが、医師からのタンパク質、塩分、脂質などの制限の指示があっても、それを生活のなかで具体的にコントロールしていくのは、本人だけでは難しい場合もある。特に単身世帯において、その支援ニーズが高い傾向がある。具体的な生活支援にどこまでかかわるかという支援の可能性と限界を調整することに難しさがある。

〈院内／院外リソース導入②〉

患者であるHIV陽性者の必要に応じて、カウ

ンセラー、ソーシャルワーカー、薬剤師、栄養士などの支援者の導入の検討を行う。また、PML（進行性多巣性白質脳症）、脳などに悪性リンパ腫がある人については、院内の医療ソーシャルワーカーとの連携で対応する。様々な地域のリソースの受け入れ準備が必ずしも十分ではない場合や、退院後の社会制度の利用は、年齢などにより違いがあるため、福祉の専門家であるソーシャルワーカーと連携で対応する。

〈周囲の人への支援〉

カップルや家族などの集団を対象とした相談ニーズも存在する。男女夫婦の相談のほか、男性同性のパートナー、両親やきょうだい等、HIV陽性者の周囲の人も対象にする。また、外来での両親や家族への告知フォローの際には、家族や周囲の人により受け止め方が違う場合があるため、グループでの対面をしている場合には、個別に寄り添うことが難しい場面も起こりうる。

〈支援ネットワーク拡張支援〉

治療を継続的に安定的に維持するためには、周囲に支援的な環境が必須と考える。病名を含めて話せて、相談できる人がいるのかどうかなどを確認しながら、サポートネットワークについて振り返りを行う。もちろん、誰にも知らせたくないという選択肢も担保したうえで、できるだけ知らせる方向を以前よりも強調している。療養生活がより長くなっているためである。また、HIV陽性者が親の扶養下にある場合には、特に経済的な面で行き詰まってしまった場合、通院中断に繋がることもあるため、できるだけ親へ伝え、支援を得ることをすすめている。しかしながら、一方で、看護師として、どこまで患者の生活領域に関わるべきかという迷いがある。

〈プライバシーの守秘〉

患者であるHIV陽性者の治療上の決定にかかわる場面でのプライバシー管理には特段の注意

をはらっている。男性同性間のパートナーや、異性愛でも内縁関係のパートナーである場合には、関係性が不安定である場合もあるため、重要な場面の度に、情報の扱いについては、本人の意思を確認するようにしている。

医師が病室での病状説明や服薬についての説明を行う際にも、他領域以上に配慮が求められる。入院中の面会でも、どのようにするのかを事前に本人とかなり打ち合わせを行うようにしている。病室で会うようにしたり、ロビーでの対面を案内したりする等、病棟のナースステーションで本人の意向を踏まえながら、コントロールを行っている。

〈性別やセクシュアリティを踏まえた支援〉

女性HIV陽性者は、婦人科などでの治療も考慮する必要があるため、個別にサポートしている。また、男性HIV陽性者といっても、セクシュアリティやその認識の仕方、意味付けは様々なので、個々に合わせてサポートを行っている。

〈セクシャルヘルスに関する支援〉

対面相談のなかで、性的に活発な人であることがわかった場合には、新たに感染症に罹患するリスクや相手にHIVを感染させる可能性について話し合うことにしている。

〈パワレス（無力）への支援〉

感染した事を受容ができていない、生き甲斐がない人には、共感を持って接するが、そうしたパワレスへの支援には限界を感じている。自己制約によって、元々もっていた人的なネットワークを狭くしてしまっている陽性者への支援が難しい。

〈ライフイベント〉

出会いや恋愛や結婚、妊娠や出産、親の介護の相談など、ライフイベントについての相談も受けている。特に、女性HIV陽性者からの相談には、妊娠や出産への希望や悩みが多くきかれ

る。看護師ができる支援の限界を感じることも多い。

〈ピア・サポートニーズの変化〉

インターネット等によるピア同士の情報交換や交流の機会が増えてきたという社会背景により、以前よりも同じ立場による出会いを期待する声が少なくなっているように思える。

〈治療するという動機づけの揺れ〉

毎年、通院を途中で中断してしまう人が存在する。その一方で、多くの通院を復活する者があり、その人達の語りから、どのようにその中断を起こりにくくするのかを支援に生かしている。経済的な基盤が脆弱な場合や、メンタル面も含めて、就労が不安定になった場合、親の扶養下にある人などで、治療中断がおこることがある。

〈人員配置とその限界〉

多くの患者が通院しているため、一人ひとりに時間を取りたいと思いつつも、個別に時間をとって対応するには物理的な限界がある。最初の来院時や入院時に、現状の課題を整理したり、今後の予測をたてたりしながら、課題の優先順位の整理を共にすすめている。そのなかで、利用可能な資源を紹介しながら、本人の自主的な活用を促す。

〈長期に通院している人〉

長期に通院している人から、「昔は（もっと時間をかけて対応してもらえたので）よかった」と言われると心が痛む。たまたま、声をかけると、話したいニーズをかかえていることがある。問題がある人に時間を割いてしまいがち。その一方で、長期的に服薬を継続する人たちに対して、「服薬して11年～12年というのは（日本のHIV陽性者として）最先端をいっているということ」と、そのつらさ、先の見えなさ、不確かさというのを受け止めながら共感的なメッ

セージを持っていた。

〈在宅の声かけ、見守り支援〉

グループホームのような環境であれば、「薬を飲んだ?」とか、「食事はした?」と日常のなかでの声かけができると思われる。また、生活領域に、「ちょっとしたサポート」があると、生活が広がると感じている。

〈薬物に関する相談リソース〉

周囲の人が気づいた例、本人からの申し出があった場合もあり、専門のクリニックやダルク等に紹介を行っている。薬物使用についてのポスターを貼るのは環境的に難しいこともあり、どう情報発信するのかが難しい面もある。また、看護師としてできる範囲が見えていない部分もあり、パンフレットやリソースも不足している。また、最近では、薬物使用については初回面接時に聞くようにして、若い層は抵抗なく、答えてくれている。

