社会福祉施設とＨＩＶ陽性者

私たちの施設でＨＩＶ陽性者を
迎え入れたとき―５編の体験談

ＨＩＶ感染症／エイズに関する基礎知識

施設でのスタンダードプリコーション入門

施設とＨＩＶ感染症、法律Ｑ＆Ａ

この冊子を手にされたみなさまへ

近年、ＨＩＶ感染症の医療技術の進歩は著しく、ＨＩＶ（エイズウイルス）に感染しても、適切に医療を受けることができれば感染前と変わらない生活ができるようになりました。一方で、日本の感染者・患者数が広い年齢層で増加しているなか、受診の遅れによる治療困難例、合併症や薬による副作用の出現、また加齢現象などによって障害や要介護状態となり、自立困難で長期療養を要する方が少しずつ増えてきました。

このような患者さんにとって大切なことは、安心できる療養の場が安定して保障されることといえます。そして社会福祉施設や療養型病床群は、そうした患者さんの生活の場として重要な資源の一つとなることが考えられます。

しかしながら、現状では残念ながら、受け入れ拒否や複数病院での社会的入院の繰り返しなどが報告されています。

こうした状況について、これまでに実施したいくつかの調査の結果から、受け入れ拒否につながる、施設側が抱える不安や疑問の内容がかなり明らかになってきました。たとえば、漠然とした怖れや不安、具体的な対応の仕方がわからないこと、何かがあったときの責任問題などです。

本冊子は、そうした不安や疑問に答えることを目指して作成いたしました。

冊子の内容はできるだけわかりやすく、具体的に現場の状況に合わせて理解しやすいように心がけました。また、実際にＨＩＶ陽性者を受け入れた経験のある施設の職員の方の、知識や理屈だけではない生の声をお伝えしています。そして弁護士さんからは、さまざまな角度から法的責任に対する考え方をお聞きしました。

私たちは、ＨＩＶ感染症が喚起させる否定的なイメージや感情をわかちあう環境をあえて整備していくことも、よりよいケア提供のために大切と感じています。そうして施設職員の一人ひとりがこの課題に対してきちんと向き合う姿勢を持てることが、ケアの質の向上や職員のレベルアップに繋がっていくと考えています。

なお、この冊子はまだまだ暫定版です。今後も可能な限り、よりよい内容になるように刷新していくつもりです。そのためにも皆様のご意見、ご批判を賜りたくお願い申し上げます。

Contents

私たちの施設でHIV陽性者を迎え入れたとき―5編の体験談

06 介護付き有料老人ホームの場合

08 特別養護老人ホームの場合

10 認知症対応型の共同生活介護施設の場合

12 知的障害者施設の場合

14 介護保険対応の療養型病院の場合

16 HIV感染症／エイズに関する基礎知識

20 施設でのスタンダードプリコーション入門

24 施設とHIV感染症、法律Q&A

私たちの施設で
ＨＩＶ陽性者を
迎え入れたとき

ある日、市役所からかかってきた電話。

「おたくの施設で、エイズの人を受け入れてもらえないか……」

ある日、入居者が見慣れない薬を持参した。

「ネットで調べたら、エイズの薬みたいです……」

日本でエイズが始まって約20年、

いま、全国で報告されている感染者は約1万3000人。

慢性病の一つになったとも言われるＨＩＶ感染症の現実のなかで、

高齢者対応の施設や長期療養施設を利用するＨＩＶ陽性者が、いま、増えてきています。

そのとき施設の人たちは、どう受け止め、どう考え、どう行動したのでしょう。

全国５つの施設での実例インタビューをご紹介します。

どうやって断わろう、と考えていたとき社長の一声が

株式会社
介護付き有料老人ホームの場合

お話：管理者Aさん（30歳代、男性）

――陽性者の受け入れのお話があったときは、どのように思われましたか？

はじめはやっぱり不安で、ちょっと怖いなと……。エイズに関する情報のはしばしを耳にすると、すごく否定的な考えになってしまって、何を理由に断ろうかなあという方向に自然と向いてしまっていました。直接援助する職員の中に一人でも反対する人がいたらやめようという話をしていました。

それでうちの社長に相談したところ、まあ、いつもそうなんですけど、「何が問題なの？」「そのかたが普段の生活をするときに何か問題が起こるの？」と。「受け入れればいいじゃない」ってさらっと言われまして（笑）。そもそも社長の考え方は、誰にも当然、一人の人間として生きていく人権がある、それを施設というところに閉じ込めるのではなく、そのかたがそれまでされていた生活をそのまま再現する、というものなんです。それで、その後は受け入れるためにはどうすればいいんだろうという方向から考えるようになりました。

――具体的にはどのような準備をされたのでしょうか。

うちの施設のマニュアルでは、エイズは肝炎と同様に血液だけ気にすればいいと書いてあったんです。それでエイズ予防財団（※1）から冊子を送っていただいたりして、具体的な不安をあげて感染症の知識に関する勉強会をやってみました。感染症というものについての考え方、スタンダードプリコーション（※2）という話をした上で、自分が仕事でそのかたと接するときに、どの部分が具体的に危険なのかをわかりやすく話しました。それからケアの責任者である施設長に、ご本人に会ってもらう機会を作りました。ご本人に会って、お話をしたことで、施設長もこのかただったら受け入れたいなあ

という気持ちを強く持てたようでした。

食事部の職員から「聞いてない」と詰め寄られて

――実際に受け入れてからはいかがでしたか？

実際に介護する職員については、思っていたよりスムーズにいきました。ただ食事作りなどをしてくれている職員から、「エイズの人を受け入れるなんて聞いていません」と、入居後三日目くらいに、みんなで詰め寄られました。

そこでまず、事前に話をしていなかったことを謝罪して、みんなのイメージを聞いて、そこから話していきました。年齢的に学校教育ではエイズのことを習っていないかたが多く、病気のイメージが膨らんで、あまりにも大きな誤解になっているような状態でした。それで五時間ぐらい話をしました。その結果、それならまあまあ受け入れますということになりました。実際にはそのうちご本人が気さくなかたで人気者だったので不安も消えていったという感じでした。最終的には今回受け入れをしたことで、本当に現場の結束というのが逆にできました。

――入居中の医療についてはどうされましたか？

何かあったときの受け入れ先については、やっぱり私自身も心配なところがあって、もともと市立病院のソーシャルワーカーさんからのご紹介だったので、そちらにご相談したところ、救急のときの受け入れはしますというお話をいただきました。ただ専門医がいないので、経過観察はできないといわれてしまい、遠方のエイズ拠点病院（※3）まで通院する必要がありました。どうしてもっと近くで医療が受けられないのかという思いは残りました。職員の問題は思っていたよりもちゃんと話をすればわかってもらえる、だけど医療はこちらでは一切手を出せないので、その部分を解決できる体制がないとたぶん受け入れようという気分にはならないだろうなあと感じます。

今回は、前医である療養型病院の先生の情報提供書が、すごく暖かい感じの書き方をしてくださっていたので、それをみんなに直接読んでもらったのが、職員の安心に繋がったと思います。その後も先生とメールのやりとりをする中でも、いつでも行きますよとご返事をくださり、本当に医療の部分の受け入れが課題なんだと思いました。