〈就労に関する相談リソース〉

通院を安定的につづけてもらうために、就労はとて大切だと考えている。告知直後には、すぐに仕事を辞めないように話している。また、年齢が高い世代や、専門性がある人はレベルを落としての就職活動ができないでいたりする。なかには、障害者枠で、人事には病名を伝えた上で、制限しつつ働きたいという相談がある。メンタル面、身体面の状態を踏まえて就労したいというニーズが存在するというが、相談先やリソースがとて少ないと感じている。

2 ソーシャルワーカー

エイズ治療拠点病院のソーシャルワーカー 8人、NPOの相談員1人にグループインタビューを実施した。①ソーシャルワーカーとして実践している支援、②その対処の工夫と困難さ等を中心にインタビューを行った。

	職業	性別	経歴
A	医療ソーシャルワーカー	男性	17年
B	医療ソーシャルワーカー	女性	18年
C	医療ソーシャルワーカー	女性	5年
D	医療ソーシャルワーカー	女性	4年
E	NPO相談員	男性	5年
F	医療ソーシャルワーカー	男性	8年
G	医療ソーシャルワーカー	女性	6年
H	医療ソーシャルワーカー	女性	10年
I	医療ソーシャルワーカー	女性	17年

表2. インフォーマントのプロフィール

〈院内の相談の導入のされ方〉

初診時に、ソーシャルワーカーへの顔つなぎのために、全員に対面の機会をもつ医療機関であれば、そうでない場合もあった。医師や看護師のアセスメントにより、必要があった場合に資源として導入される場合もあった。具体的には、服薬開始時期、医療費の相談、制度利用の相談、何らかの問題を抱えている時などが相談開始の機会となることが多い。通院患者が少ない医療機関では、HIV診療に関わる人材は限られていることから、院内で多職種によるチームを編成し、最初に医師より、患者であるHIV陽性者に話しやすい人へのアクセスを受診当初に医師から勤めているという工夫を実践している報告もあった。ソーシャルワーカーとしては、入院中は患者との接点はつくりやすいが、外来での関係づくりには限界を感じるとの声もあった。また、院内でのソーシャルワーカーの雇用形態や、相談室の環境により、HIV陽性者への関わりやすさに違いがあるとの指摘もあった。

〈対外的な窓口機能〉

地域の医療機関や保健所も含めた行政機関、地域の支援団体などからの対外的な連絡窓口として、医療ソーシャルワーカーが位置づけられている医療機関もあれば、そうでない場合もあった。なかには、受診前のHIV陽性者からの、受診に伴う不安相談を受けているソーシャルワーカーも複数存在していた。

〈院内、院外リソースの導入〉

患者グループなどの情報提供を行っている。地域に不足しているリソースとしては、年齢の高い人、女性をつなげる先が少ない。また、外国語の通訳などの必要がある場合には、地域のNPOのサポートを受けている。最近、東京地区では、専門的な医療を提供するクリニックが増えているが、医療機関によっては、ソーシャルワーカーが不在のところもある。

〈在宅サービス利用とスティグマ〉

様々な在宅サービス利用の導入を調整する役割を担当する。そのなかでHIV陽性者自身がHIVに対する偏見を内在化させており、自己規制や自主規制をしている場合、在宅サービス利用の導入が難しいことがある。本人は、それを必要としていながらも、それを利用することで、他者に知られることを避けるために利用を踏みとどまってしまうがちである。

また、仮に本人が在宅サービスの利用を望んでも、同居家族が地域の関係機関に病名を知られることを恐れ、それを望まない場合、サービス導入に至らないこともある。こうした、家族の抵抗感や拒否によって、患者であるHIV陽性者の希望通りに支援できないことがあり、こうした困難さは他の疾患では見られにくいHIVの特徴であると考えられる。

〈プライバシーの守秘〉

プライバシー守秘が難しい場合の一例として、救急窓口で通院患者であるHIV陽性者が運ばれてきた場合の病名開示の問題がある。家族など周囲の人がいる場合に、電子カルテを開きにくい場面がある。

また、在宅サービス提供者や施設のなかには、プライバシーを守り切れないので、サービス提供は引き受けられないという反応があった。

〈HIV陽性者の周囲の介護力〉

血液製剤によりHIVに感染した人たちやその

親も高齢化している。また、知的障害、精神障害をもちながら、HIV感染ももっているHIV陽性者の場合、その親は自分自身が年老いていくことに、不安を感じている。また、性的な接触で感染した人たちのなかには、単身世帯で生活するものが多くみられ、HIV陽性者と判明した後の生活が長期的なものに変化した場合、地域の資源の不足によって介護力が必要な際に、マンパワーの動員が十分にできないリスクが生じる可能性がある。

〈バックアップ機能〉

HIV陽性者へのサービス提供を検討する事業者や福祉の専門家に対して、病院側が、在宅で何かあった時には後方を支援する等の役割分担をしたことで、受け入れが促進された事例がある。医療側が「何かあったら、必ず対応をする」という保証をすると、地域福祉サービスの受け入れがスムーズになる。後方支援的なバックアップの有無が重要な要素となっている。

〈地域社会のシステムが未整備〉

ソーシャルワーカーは、社会の未整備なところにも接することになる。行政機関で身体障害者手帳の申請受理をしふったりする例や、近隣のエイズ治療拠点病院で認定医がいないなどで、身体障害者手帳の申請や自立支援の手続きの遂行が難しいという医療機関が存在しており、対応を迫られている。

〈地域の福祉関係者への啓発〉

HIVに関する理解は、医療の領域と福祉の領域ではとても大きなギャップがある。「医療、行政、NPOはがんばっているけども、一般市民には届いていないと感じる」との声もあった。地域の医療や福祉に携わる人たちの意識変革に取り組む必要性も挙げられた。

〈キーパーソンと多様性〉

在宅支援の場面で、HIV陽性者の家族と、男

性の同性パートナーが等しく関わる場合、いい関係を築ける場合も存在するが、家族がそれを避けて、引いてしまう事例もある。また、福祉サービスを利用する際に誰をキーパーソンにするのかの話し合いを曖昧にすすめると、契約段階で行き詰まることもある。事業者のなかには、同性パートナーをキーパーソンとは認識されていても、契約書などはパートナーでは記載出来ないこともある。また、外国人の場合にも、支援ネットワークが狭いことが多く、オーバーステイであった場合には課題も多い。

〈支援ネットワーク拡張支援〉

支援ネットワークの広さは、病名の通知の範囲と関連するため、場合によってはパートナー、家族や周囲の人への病名の通知に関わることもある。また、母子感染で生まれてきた子供への感染の告知は、子どもの成長と病名の告知のタイミングをはかる難しさがある。また、日本人と外国人のカップルの場合、親への病名告知で難しさがある。

〈治療するという動機づけの揺れ〉

HIV陽性者のなかで、血液検査の結果、治療開始時期に来ているのだが、治療を開始することに踏み出せない、決断ができない人が多くみられる。経済的にも治療を開始できる状況ながら、自らの治療の動機づけが得られにくい。

また、治療をしているが、治療を継続する動機が不安定であるHIV陽性者や、「状態が安定しているのに定期的に通院するのは、ばからしい」と抗HIV薬の服薬開始前のHIV陽性者からの声に影響を受ける患者への関わりで、戸惑いを感じることもある。

〈通院中断者への対応〉

通院を中断した者への対応については、ナースが電話をするという機関もあり、毎月のカンファレンス時にチーム内で情報を共有してい

る。ただ、患者数の増加があると、対応が難しくなる場合もみられた。

〈メンタル状態とコミュニケーション〉

うつ、統合失調、境界性人格障害、知的障害など、元々精神的な健康に問題をかかえていた人たちが感染したり、あるいは、感染をきっかけとして、精神症状が表面化することがある。これらの人々への対応については、基本的には専門の医療従事者との連携が基本となるが、患者との直接的コミュニケーションの持ち方に難しさが残る場合がある。

〈薬物依存問題〉

薬物依存に関しては、とりわけ都市部の医療機関において、問題を抱えている人の増加が認識されていた。ソーシャルワーカー自身が、自分には対処スキルがなく対処に苦慮している例もあった。

〈パワレス（無力）への支援〉

相談に訪れる人のなかには、具体的な問題が解決しても、気持ちがはれないという人たちが存在する。患者から「生き甲斐がない」とか「生かされている感じ」と言われることもある。対応としては、共感的に傾聴することになるが、支援側としては、どう対処していいかを戸惑いを覚えることがある。

〈脆弱さを抱える人々への支援〉

治療の対象にならないが、定期受診が必要であるにもかかわらず経済的にも厳しい患者について、「病院につながり続けてくれるのが不安」と感じられていた。また、日雇い労働者やインターネットカフェやゲイ向けの商業施設などを居場所としているというHIV陽性者もあり、経済的に不安定な状況で、居場所も安定しない例も多くみられるようになった。さらに、オーバーステイの外国人などは、公的なサービスの利用が難しく、より人間関係が閉じてしま

う傾向があり、難しい。

〈人員配置とその限界〉

患者の増加に伴い、個別の関わりが十分にできなくなってくる。相談室前に待つ人が複数になると、プライバシー守秘をどこまで守れるのかも不安に感じられていた。

〈ワーカーのファジー機能について〉

ソーシャルワーカーは、患者であるHIV陽性者が自分でも気づいていない曖昧な部分について、「交通整理」をしたり、優先順位を整理することができる。曖昧な領域へのケアについては、医療チームのなかの役割分担を跨ぐこともある。こうしたファジーな曖昧さを大切にすることの意義について、他職種とのチームのなかで、共通認識を構築することが重要である。

3 施設職員

都内のある内部障害者の更生施設の職員に対する個別インタビューを行った。インフォーマントの勤務する施設は、普段は結核回復者が多く入所する施設であり、ここにある福祉事務所のワーカーから、脳症患者の入所の打診があったという。その際にどのような検討が内部で実施されたのかを中心に、聞き取りを行った。

	職業	性別	経歴
A	施設職員	男性	2年

表3.インフォーマントのプロフィール

〈ケースについての経過〉

入所を検討した候補者はHIV感染に起因する脳症の症状を呈していたが、急性期医療の対象ではなく、在宅で生活していた。母親と同居しており、介助役割のすべてが母親に集中していたことと、本人に脳症による異常行動があり、母親にさらなる負担がのしかかり、限界になってしまったことから、福祉事務所に相談が寄せられたことで、母親と本人をどのように分離するのかを検討するなかでの、打診があった。

〈職員の理解〉

病気への理解、感染経路、セクシュアリティなどの知識が不足しているので、事前に受け入れのための研修が必要であった。

〈経営者の理解〉

経営サイドからは、採算ベースにあうのかが問題にされた。そのためには、制度利用が不可欠であるが、今回の場合、新しい制度に福祉事務所側が対応していなかったために、入所が見送られることになった。このあたりは、自治体により対応に差がある。また、経営サイドの人事が変更になった場合には、判断が異なる可能性も起こりうる。

〈施設全体の経験〉

前例がないことで、不安に思う職員もいた。しかし、看護師である職員からは前向きに検討をすすめる提案がなされた。

〈プライバシーの守秘〉

入所中の本人の個人情報を守りきれぬのが不安に感じられていた。仮に、他の入所者のなかに、守れない人がいたときに、コントロールできるのかということがもっとも不安な点であった。

〈施設入所者同士の安全〉

他入所者のネガティブな反応があった場合に、うまく対応できるのが不安であった。また、入所者同士のトラブルがあった場合、HIV陽性者のように、弱い立場にいる人がハラスメントの対象になることも起こりうる。どう安全性を高めるのかという課題があった。