――他の入居者に対して配慮されたことはありますか？

病気のことは個人情報なので、たとえば「このかたは結核の既往があり、再発の可能性はゼロではありません」と他のかたに説明することがないのと同じです。もし病気のことについて聞かれた場合は「個人情報なので基本的にお話しできない」と伝えてもらい、それでも納得されない場合は、私に問い合わせてもらうよう統一しました。なんらかの形で詰め寄られた場合は、感染症とは何かから順を追ってお話しし、入院しなければいけない状態ではないので、入居をお断りする理由はないという結論に持っていこうと準備していました。

社長から「受け入れて、何か問題が起こるの？」とさらっと言われてしまいまして……（笑）。

（※1）エイズ予防財団：厚労省の外郭団体。国のエイズ行政を実務的な側面で担って活動している。
（※2）スタンダードプリコーション：すべての人がなにかの病原体をもっていると仮定して対応する予防法。本誌20ページ参照。
（※3）エイズ拠点病院：ＨＩＶ感染症の治療や研究の拠点となる病院。大都市圏や県庁所在地の大病院等を中心に、全国に３００か所以上、指定されている。

人をケアするとは困難なのが当たり前

――はじめにお話があったときはどう思われましたか？

市役所から「エイズの人の受け入れをお願いしたい」というお電話があったときは、エイズという病気が、どのようなレベルでどのような状態でどのように進んでいくのかというイメージがなかったのですね。「発病（※1）した状態では、受け入れてくれる病院がないのですか？」と聞いたら、〝八方塞がりなんだ〟といわれました。それでおたくなら受け入れてくれるのではないか、と（笑）。なんでうちなんだ、という思いはありましたね。チームでケアにあたりますので、職員の本音のところが大事、陰でボソボソと言い合うようではいけないと思いました。

――施設としてのお考えはいかがでしたか。

私どもの施設の理事長は、本当にずっと理念がぶれないんです。以前、ＭＲＳＡが問題になっているころ、その人がお元気な状態であっても「ＭＲＳＡだから」となんの根拠もなくサービス利用を断わる施設の話を多く耳にしました。そのころからも、「どんな病気なのか？　なにが問題なのか？　どのようにしたらそのかたをサポートできるのだろうか」と、われわれの社会的使命として考えてきました。結果、われわれの力量ではお断りしなければならない時もあると思いますが。

現実、重度の認知症や気管切開のかたなど、ほかの施設では受け入れ困難ケースをわれわれは多く受けてきました。そのことはわれわれのケアの実績となり自信につながってきました。いまでは〝困難なのが当たり前〟でしょうか。大変さはありますがその結果、状態がよくなってお帰りいただくケースが多くなることで、市役所のかたのようにわれわれへの期待が高くなるんです。

社会福祉法人
特別養護老人ホームの場合

お話：管理者Ｂさん（女性）＋介護チーフＣさん（男性）

不安や怖さは間違った知識から生じる

――最初はどのように動かれたのですか？

まずは受ける受けないではなくて、いちどお話を伺いましょう、ご本人の状態も把握しましょう、ご家族の気持ちも伺いましょう、と考えました。今回のケースに限らず、家族に介護力がどれくらいあるのかもみます。アセスメントして予測ができていないと難しいと思いましたので。

――具体的な準備はどのようにされたのでしょうか。

ケアにあたる職員に聞くと、不安だと言います。どうして不安なのかと聞くと、怖いというのですが、さらに聞いてみると、それは全部誤った知識にもとづくことが多かったのです。触って感染する、お風呂はダメ、とか（※2）。そういう不安を全部聞くことからはじめました。それで、エイズ拠点病院のかたに来ていただき、受入棟スタッフおよびナースを中心に講義を受けました。さらに厨房や事務職をふくむ全職員を対象に、ナースが講師になって独自の研修会をやりました。

――実際に受け入れてからの変化はありましたか？

スタッフも、おそるおそるという面はあったと思います、口には出さなかったですけれども。でも、ケアをしているうちに、受け入れたそのかたの表情が変わってきたり、自分がアプローチした音楽で歌を歌うようになったり、一人でボーとしていたのが部屋から出てくるようになったりとか、そういうそのかたらしさが見えるようになってきてからは、スタ

ッフも少しずつ知らずと普通に腕を組んでいたりだとか、手をつないでいたりだとか、そのへんが自然になってきたように思います。

認知症の人もそうですが、その人らしさってなんだろうかと考えたとき、以前に輝いていたときを知る。その上でその人の今がある、そういう捉え方をしてケアしています。それに知識――ケアする方法とか手段を知っていれば大丈夫。あとはその人らしく生きていくことがあればよいわけです。最初は「エイズの病気の人」という見方を十のうち八はしていました。でも、それがだんだん人として見られるようになってきた。新たな困難事例を私たちが解決していくこと自体が喜び、やりがいに繋がりました。

そのかたが亡くなられたときに、「また（ＨＩＶ陽性の人を）受け入れることになったらどうする?」とスタッフに質問しました。そうしたら、やっぱり怖いと言いました。でも、これからこういう人って行き場がないから来るかもしれない。私たちもちゃんとやればできる、と言ってくれました。

拠点病院と連携してターミナルまで看取る

――入居中の医療についてはどうされましたか?

私たちのところでどっぷり抱えなくてはいけないというのがしんどかったですね。常勤の医師もいますが、いざとなれば、私たちの力量でできないので、エイズ拠点病院と連携して、何かあればいつでもご相談してください、医療が必要であればいつでも手を貸しますよとおっしゃってくださった。ああいうサポート体制はすごく嬉しい、ありがたいですね。

――他に入居者や家族に配慮されたことはありますか?

家族のかたは、エイズにかかったそのかたを最初は許せなかったんです。エイズといっても血液で感染する他の病気とおなじで、Ｂ型肝炎の入所者のかたもなかにはいらっしゃいます。そこで病気について正しい知識をお話しし、理解していただく。私たちもそのようにして学び、理解してきたのですから。

――今回の体験を通じて、伝えておきたいことや提言などはありますか?

三つポイントがあると思います。まず正しい知識を学んでその人らしさを見つめながら介護をしたこと、いざという時には専門病院との連携を図ること、そして家族を理解することです。これからは、一つの施設だけ突出してやってもダメです。一気には難しいでしょうが、その地域でできる人たちができることを耕していかないといけないと思います。そして、正しいケアを実践できる人やスーパーバイズする人も必要だと思います。

医療に関しては、バックアップ体制がちゃんとしていないと難しいです。また、職員が困ったときにすぐに指示を受けることができる上司やナースが、二十四時間いる存在は大きかったと思います。

今後、ターミナルのケアを行なっていくにも、医療・福祉のネットワークが不可欠と思います。

受け入れ職員の不安の理由を聞くと、それは全部、間違った知識によるものだったのです。

（※1）発病：ＨＩＶに感染したあと、免疫能力が低下し、さまざまな合併症を発症するようになった段階をエイズ発症、あるいは発病と呼んでいる。現在はさまざまな薬剤や治療法の発達により、死に至らず回復することが多い。本誌16ページからを参照。
（※2）触って感染する、お風呂はダメ：感染経路については本誌17ページ参照。

株式会社

認知症対応型の共同生活介護施設の場合

お話：代表取締役Ｄさん（男性）

陽性者の受け入れがまだ「非常識」とされる現実

――はじめてお話があったときはいかがでしたか？

僕自身もＨＩＶに対する偏見は、今もあると思うし、当初はもっとありました。やっぱり怖いというイメージがあったし、性的な嫌悪感というのも強かったと思います。でも、嫌なものは嫌だという思いは変わらないと……。今は彼（入居者）がＨＩＶだから嫌、という意識はないですが、偏見はもっているだろうなと……。

――施設の社長さんとしての方針は？

うちはもともと高齢者だけやっていこうという考えはなく、障害のある人とのミックスなんです。困っている人、困っている家族がいれば受け入れるというスタンスです。

新聞などを見ていると、ＨＩＶ感染者の数が増えている中で、それを受け入れてくれる専門の施設がある、こういう病気になってもあなたたちは首をくくらなくてもよいというサインは出していたいと思うのです。一方で、僕たちがやっていること、つまり陽性の人を受け入れること自体が、今の社会ではまだ常識ではない、非常識であるということです。ＨＩＶについてわからないがゆえにいろいろな偏見があったり、怖いという感覚を、僕も持っていないといけないと思っています。つまり、こういう感覚を僕が持っていることで、ＨＩＶへの偏見を持っている人を理解していたいなと考えています。もし逆に、ＨＩＶ感染者にも人権があるじゃないかと僕が突っ走ってしまうと、矢面に立たされた人はつらくなってしまうと思うんです。だからそこにはすごく気をつけています。

――地域の人たちへどう理解していただくかということに繋がりますね。

オープンにするとたたかれる場合もあるので、ひざ突き合わせて逃げないで、どれだけ関れるかという覚悟があるか無いかだと思います。言い方は悪いですが、ＨＩＶという病気がわかっていてもいいじゃないか。ここにこういう病気の人がいるということがわかっていればね。たとえば、地域からあそこの施設は朝方から騒いでいるという苦情が出たら、マンションに紙を張らせてもらって、ここにはこういう人たちが入っていますという説明をして、なんなら一度来てくださいと、僕はこういう風にやります。やることはやっているし、公にできなかったのは偏見もあったからなんだと。僕のやれることはそれだけですね。十年そこで生活して、はじめて住民として迎え入れてもよいというお墨付きをもらうということです。

自分のなかの偏見を見つめることで社会に偏見がまだあることを理解してゆきたい。

どの時点で地域にオープンにするかを探る

――職員に対してはどうでしたか。

最初の段階では拒否するというスタッフは比較的少なかったのです。ここの職員はほとんど新人で、一、二度の学習会ぐらいしかしていませんが、別に何もいわないですね。

僕のやり方はまず、一対一で口説く、膝突き合わせて、信用しろよ！　っていう姿勢です。かつて施設を変えるためにまず師長さんを変えないといけないと思って、一年かけて、師長さんに仕事が終わってから十五分、「俺の話を聞いてくれ」と続けたことがありました。施設の仕事の面白さは、生活を共有するということだと思います。だから結論的に言えば、続けてくれる職員がよい職員なのではないでしょうか。居続けるというのが大事ですね。

でも組織が大きくなると難しいことが増えると思います。それから感染者の人を受け入れて、お金はぜんぜん入ってこないみたいな感じに思われるんですけれど、結構お金は入ってくるんですよ。

――今回の体験を通じて、なにか提言はありますか？

今、どの時点で地域にオープンにするかということを探っているんです。理解してもらうためには、一度一緒に生活してみませんかというのはどうでしょうか？　ケアの専門家の管理の下で、一緒に生活してみる。多分、いろいろな感覚が弱くなっていると思うので、その感覚を刺激するためには一緒に生活するのはよいと思う。肌でわかるということです。

社会福祉法人

知的障害者施設の場合

お話：施設長Eさん（50歳代、男性）

入居してからある日、その人がHIV陽性とわかった……

――はじめに入居者のかたのHIV感染がわかったときは、どう思われましたか。

突然、見たことのない薬を自宅から預けられて、職員が薬剤の名前を調べてみたら、エイズの治療薬（※1）でした。どうしたらよいか悩みました。血友病とトューレット症候群のため、つばをかけたり噛み付いたりという行動があり、知的障害のため歯磨き等の介助も日常的でした。爪のささくれから血を出し、シーツなどに血がついていることもよく見られました。とっさに、「なぜ教えてくれなかったのだろうか」と思い、ひどいことをするなー、と考えました。

――それでどのようにしようと思われたのでしょうか。

はじめは、「退所してもらうしかないな」と考えました。しかし、本人の担当だった職員が「なんとかならないか」と言い始めました。こうした気持ちは、時系列による変化ではなく、行きつ戻りつ交差している感情と理解してください。ちょっとパニックになりかけたけれど、よく考えてみたらこの病気のことを施設はまだ認識していない。「この人がエイズであるのかも正式には知らない」ということに気がつきました。

そこでこのかたの主治医にお手紙を書きました。「この薬を持参する必要がある病気について、生活の援助をする施設として知る必要がありますか」という内容に、主治医から「お話したいことがあるので病院に来ていただけますか」というご返事をいただきました。そのかたの母親も同席して、ていねいに誠実に説明していただきました。「自分たちだけがやらなければならないのか」という思いだったのが、「いろんな人と一緒に考えることができる」という気持ちに変わったときでした。主治医だけでなく、県の担当課や救急病院等に一緒に考えてくれる連携を広げていきました。

――施設で受け入れを続けることに決めたわけですね。

この段階ではまだ、施設の職員に話していません。ごく一部の運営にかかわる職員の合意でした。まず、血液感染の対策を徹底しました。いわゆるスタンダードプリコーションな対応を施設全体で実施しました。つぎに医師に来ていただいてHIVの学習をしました。県からは、情報が施設から出て騒ぎになったときのリスクについては、施設を全面的に支援する、ということを確認していました。県が具体的にどんなことを考えていたのか知りませんが、強くそうすると言っていただけたことはずいぶん安心できることでした。

2年間の関係性を前提にその人を守る方向で職員が一致

――職員のかたがたはどのような反応でしたか。

学習会は、HIVの知識を学ぶだけの学習会でした。職員には「変だな」「なんでこんな学習会を」と感じた人もいたでしょうね。学習会から数日後に臨時の職員会議を開き、情報を公開しました。そのかたはかなり血を出す人だったので、職員の間で不安があったと思いますが、騒ぎ立てる人もなく、具体的な対処の方法や、その人の病状がこれからどう進むのか、死んでしまうのか、どうしたらよく生きられるのか、というような話になりました。すでに二年も一緒に暮らしてきた人だったので、今後も守っていくことを当然と思ってくれ

たようです。

同時に、施設では、検査（※2）を受けたい人は職務免除で行ってもらい、ほとんどの職員が検査に行きました。結果は聞いていません。

――知的な障害を持つ人の意思を支えることで苦労されたことは？

彼がベストな選択をできるように、と考えました。そのために、職員が意思決定を援助するためにはどうすればいいか。知識も必要だろうし、同時に、だれか一人で抱えこんでしまわない、ということですね。

――医療面で苦労されたことは？

本当に病気になったときのリスクですね。病気になってからは大変でした。診てくれる病院がないんで、それは大変でした。近くに拠点になる病院があって、そこがちゃんと診てくれれば……。お医者さん同士なんだから、ちゃんと連絡取ってくださいって思いました。