〈施設と専門機関との連携〉

これまでは、結核患者を受け入れてきた経験が多くあることから、そうした方面で役立つ連携先が多くあるが、HIV関連のネットワークはまだ不足している。

4 福祉事務所職員

東京都内のある特別区にて、身体障害者の福祉部署を担当する係長にインタビューを実施した。

	職業	性別	経歴
A	行政職員（身体障害者福祉司）	男性	8年

表4.インフォーマントのプロフィール

この職員は身体障害者福祉司として勤務して8年で、現在は、身体障害を担当する部署の係長を務めている。このインタビューは、地域資源における背景要因を知るために実施した。

〈地域の特徴と背景〉

この特別区は東京都内でも、有数の人口が多い地域である。この地域に居住するHIV陽性者のうち、全員が身体障害者手帳を取得している訳ではないが、手帳の取得者数は行政機関が地域住民のなかのHIV陽性者数を把握する唯一の指標となっている。この行政機関の免疫機能障害による身体障害者手帳の取得者は、現在200人弱で、そのうちの約7割が自立支援医療を利用している。年齢構成は、20代～70代まで存在するが、うち15人が60代以上となっている。また、免疫機能障害による手帳取得者の居住地域は、傾向としては、集合住宅が存在する地域に集中している。行政窓口の所在地により、担当する免疫機能障害者数には大きな差が存在している。

〈行政機関で業務を引き継ぐ工夫〉

行政機関の担当職員は定期的に人事異動が発生するが、このインフォーマントは、引き継ぎのための資料のなかに、「免疫機能障害」という項目をたて、個別の手帳取得者の状況とこれまでの担当課の対応、介護保険の利用者、他地域への移動者、過去の住民である手帳取得者から寄せられた声などを引き継いでいた。

〈プライバシーへの配慮〉

窓口はオープンなカウンター上での対応になる。この行政機関では、免疫機能障害者への対応を個室対応に標準化しているが、来所者のなかに、オープンな窓口での対応を意に介さないという場合であっても、この標準化への協力を依頼している。また、初回の対面相談時に今後のプライバシーの扱いにつき確認を行っているが、郵送物の送付の際の差出人名をどうするか等、具体的に確認作業を実施している。この配慮は、免疫機能障害者だけでなくDV被害者にも利用されている。このサービス利用者に占める免疫機能障害者の割合は高い。この初回面接で確認した配慮事項は、他の関連部署の書類送付にも反映されている。

〈集団特性への配慮〉

免疫機能障害者の多くは就労しており、窓口時間内に来所することが難しいこともある。そこで、短時間に効率よく説明ができるように努めている。また、必要に応じて、様々な地域のリソース紹介も行っている。自立支援医療（更生医療）の継続の手続きなどでは、空白ができることは各方面にも影響があるので、早めに注意喚起を行っている。

〈地域リソースの確保、育成〉

HIV陽性者で脳症の症状を呈している住民の支援に関わった事例では、身寄りのない人で、受け入れ先をみつけるのに苦労した経験がある。障害者向けの施設では、すべて前例がないなどの理由で入所を断られた。最終的には、生活保護の地区担当ケースワーカーが居場所を確保した。地域のリソース不足を実感した。

〈行政内の守備範囲と他部署との連携〉

住民の年齢などの要件により、利用できるサービスは異なる。「障害施策から高齢者施策にかわると、サービス実施主体がかわり、民間の業者もはいつてくる」という。行政の枠組み

の中での、ネットワーク構築や、連携の必要性が指摘された。

また、障害福祉担当と他部署との温度差については、「障害福祉ではポピュラーな話題、でも他部署にとっては、そうでもない」とのこと、障害担当は免疫機能障害者への対応を経験するが、保健所を含む組織全体で経験を共有している訳ではない。匿名性やプライバシーへの配慮というのも難しさの一つになっている。担当部署を超えて、組織内での共通認識をどう築くかが課題とされる。

行政の職員にとり、支援という枠組みがどのように位置づけられるのかがはっきりしていない部分がある。このため、地域計画のなかで、あるいは、業務のなかで、どのように落とし込まれているかで、取り組みやすさに違いがある。

D 考察

エイズ治療拠点病院外来看護師やソーシャルワーカー等による支援の内容とそれに関連した困難要因を、以下のカテゴリーと下位カテゴリーに分類した。

[プライバシーへの配慮]

- 〈プライバシーの守秘〉

[サポートネットワークとHIV感染]

- 〈周囲の受け止め支援〉
〈支援ネットワーク拡張支援〉

[生活の再構築]

- 〈療養生活イメージ支援〉
〈生活と療養支援〉
〈院内／院外リソース導入〉

[長期療養への支援]

- 〈長期に通院している人〉
〈治療や通院の動機づけの揺れ〉
〈治療中断への支援〉
〈パワレス（無力）への支援〉

[メンタル、薬物問題]

- 〈薬物に関する相談リソース〉

〈メンタル状態とコミュニケーション〉

[人間関係とHIV感染]

- 〈セクシャルヘルス支援〉
〈ライフイベント〉
〈性別やセクシュアリティを踏まえての支援〉

[脆弱さへのケアサポート]

- 〈脆弱さを抱える人々への支援〉
〈外国人への対応〉

[就労問題]

- 〈就労に関する相談リソース〉

[在宅福祉、療養生活]

- 〈生活と療養の支援〉
〈在宅サービス利用とスティグマ〉
〈周囲の介護力の変化〉
〈キーパーソンと多様性〉
〈HIV陽性者の周囲の介護力〉
〈院外リソース導入〉
〈単身世帯と介護ニーズ〉
〈在宅の声かけ、見守り支援〉

[院内システム（医療）]

- 〈院内の相談の導入のされ方〉
〈ワーカーのファジー機能〉
〈人員配置とその限界〉
〈対外的な窓口機能〉

[地域環境]