ほかの入居者の保護者には気づいていた人もいたが……

――他の保護者らの対応に困られたことはありますか。

他の入居者の保護者には情報を伝えていません。伝える必要のないことだと理解しています。これは、この問題にだけ言えることではありませんが、施設は本当に困難な人を切り捨てない、問題を解決していくときにみんなが成長できる場である、ということを大切にしてきましたから、もしこのことで大きな問題になっても、このことで本人を不利にしない、「守りきる」ということを確認していました。保護者のなかにはうすうす知れていたのかもしれませんが、だれも何も言いませんでした。これは、たまたまでなく、私たちの約十五年の歴史への信頼があったからだと思っています。

――今回の経験を通じて提言したいことは？

いま、またＨＩＶに感染した人の入居の相談を受けています。「同じ理由」、つまりそちらでは受け入れてもらえないという理由で、定員がいっぱいのウチの施設に相談に来ています。この病気への偏見がまだ払拭（ふっしょく）されていないのは現実ですが、福祉施設には応諾（おうだく）義務があります。合理的でない理由で断ることができないと決まっています。だから、行政側も、ウチの施設へ持ち込むまえに、受け入れられないと断わった施設の人の気持ちに訴えかけ、変えていく方向に力をそそぐべきです。懸命に説得する熱意や姿勢が無理解を乗り越える力になります。

もうひとつは、スタンダードプリコーションが、ともすればむずかしすぎて、施設での対応が困難ではないかと職員を逆に不安にさせていることです。ＨＩＶのことを考えているのに、いつの間にか血液全般のリスク、「見えない敵」への対応になっていたりするため、問題が複雑になっています。

連携を作っていくなかで、「いろんな人と一緒に考えることができる」という気持ちに変わりました。

（※1）エイズの治療薬：体内でのＨＩＶ（いわゆるエイズウイルス）の増殖を押さえる薬。ウイルスを押さえこめば、免疫力の低下は避けられ、健康と変わらない状態を維持できる。

（※2）ＨＩＶに感染しているかは、血液検査でしかわからない。保健所や病院などで検査を受けることができる。

ＨＩＶへの恐怖感は植え付けられたイメージ

――医師としてＨＩＶ感染症に関わるようになったときの思いを聞かせて下さい。

僕も最初はＨＩＶ感染症なんかやりたくない、と当時の院長に断ったんです。十年以上も前のことです。それは、やっぱり怖いというのと、ＨＩＶに感染する人は道徳的にもおかしい人、というイメージで捉えていた時期もあったからです。はじめは危険じゃないかとか、（日常生活ではうつらないと言うが）本当はうつるんじゃないかと思っていました。

でも、医療を行なう行なわないを好き嫌いで決めてはならないし、誰もやらないなら自分がやろうと考えたわけです。人生、嫌だと思うこと、こっちには行きたくないなと思うほうへ行ったほうがいいですね（笑）。行きたいと思うほうへ行っても、それまでの自分の考えの範囲内にある道だから広がらない。嫌だなと思ったほうへ行った方が考えが広がると思うのです。

――なぜ考えが変わったのでしょう？

最初嫌だなと思ったことと現実との差が大きかったからです。つまりＨＩＶの人たちから学ぶことが多かったんです。感動する部分もすごく大きかった。いろいろな人に出会いましたが、死を意識し、死を乗り越えている姿に感動したと思います。

――ＨＩＶ感染症が怖いという人が現実にはたくさんいます。

怖いという気持ちをもってしまうことは仕方がないでしょう。それはその人の問題ではなくて、むしろ医療サイドの人間がこの病気について十分に知らせていないところに問題があるのではないかと思っています。医療者が乗り込んでいって、一人ひとり理解を得るということが必要ではないかと思います。ＨＩＶ感染者のイメージも、植えつけられたイメージである可能性も高いでしょう。

介護保険対応の療養型病院の場合

お話：病院長、医師Ｆさん（50歳代、男性）

一つひとつの問題をリストアップし、確実に解決

――先生の病院ではじめてＨＩＶ感染者を受け入れられたわけですが、具体的にはどのようにされたのでしょうか。

これまでＨＩＶ感染者を受け入れたことはないし、職員たちにもＨＩＶの知識はまったくないという状況でしたので、院内のあらゆる職種の人たちに正しい知識を持ってもらおうと三回ぐらい私が講義しました。でも患者さんの手術が必要になったときは、別の急性期病院にお願いしました（笑）。先方には、「大丈夫、できる！　基本的な注意さえ守っていれば絶対、大丈夫」と話して、了解をいただいて手術をしていただきました。また、感染者はウイルスを押さえるための服薬をしますが、その薬はうちの病院には置いてないものですから、昔からよく知っている拠点病院の医師にお願いして出してもらいました。

――医療者サイドの問題といわれましたが、具体的にどのようにお考えですか。

いかに輪を広げていくのかということが大事だと思います。一人の職員が理解してくれれば、その配偶者や子どもも理解しやすくなります。時間はかかり、能率は悪いかもしれませんが、福祉関係の人とかも巻き込んで下準備をする必要もありますね。いろいろな施設で門前払いしているということで

すが、いったい何が問題であるのかということを引き出して、それを一つずつ解決していく。いざとなったら病院側が全部責任を持つとか、悪くなったときの相談先などシステム上の問題もありますが、やはり一つひとつの問題をきちんとリストアップして、どういう解決策があるのかということを考えて、一つずつ解決していくことが本当に大事だと思います。そうして引き受けてくださる施設がだんだんと連なっていけば、広がっていくのではないでしょうか。あそこでやっているのだから大丈夫だろう、とね。

患者さんの受け皿はわれわれなんだ！

――院長や施設長として大事なポイントはなんでしょうか。

私は職員に、「なにかあれば私に言ってこい」と言ってあります。トップの理解というのはとても大きいと思いますね。誰かに期待してもダメで、ドンと行かないとね。その人の腹の中で「どすん」と落ちるような説明をする。その人が次の人に説明できるような説明をしていかないといけない。そして普通にやっているという実績がいると思います。ただ、僕は世間にたいして、ここでまだエイズ患者を診ましたということを公にできていないんです。患者さんが来なくなるような気がしましてね。でも、いずれこの状況を打破しようとは考えております。

――受け入れてからの院内の変化はありましたか。

第一例目の人が上手くいったものですから、これからは受け入れに関しての抵抗はないのではないかと思います。実績があると、同じ施設の職員も安心するのではないでしょうか。

怖いという気持ちは仕方がない。それは医療がこの病気を十分に知らせてこなかったからです。

ここの土地柄もあるかもしれませんが、おじいさん・おばあさんに接する接し方でも、自分のおじいちゃん・おばあちゃんに接するように、本当によい感じでやる人が多いですね。でも、担当者がかわればリセットということは起こりえますね。これは仕方がないことですが、前任者はこのように協力してくださいましたので、ぜひ協力をお願いしますと働きかけることは大事なことだと思います。僕の経験では、このような場合で拒否された経験というのはあんまりないですね。案外、みんな話を聞いてくれるように感じています。実際、動くほうは大変ですが……。

――経験を通じて提言したいことは？

誰が、というよりも、それぞれ現場でみんながやらないといけないと思います。全国で患者さんがこれだけ増えてきた状況（約一万三千人）のなかで、患者さんの受け皿はわれわれなんだということをやっぱり言っていくことが大事だと思います。どうしたらよいかわからないという不安を抱く側を支える連携作り、システム作りをすれば、不安は百パーセントではないにしても、半分ぐらいには解消できると思います。拠点病院などが周辺の病院と連携をとることも重要になると思います。

観念論ばかりを言っていても仕方がないですから、不安を解消するシステムと理解を促進するシステムが同時にあること。そうすれば点が面になっていくのではないでしょうか。

ＨＩＶ感染症／エイズに関する基礎知識

エイズへの恐怖感は、知らないことから起こります。
エイズとはどういう意味か。なにが原因で、どうなっていく病気か。
いま、医療や福祉の状況はどうなのか。「これだけは」をお伝えします。

エ・イ・ズって、そもそもなんなのでしょう？

エイズという言葉の正確な意味を知っておきましょう。エイズとは、英語のAcquired Immuno deficiency Syndrome（アクワイアド イムノ ディフィシエンシー シンドローム）の頭文字を合わせた言葉であるAIDS（エイズ）に由来します。日本語では「後天性免疫不全症候群」と呼びますが、この言葉をもう少し詳しく説明しましょう。といいますのは、この言葉を理解すると、エイズの本態がよくわかるからです。

Acquired

「獲得された」という意味です。すなわち、私たちの命の誕生後に私たちの外部から病気がもたらされたという意味です。遺伝病ではありません。このことを医学用語では「後天性」と表現します。かぜ、食中毒、結核、これらはみんな後天性の病気です。エイズも後天性の病気なのです。

Immuno

「免疫」を意味します。免疫とは「疫」すなわち病気を「免れる」ことです。私たちの体は病気を免れる力、つまりさまざまな感染症やがんなどから私たち自身を守る能力を備えています。この能力のことを免疫能もしくは生態防御能といいます。

Deficiency

「欠陥」とか「不足」という意味です。ですので、Immuno deficiencyとは免疫能が欠陥状態にあることを意味し、これを医学用語では「免疫不全」と表現します。私たちが、病原体やがんから私たち自身を守りきれなくなった状態のことを言います。

Syndrome

「症候群」と訳します。シックハウス症候群とかエコノミークラス症候群などの、あの症候群です。「症候群」を定義すると、症候（症状や病的徴候）が多彩かつまとまった状態でみられる病的状態ということになります。

エイズ、すなわち後天性免疫不全症候群とは、遺伝性ではなく、生後なんらかの原因で免疫能が欠落し、その結果、感染症やがんなどによる多彩な病的症状を伴うことになった状態とでも言い表すことができると思います。

ちょっと一言

免疫とは？

私たちは生の食物、すなわち多少細菌が付着もしくは混入した物を食べますが、簡単には病気になりません。白血球のあるもの（好中球や単球）は私たちの体内に入ってきた細菌などの異物を処理して病気にならないように働いています。白血球の仲間であるリンパ球の一種は抗体と呼ばれるタンパクをつくり、これによって病原体（細菌、ウイルス、カビなど）を中和します。このほかにも私たちは多くの方法によって、外部の病原体から私たち自身を守っています。また、ある種のリンパ球はがん細胞を破壊し、がんから私たち自身を守っているのです。

これが免疫能（生態防御能）と呼ばれる働きです。これらの免疫能のひとつでも侵されると、私たちは私たち自身を守りきれなくなり、さまざまな病原体やがんによって生命が危うくされるのです。

HIVというウイルスがいます

何が私たちの免疫能を侵すのでしょうか？　それはHIVというウイルスです。HIVを「エイズウイルス」と呼ぶこともありますが、厳密には正しくありません。エイズウイルスはHIVの俗称と考えてください。

HIVはHuman（ヒューマン） Immuno（イムノ） deficiency（ディフィシエンシー） Virus（ビールス）の略で、日本語では「ヒト免疫不全ウイルス」と呼ばれます。このウイルスが私たちの免疫能を担う白血球の中のリンパ球に感染し、それを破壊します。

HIVは、免疫を担うリンパ球の中のヘルパーリンパ球を破壊します。これが破壊されると私たちの免疫能は欠陥状態になって、弱毒の病原体に対しても自身の生命を守りきれなくなります。HIVによってヘルパーリンパ球が破壊されて免疫能が低下し、さまざまな合併症によって私たちの体が侵された病的状態になったときを、エイズ期と呼んでいます。
HIVを人から人へうつす経路は、つぎの3つです。そして、それぞれを遮断する方法があります。

ＨＩＶはヒトからヒトへどう移るのですか？

HIVの3つの感染経路

1 セックス

セックスで感染する理由は、精液や膣液にHIVが混入しているからです。しかし、感染率は決して高くなく、1％以下と考えられています。ただし、ほかの性病を持っていると感染率は数十倍高くなります。

→ HIVを感染させない、安全なセックスのやり方が工夫されています。代表的にはコンドームを使用して、精液や膣液をおたがいの体内に入れないように工夫するセックスのことです。コンドームを正しく使用すれば、HIV感染者と非感染者のセックスも十分に可能となります。

2 血液・体液

感染者の血液中にはHIVが存在しますので、血液を介して感染が成立します。代表的なのは、同じ注射器による麻薬の回し打ちや、病院などでの針刺し事故です。体液（脳脊髄液、関節液、胸水、腹水、羊水など）にもHIVは含まれますが、日常で触れる汗、涙、唾液、尿などは血液を混入していない限りHIVを含んでおらず安全です。

→ 麻薬の使用が犯罪であることは言うまでもありません。万一、針刺し事故を起こした場合も、事故直後に抗HIV薬を服用すれば感染確率をほとんどゼロに押さえられます。わが国において現在まで医療者の針刺し事故によるHIV感染はゼロ件です。

3 母子感染

主としてお産の時に感染しますが、感染率は20～30％です。母乳によっても感染が成立します。

→ 現在では、母親に抗HIV薬を投与すれば胎児への感染をほぼ防ぐことが可能になりました。

上記3つの経路以外では感染しません。たとえば、おしゃべり、握手、お金のやりとり、せき・くしゃみ、カラオケのマイク、公衆電話、マージャン、つり革・手すり、共同入浴、トイレ、食器の共用、同じ料理をつつく、抱擁、キス、蚊やノミ・ダニなどの昆虫による媒介などでは、HIVは感染しません。

HIVに感染してからエイズを発症するまで

HIVに感染すると、すぐエイズになるわけではありません。平均8～10年の長い期間が必要です。体の中のヘルパーリンパ球がかなり減って免疫能が相当低下するまでには時間がかかるからです。

感染後、エイズになるまでほとんどの場合、健康に日常生活を送ることができます。本人もHIVに感染していることを自覚しませんし、ましてやほかの人が見たって感染者は健康そのものなのです。しかし、HIVを伝播させることは可能なのです。

自分が感染していることを早く知ることが、自分の免疫の低下を防ぎ、また人にも感染を広げないことにつながります。

いま、ＨＩＶに感染したら、どうすればいいのでしょう？

HIV感染症の診断と検査

HIVに感染しているかどうかは、人を見ただけではわかりませんし、感染している本人も自覚できません。

HIV感染の診断は、血液を調べることによってしかできません。

感染の不安があるときは、HIV検査をすることです。保健所では匿名の無料検査（抗体検査）が行なわれていますので、検査が実施されている日時を確かめた上で訪問してください。病院によっては比較的安価でHIV検査を実施してくれますし、施設によっては匿名検査を採用しているところもあります。また、エイズ診療拠点病院に限らずほとんどの医療機関で希望すればHIV検査をやってくれます。ただし多くの場合、実費を支払わねばなりませんが、HIV感染を疑わせる症状があれば健康保険が適応されます。