- 〈地域社会のシステムが未整備〉
〈バックアップ機能〉
〈地域の福祉関係者への啓発〉

さらに、【個人】【医療】【地域】という三つの領域の場に、支援や困難要因がどのように分布しているかを分析した（表5次頁）。

考察 II

看護師は医療の文脈において治療の継続にとって何が重要かという観点で、患者であるHIV陽性者に寄り添っていた。また、ソーシャルワーカーはサービスや制度利用をいかにできるのかという切り口で、地域社会や資源と個人の間で関わるが多く報告された。

その結果、看護師（NS）による支援や困難

要因は【個人】【医療】に領域に多く存在した。
また、ソーシャルワーカー（MSW）による支援や困難要因は、【医療】【地域】の領域に多く存在した。

考察②

【個人】【地域】の両方にまたがるカテゴリーは、以下の二つであった。これは、医療機関の中ではなく、個人と地域にある資源が直接に契約関係を構築することで、難しさや困難さが発生していることが推測された。

- [就労問題]
- [在宅福祉、療養生活]

考察③

【地域】の領域で含まれたカテゴリーは、以下の8つであった。

- [プライバシーへの配慮]

- [生活の再構築]
- [在宅福祉、療養生活]
- [メンタル、薬物問題]
- [就労問題]
- [脆弱さへのケアサポート]
- [院内システム（医療）]
- [地域環境]

また、上記のうち、以下の3つのカテゴリーは、在宅での療養生活支援に関するものであった。

- [プライバシーへの配慮]
 - [生活の再構築]
 - [在宅福祉、療養生活]
- 以下の3つのカテゴリーは、特に薬物問題、就労問題、外国人に関する、動員可能な相談リソースの不足や、資源の不足が共通していた。
- [メンタル、薬物問題]
 - [就労問題]
 - [脆弱さへのケアサポート]

カテゴリー/領域	個人	医療	地域
プライバシーへの配慮	NS、MSW〈プライバシーの守秘〉	MSW〈プライバシーの守秘 / 在宅〉	
サポートネットワークとHIV感染	NS、MSW〈周囲の受け止め支援〉 NS〈支援ネットワーク拡張支援〉		
生活の再構築	NS〈療養生活イメージ支援〉 NS〈生活と療養支援〉 MSW〈院内リソース導入〉	MSW〈院外リソース導入〉	
長期療養への支援	NS〈長期に入院している人〉 MSW〈治療や通院の動機づけの揺れ〉 MSW〈治療中断への支援〉 NS、MSW〈パワレス（無力）への支援〉		
メンタル、薬物問題	NS、MSW〈薬物に関する相談リソース〉 MSW〈メンタル状態とコミュニケーション〉	NS、MSW〈薬物に関する相談リソース〉	
人間関係とHIV感染	NS〈セクシャルヘルス支援〉 NS〈ライフイベント〉 NS〈性別やセクシュアリティを踏まえての支援〉		
脆弱さへのケアサポート	NSW〈脆弱さを抱える人々への支援〉	MSW〈外国人への対応〉	
就労問題	NS〈就労に関する相談リソース〉		NS〈就労に関する相談リソース〉
在宅福祉、療養生活	MSW〈HIV陽性者の周囲の介護力〉 MSW〈単身世帯と介護ニーズ〉 MSW〈キーパーソンと多様性〉 MSW〈在宅サービス利用とスティグマ〉 NS〈院外リソース導入〉 NS〈在宅の声かけ、見守り支援〉		MSW〈HIV陽性者の周囲の介護力〉 MSW〈単身世帯と介護ニーズ〉 MSW〈キーパーソンと多様性〉 MSW〈在宅サービス利用とスティグマ〉 NS〈院外リソース導入〉 NS〈在宅の声かけ、見守り支援〉
院内システム（医療）	MSW〈院内の相談の導入のされ方〉 MSW〈ワーカーのファジー機能〉 NS、MSW〈人員配置とその限界〉	MSW〈対外的な窓口機能〉	
地域環境		NS、MSW〈バックアップ機能〉 NS、MSW〈地域の福祉関係者への啓発〉 MSW〈地域社会のシステムが未整備〉	

表5. 支援のカテゴリーと困難要因が分布する領域（NS：外来看護師、MSW：ソーシャルワーカー）

また、以下の2カテゴリーでは、地域の医療や福祉に携わる専門家とエイズ治療拠点病院がどのように連携するのか、さらに地域の専門家のHIVへの理解促進をどのように進めていくのが課題だと示唆された。

[院内システム（医療）]

[地域環境]

(倫理配慮について)

本研究は、特定非営利活動法人ふれいす東京倫理委員会にて、審査を受けた。インタビューについては、事前に説明を文書にて行い、個人が特定されないように加工を行った。

(本調査の限界について)

外来看護師、ソーシャルワーカー、NPO相談員へのインタビューは、参加者の経験の度合いや、所属組織の体制に差があるので、一般化はできないものである。また、語られていることを、推奨するものでもない。

さらに、このインタビューのなかで語られた困難さの背景には、さまざまな要因が関連するため、すべてHIVに起因するとは断定できないものである。

E 結論

看護師からは、患者であるHIV陽性者の【個人】の領域に多く支援があった。これは、患者であるHIV陽性者に、看護師は【医療】の文脈で、治療の継続を前提に、生活には何が重要かという視点で、関わっているためと推測された。また、ソーシャルワーカーは医療機関の外部の資源やサービスについて関わっている様子が伺えた。エイズ治療拠点病院内でのチーム医療においては役割分担がなされ、お互いに役割を補完しあっている様子がみられた。

しかし、HIV陽性者が在宅で長期に療養生活を送るなかで、何らかの身体的なハンディキャップを負いつつ療養することがあり、その

場合はまだまだ地域の資源とは役割分担に課題があることが再確認された。

その要因の一つには、個人が地域にある資源と直接に契約関係を構築することで、難しさや困難が発生していることが推測された。プライバシーや疾病理解などの困難さについて、個人で対処していくことが求められている部分でもある。しかし、個人には限界もあるので、医療のみならず、大きな枠で、地域の支援者の啓発の必要が示唆された。

また、就労については、療養生活継続との関連で、インタビューのなかでも多く語られていたテーマであった。長期に療養するなかで、社会参加を継続するかは大きな課題である。働き方の幅を広げる意味で、障害者枠での就労についてもHIV陽性者からのニーズがあることが示唆された。

さらに、支援における困難要因として語られた薬物問題や就労問題、外国人に関する課題を解決するためには、医療機関内だけでなく、地域に動員可能な相談リソースや、資源の必要が示唆された。

地域の資源のリソースの利用しやすさを高めるためには、地域の様々なサービス提供者にむけた啓発が重要である。地域の医療や福祉に携わる専門家とエイズ治療拠点病院が連携を図ることが不可欠であり、さらに地域の専門家のHIVへの理解促進を進めていくことが今後の課題であろう。

本調査で得られたHIV支援における困難要因と支援の実情に関する資料は、支援上の困難さの改善に向けた取り組みに役立てられるとともに、これから支援に関わる専門家や地域の支援者の準備性を高めるための資料として活用されるものと考えられる。

F 発表論文等

なし

インタビュー事例

2008年度に実施した調査「支援者のグループ・インタビューを通して—HIV陽性者等への支援に関する困難さの考察—」で得られた調査結果からは、地域に不足するリソースとして、薬物使用への対応や支援、就労支援に関する資源が挙げられた。

この結果を受けて、地域での支援において困難要因となりうる薬物使用と就労についての事例を収集することを目的とし、15人のHIV陽性者に協力を依頼し、インタビューを実施した。協力者のリクルートにおいては、ぶれいす東京のネットワークを活用した。インフォーマントのプライバシーへ配慮としては、事例を公表する前に本人のチェックを受け、内容確認を行うとともに、個人が特定されないような加工を行った。

これらの事例の公表によって、HIV陽性者の抱える生活上の困難さへの社会的な理解を促すとともに、地域の支援者たちが、具体的な事例にもとづいて、HIVの相談への対応や支援方法を検討するための材料として活用されることを期待している。尚、これらの事例は、全てのHIV陽性者の実態や傾向を表すものではない。

事例	内容	HIV告知年	年代・性別
HIVとドラッグ			
A	感染判明後、薬物依存に。逮捕をきっかけに、回復へ。	2000年	40代・男性
B	セックスドラッグから覚醒剤の使用。ピアサポートで回復に。	2006年	40代・男性
HIVと就労			
C	HIV告知後、やりたいことをやるために海外で就労、帰国して転職。	2003年頃	20代・女性
D	告知後、体調不良により辞職。その後、同社にアルバイトとして勤務中。	2006年	40代・女性
E	外資系企業で就労中。上司の理解や職場内の環境調整がスムーズに得られた。	2008年	30代・男性
F	障害者枠での雇用希望。200社近くに応募し、就職活動中。	2003年	30代・男性
G	海外赴任の機会があるが、HIV抗体検査の結果の提出を求められる。	2003年	30代・男性
H	体調不良により退職。障害者枠で外資系企業へ再就職。	1998年頃	30代・男性
I	体調不良で契約社員を解雇、その後、障害者枠で外資系企業の面接を受ける。	2004年	30代・男性
J	職場にて告知後、部署異動をされ、就労環境が悪化する。辞職後は非就労。	2002年	30代・男性
K	感染を打ち明けたことで賠償金請求のトラブルに。弁護士とのサポートで解決。	2006年	30代・男性
L	体調不良の理由としてHIVを告げたとこ退職を強要。現在、アルバイト。	2001年頃	40代・男性
M	試用期間中に検査結果を伝えたあと、病欠を強制される。辞職後、転職する。	2007年	20代・男性
N	公共交通機関の運転手として勤務中、服薬開始と職場への報告	2005年	30?代・男性
O	飲食店での勤務後、現在は障害者枠で就職活動中。	2000年	40代・男性

【事例A】

感染判明後、薬物依存に。逮捕をきっかけに、回復へ。40代、男性、2000年感染告知。

〈HIV告知について〉

2000年に、急性肝炎で入院。感染症担当医から説明を受け、HIV検査をしたところ陽性と判明。

10代の頃から男性と性交渉をもつようになり、ハッテン場でのセックスや複数でのセックスをしていた。周囲にHIV陽性者はいたものの、HIVを身近な問題として感じたことはなかった。

セックスでは相手の求めに合わせるほうで、相手には事欠かなかった。10代のときは、ウリ専もやっていた。今、思えば、時間をもてあましていたのかもしれない。将来の夢はなく、10年先のことより、目先の快楽のほうが重要だと感じていた。「長生きして醜くなる」のはイヤだった。

30代でHIV感染がわかったが、当時、HIVは死ぬ、あるいは薬を飲み続けなくてはならないというイメージがあった。「醜く死ぬのはイヤだ」と思い、HIVの治療を始めた。すでに、日和見感染症、カポジ肉腫を発症しており、AIDSと診断された。障害者認定2級を受けた。服薬の副作用に苦しんだこともあったが、覚せい剤を使用するまでの5年間は通院と服薬を続けていた。

HIVの感染がわかってからしばらくは、ほかの人へ感染させる心配や、誰から感染したのかわからないことが怖くて、セックスをせずにいた。肉腫が体のあちこちにあって、抗HIV薬の副作用で体調不良だったせいもあり、カポジ肉腫によりガン保険が適用されたので、1年間は仕事をせずに、保険金で遊びながら過ごした。

その後、派遣社員として勤務を始めると、夜の時間をもてあますようになってバーに出入りし、再び、多数とセックスをするようになった。コンドームを使うかどうかは相手に合わせていたため、相手がナマでやるなら使わずにセックスをした。なのでセックス対象者が感染したか

否かはわからない。HIV感染がわかってから約2年経ち、恐怖心も薄らいでいた。そこで知り合いからゴメオ（当時の脱法ドラッグ）をもらい、初めは興味本位だったが、次第に常用するようになった。ドラッグを使うと自制がききづらくなった。