検査になかなか足が運べないという場合は、まず電話相談を利用しましょう。自治体や保健所が行なっている地域もあれば、電話相談を受け付けているエイズ診療拠点病院もあります。また、さまざまなボランティア団体（NGOやNPOなど）が電話相談を実施しておりますので、専門家よりもまず話しやすいところを希望される方はこれらの機関を利用されるとよいと思います。

進歩したエイズの医療と福祉制度

「死の病」と恐れられたHIV感染症には、1990年代半ばから多くの抗HIV薬が使われるようになりました。抗HIV薬とは、HIVの増殖を押さえる薬です。HIVが増えなければHIVによるヘルパーリンパ球の破壊も止み、その結果、私たちの免疫能も回復します。エイズ発症前にこの薬を使い始めれば、エイズにならなくてすみますし、たとえエイズになってもHIVを押さえて免疫能を回復させることができるようになりました。また、エイズ発症期のさまざまな日和見感染症にも、治療法がつぎつぎ開発されています。

抗HIV薬が使われ始めてからは、エイズによる死亡は劇的に減少し、HIV感染症は慢性疾患のひとつと呼ばれるようになりました。

抗HIV薬は、日本では現在22種類が認可され、すべて健康保険が適用されます。

医療面でも、東京の国立国際医療センター内のエイズ治療・研究開発センター（ACC）を中心に全国にエイズ拠点病院が整備されました。また、感染者は状態に応じて障害者手帳が交付され、医療費補助をはじめさまざまな福祉施策を受けられます。医療費は障害者自立支援医療の対象にもなっています。

しかし、医療や福祉は進みましたが、エイズへの無知や偏見、恐怖心が払拭されたわけではなく、検査をためらっているうちに発症させて困難な状態になる人もけっして少なくありません。

日本も陽性者は１万人時代へ

これまでに世界中で約6500万人がHIVに感染し、約2500万人が死亡しました。現在も約4000万人（3300～4600万人）がHIVとともに生活をしています。その中には感染を自覚していない多くの人びとが存在します。

4000万人のうち約３分の２がアフリカの感染者であり、ついでアジアの830万人が続いています。近年もっともHIV感染の増加率が高い地域は東欧・中央アジア地域で（36%）、東アジアがそれについで高率です（21%）。世界全体では、治療を必要としている患者のうち実際に治療を受けられるひとはわずか７%といわれています。地球規模の大きな問題であります。

日本でもHIV陽性者の報告は年々増加しています。2006年の新規陽性者の報告数は過去最高である1304名を記録しました。2006年末の累積報告数は１万2340件に及んでおります。10代から70代まで幅広い分布を示しています。

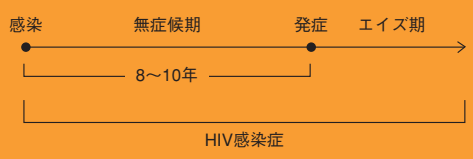
この数値はあくまで診断され報告された数であり、実際はこの５～８倍の数の陽性者が存在すると想定されています。

ちょっと一言

HIV感染症という言葉

HIV感染症とは、HIVに感染してから以後の全経過、全過程を意味する言葉です。エイズとは長いHIV感染症のなかの終末期を意味すると考えることができます。

ただし、近年、HIV感染症／エイズの治療は飛躍的に進歩しましたので、エイズ発症後も治療によって免疫不全状態から回復することも可能になりました。この意味では現在エイズは必ずしも終末期ではなくなったのですが、自然経過の中ではやはりエイズはHIV感染症の終末期といっていいと思われます。



ちょっと一言

どうやって検査するのでしょう？

血液中のHIVそのものを検査によって検出したり、HIVに感染すると私たちの体内にHIVと一対一に反応する特異的な抗体タンパクが作られますが、その抗体を検出することによって診断します。一般的には後者の抗体検査がなされます。

抗体ができるには、感染から約8週間かかります。検査は、感染があったと思われるときから8週間後に受けることになります。また、その間は感染につながるような行為が無いことが前提となります。

日本の陽性者がこれから抱える課題

HIV感染症が一種の慢性病となるなかで患者の高齢化が進み、HIV感染症を抱えながら同時に中高年者特有の病気も併発する状態となり、一般病院での受診や高齢者施設、療養施設でのHIV感染者の姿にも関心が注がれるようになってきています。

また、エイズを発症しても治療によって回復し、その後を在宅やしかるべき福祉施設、あるいは療養型施設で生活するケースが増えてきました。しかし、現実にはHIV感染ゆえに受け入れが困難な状況がまだ存在しています。こうした問題を解決していくこともまた私たちの重要な課題です。

施設での「スタンダードプリコーション」入門

すべての相手が、なにかの病原体をもっていることを前提に
あらかじめ対応を用意しておけば安全、安心です。
その考え方と、具体的な対応の仕方をご紹介いたします。

だれでもが感染源をもっていると仮定して対応する考え方、それがスタンダードプリコーション

近年、福祉施設の利用者も基礎疾患をかかえることが多くなっています。さまざまな感染症に対するつき合いかたも、幅広い病原体に対応することが必要になってきました。

感染を防ぐにはどうするか、その根本になる原則は20世紀末に大きく変貌しています。

旧来の予防方法は、だれがどのような病原体を持っているかをあらかじめ把握しておいて、そのひとに対応するときだけ、特別に配慮すればよい、というものでした。たとえば手袋をするのも感染者に対するときだけでよいと考えられていました。しかし、HIVや肝炎ウイルス、SAARS（サーズ）など新種の病原体がとめどもなく発見され、いったいだれがどんな病原体をもっているのかを確実に知ることは、とてもできそうにないのがわかってきました。

すべてのひとにすべての病原体の有無を調べてから感染対策をしようとすると、時間と費用が膨大なものになります。そもそも、感染初期には病原体に対する抗体が検出されなかったりして、病原体がいるのか、いないのか間違いなく知ることなどできません。

また、HIVの検査には本人の同意が必要ですし、肝炎の検査もHIVの検査も結果が出るまでに時間がかかるということもあります。未知の病原体だってきっとあることでしょう。

むしろ、血液やその他の体液、汗以外の分泌物をだれのものであるにせよ、すべて感染性をもつものと仮定して、すべてのひとに分け隔てなく対応すべきだということになりました。また、粘膜や傷のある皮膚に触れるときには、血液に対するのと同じ注意をはらうことにしました。

これが、1996年に米国のCDC（疾病管理予防センター）から発表されたスタンダードプリコーション（標準予防策）です。

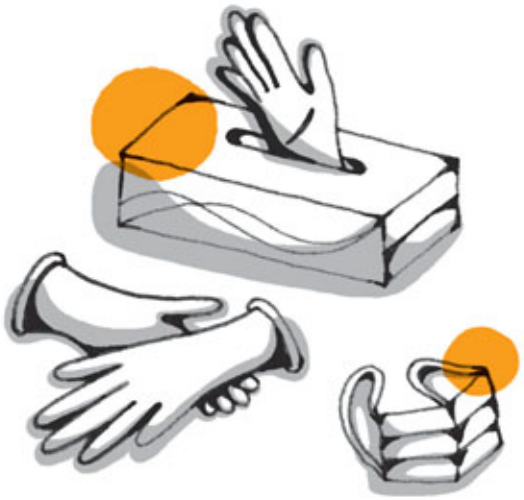
感染源を伝播させず同時に自分を守るのがスタンダードプリコーション

スタンダードプリコーションでは、まず感染をひとからひとへ伝播してしまうのが職員の手であることから、「手洗い」「手や指の消毒」が大原則であると強調されました。

次に、感染源になるかもしれないもの（血液やその汚染物）に対する処置をするときには、職員の安全のために手袋、マスク、ガウンなどの防御用具を必要に応じて着用することです。