その後、ゴメオが非合法になり、入手ルートを考えていたとき、セックスの相手から覚せい剤を勧められて使用。そのうち、毎日使用するようになり、用量も増加。まとめ買いをしたり、暴力団から直接購入したりするようになった。安価で入手したクスリを市場価格で売り、売上金でまたクスリを買った。掲示板やチャットなどを通じて、覚せい剤使用者と知り合い、所持していない相手には転売していた。

次第に会社への出勤が不規則になった。その頃にはクスリのコントロールができなくなり、セックス時のみならず日常生活でも眠気覚ましに使うようになっていた。仕事で大きな損失を出したり、同僚に対して被害妄想を抱いたりして、職場に行けなくなってしまった。体重も10kg以上激減し、同居していたパートナーにクスリの使用を疑われたのを機に、家を出た。

覚せい剤を転売しながら放浪生活をつづけた。そんな中誕生日を迎えた。

覚せい剤を仕入れたものの、行き場が見つからず、ハッテン場へ。むなしさを感じながら、フラフラになって歩いていたら、警察官に職務質問をされた。警察官を見たとき、「ヤバイかな」という気持ちの一方で、「見つかったら（覚せい剤を）やめられるかな」とも思った。仕入れたばかりの大量の覚せい剤が見つかり、逮捕された。

覚せい剤を使っていたときは、誰かに相談しようなんて思わなかった。「どうにでもなれ」とも「どうにかなる」とも思っていた。逮捕されたあとは、覚せい剤をやっていたときの知り合いにはコンタクトをとらないようにして、覚せい剤もやめている。セックスで興奮しているときに、クスリを勧められて断れるかわからな

いから。メールにも依存しないようにしている。SNSで、覚せい剤関係のコミュニティに登録し、他の人の失敗談を見たりしながら、自分は使わぬよう自戒している。クスリをやっていない現状は正しいけれど、一人前に働いていない自分は誇れないと感じている。でも、一人前の就労生活ができれば、また時間をもてあましてしまうのではと不安もある。どう這い上がっていくか、メンタル面の弱さを支えてもらいたい、QOLを支えてほしいと望んでいる。現実的には、自分にあった仕事を紹介してほしい。今では20年後も生活できるように…と現実と向き合いながら感じている。

【事例B】

セックスドラッグから覚醒剤の使用。ピアサポートで回復に。40代、男性、2006年感染告知。

〈HIV告知について〉

2006年に、薬物依存治療の病院でHIV抗体検査を受け、陽性告知を受ける。

〈ドラッグの使用〉

10代の頃から男性との性交渉を持ち、恋人とのセックスのほか、ハッテン場でのセックスを繰り返していた。HIVは自分には関係のない問題と考えており、コンドームは使っていなかった。

19歳のとき、セックスの相手からガムの包み紙のようなものを渡され、勧められるままに口にしたところ、あとからそれがLSDであると知った。何の説明もなく薬物を使わされたことに腹が立ったものの、この経験で薬物に対するハードルが一気に下がったと感じた。その後、さまざまな種類の薬物を試すようになり、セックスドラッグとして使っていたが、相手から誘われて使うことが主だった。

20代前半で、セックスフレンドから覚醒剤を勧められ、最初はためらったものの何度か誘

われるうちに「一回くらいならいいかな」と思い、使用した。高校時代に離婚した父親も覚醒剤を使っていたようだが、そのことはあまり思い出すことはなかった。その後、仕事が多忙になり、数年間、覚醒剤は使わずにいたこともあるが、別の相手から誘われて再使用する。相手から購入するのが申し訳ないと感じて、自ら売人から購入するようになった。セックス時には、覚醒剤を使用している相手を選ぶようになり、使用頻度は高まっていった。しかし、給料やボーナスの額にあわせて購入量を変えるなど、自分では「コントロールできている」と思っていた。

30代半ばの頃、仕事上や生活上のトラブルが重なり「ウサが溜まった」ことから、セックスの回数とクスリの使用回数が増え、仕事にも支障がでてきた。“楽しみ”のために使っていたクスリが、次第に“支え”に変わっていった。クスリを使うと気持ちに勢いがつき、疲れ知らずで動けるため、ますます使用量が増えていき、眠れなくなっていった。仕事も遅刻や欠勤が目立つようになっていった。

その半年後、路上で警察の職務質問を受け、覚醒剤所持で起訴された。警察に捕まったときには、内心、ホッとした気持ちも感じていた。すでに自分の気持ちや行動がコントロールできない状態であったことを自覚していた。執行猶予だったが、釈放後は喜びよりも憂鬱感を抱いていた。

釈放後は実家に戻ったが、家族の視線をわずらわしく感じて、以前のセックスフレンドに連絡を取った。そして、再び覚醒剤を使用してしまい、数ヶ月後、再び職務質問を受けて覚醒剤所持により逮捕。今度は、2年間の実刑を受けた。

出所した1年後、再び覚醒剤所持使用で逮捕。3回の逮捕で、計4年間、服役していた。

3度目の逮捕の直前、セックスをした相手からHIV陽性であることを知らされた。刑務所にいる間、自分のHIV感染のことを懸念していた

ものの、あえてHIV抗体検査は望まなかった。自分がHIV陽性であることは、ある程度、覚悟していたものの、刑務所で陽性が発覚することは得策だとは思えなかったからだ。刑務所では薬物についてのプログラムはなく、治療施設のVTRを見せられたものの、自分には関係がないと感じていた。出所後の就労についても、スポーツ新聞の求人欄のコピーを見せられただけで、十分な情報は得られなかった。

出所後、実家で暮らしながら短期のアルバイトをしたが、お金が入るとクスリの購入に使ってしまった。家族の手前、クスリをやめるポーズだけでも見せなければと思い、家族サービスのつもりで治療施設に連絡をいれた。入寮はせず、リハビリとして、通所することから始めた。最初のうちは入寮者たちとケンカ腰で関わっていたが、次第に打ちとけていった。自分よりひどい依存症の人から「オレも（クスリを）とめられたんだから、きつととめられるよ」となくさめられたり、クスリをやめられた人や再使用してしまった人など、さまざまな人と会ったりするなかで、「クスリは使いたいとは思うけど、使わない方がいい」と思うようになっていった。

その後、2006年に薬物依存治療の精神科のクリニックでHIV抗体検査を受け、陽性告知を受けた。専門病院で確定診断の結果を聞く前は、精神的にしんどくなり、クスリを使用してしまった。現在のところ、それが最後の使用だ。その際に、クリニックのスタッフが「しんどいね」と言いながら、そばにいてくれたことが大きな支えになった。ゲイであることや薬物を使っていること、HIVであることなど、すべてをさらけだして、丸ごと理解された気がする。「あの人たちを裏切れない」という思いと、「一緒にやめている仲間たちがいるから」という思いがあるから、それ以降クスリには手を出していない。

【事例C】

HIV告知後、やりたいことをやるために海外で就労、帰国して転職。20代、女性、2003年頃感染告知。

〈感染判明時期〉

5年前、2003年頃。何となく献血を受けたところ、後日、日赤から文書で来所するよう通知がきた。以前から、数ヶ月に一度くらいの頻度で献血には行っていた。

当時から、メディアからの情報などでHIV感染が広がっていることは知っていたので、連絡を受けて心配に。HIVに関する知識はわりと持っていたほうで、コンドームの不使用で感染し、現在は死に至る病気ではないことなど理解していたが、自分の身にかかわる現実としてはとらえていなかった。

日赤を訪れると、所長と思われる年配の方からHIV陽性について伝えられ、「投げやりになって、他者にうつさないように」と言われた。やわらかい口調だったが、イラッとした。

すぐに、直前まで交際していた相手に感染について話し、保健所で検査を受けることを勧めたが、「絶対にそれはない」と強く抵抗された。後日、彼もまた陽性であったことを知らされた。

また、告知を受けてすぐに、誰かと話したくなり、何でも話せる友人に打ち明けた。その後、交際した相手にも、タイミングをみて事実を伝えている。ほかにも気の置けない友人などには、話している。積極的にカミングアウトをしているわけではないが、隠しているわけでもない。話して、ヘタに気を遣われることがないかどうかを考えて、伝える相手を決めている。両親やきょうだいには話していない。

これまでに打ち明けた相手は、皆、聞いたときにはショックを受けたようだが、とくに態度を変える人はあまりいなかった。交際前に打ち明けた男性からは、自然に連絡が途絶えてしまい、拒否されたのだなと感じた。恋のチャンスを使い、落ち込んだものの、今ではそんな男は不要と思える（笑）。

交友関係はHIVに関係なく持てているが、結婚を意識する年齢になってきたため、気軽に交際相手を選べなくなった感はある。カミングアウトしても大丈夫そうな人としつつきあわない。

〈就労状況〉

告知を受けたときには、フリーランスで働いていた。感染前は、やりたいことがあってもぼんやりしていたタイプだったが、告知をきっかけに、いろいろやろうと思って、意欲的に海外に出かけたり、やりたいことをしたりするようになった。

HIV感染に後押しされるように、その後、数年間、海外での仕事に就いた。通院は、年に1回、帰国したときだけだったが、不安は感じていなかった。体調も良好だったので、病気の実感は薄く、人生でHIVによって制限されたものはない。むしろ、HIV感染がわかったからこそ、人生を楽しまなくてはと思うようになり、できるときにできることをしなければと考えた。夢を見ているのではなく、アグレッシブに生きていこうと思ったら、何でもやってみようと思ふできた。

海外での仕事や生活はとても楽しかったが、きちんとした就職をしようと帰国した。自分のパーソナリティが人事担当者の目にとまったようで採用が決まった。

就職してからも、病気のことはあまり考えることなく、夜中まで働いている。たまには、カミングアウトをして優遇されたいと思うほどだが(笑)、甘えてはいけなさと感じている。もし、今後、体調が変化したら、そのときにまたどうするかを考えたいと思っている。

しばらくその会社で勤務したあと、業種を変えて、再びフリーランスに転向した。服薬も開始した。

最近では、結婚に目が向いているものの、HIV感染のことが胸にあり、踏み出せない部分もある。病気のことを思うと、正社員として雇用されて安定すべきかと考えたこともあるが、自分

の人生に制限をしたくない。フリーランスの仕事は不安定なので、やはり医療費や税金などの負担が大きいのは事実。一度、仕事を断ってしまうと、次の依頼がこないため、ついハードワークになってしまう。体力的にも精神的にもバランスをとって働いていくことが今後の課題である。

【事例D】

告知後、体調不良により退職、その後、同社にアルバイトとして勤務中。40代、女性、既婚、2006年感染告知。

〈HIV感染について〉

2006年に、風邪のような症状から肺炎を発症し、近隣の病院に入院して、ステロイド大量投与などの治療を受けた。その2年前に、数カ月間にわたって帯状疱疹や神経痛を患ったことがあったが、その時にはHIV感染のことはまったく疑っていなかった。

入院先でHIV抗体検査をして、陽性だとわかったときには、「心がまっくろけ」になった。それから約2年が経った今でも、告知を受けた季節を迎えると、精神的に不安定になる。陽性がわかったとき、死んでもよかったとすら思う。子どもの頃から親にほめられたことがなく、HIV陽性の結果を知らされたときに、がんばってきたのに「お前はもういい」と言われたような気がした。

HIV感染については、医療従事者と夫のみが知っている。入院先の病棟から、夜中に夫にメールをし、「すみません。ごめん。別れてもいいです」と伝えた。思い切ってメールをしたというのに、夫からの返信では「大丈夫だよ」と書かれていた。ありがたかった。親にも検査結果を言うべきかどうかを夫と話し合った末、結局、夫婦の間だけで共有することに決めた。

感染していることでの苦しさやつらさもあるが、夫も仕事をしていて疲れていることを思う