そして、周囲環境対策として、器具の消毒を適正にすることや、使用後のリネン類は感染・非感染の区別をせずすべて汚染物としてあつかい、他の患者や環境を汚染しないように移送・処理することが規定されました。

では、次のページから、施設のケアの現場で実践される具体的な方法をご紹介しましょう。



Precaution

感染源を伝播させるのは「手」。セッケンによる手洗いと、手指の健康保持が大切

手洗い

感染対策の基本は一に手洗い、二に手洗い、三に手洗い、と言われます。

介護者の手を介して、感染者の病原体を非感染者へ広げてしまい、施設の多くの人びとを感染にまきこんでしまうことがあります。病院での院内感染は、このようにして起こります。同じように、施設の場合にも職員の手を介して感染が拡大します。

例を挙げてみましょう。毎年、冬になると問題になるノロウイルスについてはご存知と思います。1日に何十回も水のような下痢を自ら経験されたことがあるかたもあるはずです。よくあるウイルス性の食中毒ですが、高齢者がかかって脱水状態になると点滴で早めに対応しないと重症になることがあります。

ノロウイルスの伝播のすくなくとも一部は、職員の手を介して起こると考えられます。介護場面のそれぞれの場面の前と後に、セッケンで手を洗うことで、手についたノロウイルスを洗い落とすことができます。ノロウイルスのついた手で食事をすれば、ご自分も感染してしまいます。セッケンでの手洗いが、自分を守ると同時に病原体を施設に広げないようにするための最良の方法であるわけです。

こんな一般常識が介護のプロの感染対策で特に強調されるのは、意外に手洗いはおろそかにされがちであるからです。

アルコールによる消毒は、ほとんどの細菌に対して有効で、わざわざ水道までいかなくて済むことから病院で頻用されますが、弱点も持っています。ノロウイルスにはアルコール消毒が効きません。その意味ではセッケンでの手洗いのほうが応用範囲が広いといえます。

手を洗った後、せっかく洗った手をつるしのタオルでふいたのでは、元も子もありません。つるしのタオルは病原体のかたまりです。ペーパータオルを使い捨てにするか、エアタオル利用をお勧めします。

手の健康を保つ

手の健康を保つことも重要な課題です。なによりも手にケガや手あれ、ささくれ、深爪があると、感染性のある血液や体液に不注意に触れたときに、ご自身に感染を起こしてしまう危険があります。

感染性のあるものを扱うときには、手袋をするのが原則ですが、万が一、素手で触れてしまっても、健康な手であればセッケンで洗うだけで済みます。

手あれのもうひとつの側面として、ある種の病原体、とくにブドウ球菌などが手あれのある皮膚に住みついてしまうことがあります。その場合に病原体を広げる源になってしまうことも考えられます。

手洗いや手袋着用を忠実に実行すれば、かえって手あれをおこすこともありますね。ハンドローションを用いた手のお手入れを励行してください。

手指の消毒薬剤としては、効果の高さと手あれが比較的少ないことから、アルコールに保湿剤を加えたものがよく使用されます。ノロウイルスやクロストリジウムディフィシル（※）など、アルコール消毒が効かない病原体がいない（無視できる）忙しい現場では、アルコール擦過剤を使用することがもっともお勧めでしょう。通常の細菌やアルコールに弱いタイプのウイルスであれば、それらの伝播を抑えるのに非常に有効です。

（※）クロストリジウムディフィシル：抗生物質の使用がきっかけとなって発症する大腸炎の原因となる細菌で、芽胞という消毒の困難な形態をもつ。

standard 標準的な
precaution 予防

Standard

使い捨て手袋の使用と物品を個別化することで他人への伝播は防げます

使い捨て手袋

使い捨て手袋は、スタンダードプリコーションでの必需品です。血液や体液を取り扱うすべての場面で手袋を使う必要があります。

第1の目的は介護者自身の安全確保です。血液や体液を扱うすべての場合に手袋をすることを常識にすることで、感染事故を起こりにくくすることができます。しびんや便器の排泄物を捨てるとき、オムツのケアを行なうとき、失禁しているひとの体をふくとき、褥瘡の手当てをするとき、口腔ケアをするとき、生理の介護、痰の吸引、胃瘻や人工肛門の処置、傷口の軟膏をぬるときなど、すべて手袋を着用すべきなのです。

着用後の手袋を取り外す際には、手袋の汚れた面に素手で触れないように注意して、ゴミ箱に捨てます。

第２の目的は、病原体のひとからひとへの伝播の防止です。たとえばノロウイルス感染者のオムツケアをする場合に、介護の場面ごとに手袋を替えることで、次のひとにウイルス性腸炎が伝播する確率を減らすことができます。しかし、手洗いのかわりになるものではないことは銘記すべきです。手袋をする前と、手袋をはずした後の手洗いや手指消毒は重要です。介護者自身の手が健康でないときは、介護者が感染源になることがあるので、体をふくときや入浴介助をするとき、調理をするときに手袋をすることが必要になります。

物品の個別化

日常生活で共用する物品は多いのですが、感染を予防する目的では、いくつかの物品は個人ごとに専用に使用すべきです。

スタンダードプリコーションの原則通り、血液や、汗以外の体液が付着することのある物品はすべて個別化すべきです。歯ブラシ、くし、ヒゲソリは血液が付着する可能性があります。Ｂ型肝炎ウイルスやＣ型肝炎ウイルス、HIVに関しての個別化はこれだけで十分です。

しかし、病原体はそれだけではありませんので、もうすこし個別化すべき物品の範囲は広がります。

ポータブル尿器、ポータブル便器は、長期にわたっての利用者では個人用にする必要があります。再使用するのであれば、漂白剤の成分である次亜塩素酸による消毒が必要です。多剤耐性の細菌が尿器の使い回しから院内感染を起こした例が散発しますので、注意が必要です。

タオル、バスタオルなどのリネン類も個別化すべきと考えられます。疥癬などが感染している場合に伝播を最小限にできますし、場合により、排泄物や分泌物の付着が考えられるからです。

日常の場面で手をふくタオルを共有するのは許されますが、ペーパータオルにするのが無難であると思われます。

洗濯機を共有することは通常問題ないと考えられます。ただし、排泄物が付着することも考えられますので、高温水利用の洗濯機の使用が望ましいと言えます。

トイレやお風呂の共用は一般に問題ないと言えます。褥創のシャワー浴が必要な場合には、分泌物をよく水で洗い流しておく注意はしておきましょう。

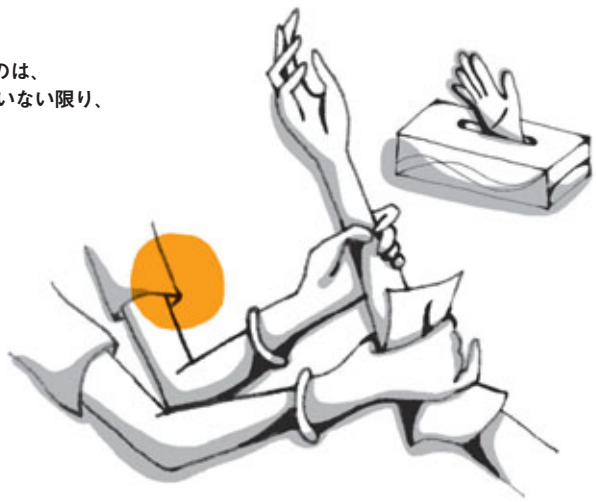
くり返しますが、HIV感染症だけについて考えれば、ポータブル尿器や便器、リネン類の個別化は特に必要ないのですが、一般的な予防策の意味で必要だと考えられます。

ＨＩＶを含む血液への対応も日常生活でこれだけやればなにも恐れることはない

施設でHIV感染に対する予防として注意しなければならないのは、主に血液感染についてです。唾液や尿や便に血液が混入していない限り、こういったものからのHIV感染は無いからです。

ケガのさいの止血

止血の基本はガーゼ圧迫ですが、介護者が自己防御するポイントは手袋をすることです。だれに対しても行なうスタンダードプリコーションの基本を、そのまま実行するだけです。止血には、手袋をして滅菌ガーゼで傷口を圧迫し、通常の外傷の処置をします。必要があれば、医療機関に運びます。その際、床などに血液が付着した場合にもあわてることはありません。HIVは消毒薬や熱や洗浄などに対する抵抗力がとても弱いウイルスです。床にこぼれた血液は手袋をした上でふき取ればほとんど十分ですが、アルコールでふけば問題ありません。（※1）



針刺し事故

福祉施設での採血は機会が少ないと思われますが、その必要があれば、針刺し事故に対する注意を怠らないようにします。スタンダードプリコーションにのっとり、手袋をして採血をします。

採血後には絶対にリキャップをしないでください。針刺し事故の多くはリキャップをするときに起きています。採血器具から素手で針をはずそうとすることも大変に危険です。まるごと、大きめの針捨てボックスに廃棄してください。

万一、針刺し事故が発生した場合、HIV感染症とB型肝炎については、有効な対策があります。(※2)

血便、吐血、喀血

これらをともなう突発事態は滅多にないことですが、もし起きたら救急車で医療機関に搬送することが必要になる場合が多いと考えられます。施設内での対応では、介護者が目や口の粘膜に血液を浴びないように注意します。ゴーグル付きマスクがあれば、それを着けて対応するのが望ましいのですが、その備えがなければ、手袋をして、血液が多量に噴出する経路に顔を近づけないよう注意して、誤嚥を防止するために患者さんを側臥位にします。そして救急車を待ちます。

生理の介護

生理血にもHIVは含まれますから、その介護では、当然はじめから手袋を着用します。ナプキンやティッシュはビニール袋に入れて廃棄します。

血液がついたものの処理・消毒

血液がついた器具や洗濯物を扱うさいには、もちろん手袋をしてください。消毒剤は血液などのタンパク質がこびりついているとその中まで入り込むことができないので、まず水道水で水洗いして汚れを落としてから消毒します。

消毒の仕方は、アルコールか1パーセント次亜塩素酸ナトリウム（ブリーチ）で拭き取るか、0.5パーセント次亜塩素酸ナトリウムへ30分間浸漬させることで消毒できます。血液や体液で汚れたごみは手袋をしてビニール袋へ廃棄します。

洗濯の際は、80度、10分間、高温洗濯機を使用することで、プリオン以外のほとんどの病原体の感染力をなくすことができます。

高温洗濯機がない場合、すべての病原体に対応するためには0.5パーセント次亜塩素酸ナトリウムへ30分間浸漬させてから洗濯することでも、高温洗濯機と同等の効果をあげることができます。

HIV感染に対する施設での対策は一般的な
スタンダードプリコーションで完全にカバーされています。
つまり、普通のことをやれば、大丈夫！だということなのです。

(※1)
HIVはアルコールで消毒できますが、ノロウイスルやA型肝炎ウイルスなどは、消毒薬に対する抵抗性が強くて、アルコール消毒が効きません。
それは、ノロウイスルやA型肝炎ウイルスは一番外側の構造が、鎧のような硬いタンパク質でできたカプシドというものでできているからです。一方、HIVの一番外側は脂質に富んだ膜です。脂質が多い膜は消毒薬ですぐに溶けてしまうので抵抗力は弱く、アルコールでも簡単に消毒できてしまいます。こわもての印象を与えるHIVですが、意外にひ弱なところがあります。
しかし、スタンダードプリコーションでは、HIVよりももう少し抵抗力がつよく、感染力も格段に強いB型肝炎に対する対策を実行することで、ほとんどの病原体を遮断することができます。
具体的には、血液をペーパータオルなどでふき取った後、大量の血液であれば1パーセント次亜塩素酸ナトリウムでふき取るか、0.5パーセント次亜塩素酸ナトリウムへ30分間浸漬させることです。ごく少量の血液汚染であれば、やはりペーパータオルでふき取った後、0.1パーセント次亜塩素酸ナトリウムで清拭するだけでも大丈夫です。

(※2)
その人にHIV感染があることがわかっている場合、針刺しをしてしまった人は、できるだけ早く抗HIV薬の服用を開始します。事故から1、2時間以内に服薬を開始できるのが理想です。早急に医療機関に受診して服薬し、それが無理なときはその人が普段服用している抗HIV薬の1回分を服薬します。いずれにしても患者の受診している医療機関に連絡をとって、その指示に従うのが無難でしょう。
同様に、B型肝炎の予防としては、B型肝炎用の免疫グロブリンの投与とB型肝炎ワクチン接種を1、2日の内に受けることです。比較的時間の余裕がありますから、医療機関に受診をしてください。

施設とＨＩＶ感染症、法律Ｑ＆Ａ

ＨＩＶ感染症に関して、施設で法的責任を問われる場面があるでしょうか。その一つの考え方を、ある弁護士はこう話しました。

HIVと施設に即しての判例はまだないので参考としてお考えください。

Q1 ＨＩＶ感染者のサービス利用を断わると、法的責任を問われることになりますか。（利用開始時および利用開始後）

A1 サービスを拒否することは、サービスを必要としている者の生活自体を狭め、社会の一員としての扱いを拒否することになります。ただ、受け入れることがただちに他の利用者の健康、安全に支障をきたすような場合は、他の利用者の生活を守るために拒否することは認められます。

それが感染症の場合、感染症がどのような感染経路によるかで異なります。空気感染や接触感染の場合は他の利用者への健康被害の可能性は高く、感染症が治癒するまで利用を控えるよう求められることになるでしょう。

しかし、ＨＩＶは感染経路がきわめて限定されており、日常生活における接触などで感染することがないことは証明されています。したがって、ＨＩＶ感染を理由にサービス利用を拒否することは許されず、いったん受け入れた上で、適切な目配りが求められるでしょう。このことは、利用開始後にＨＩＶ感染が判明した場合も同様です。

多くの施設は「ＨＩＶ対応の経験がない」「感染の不安がある」などの理由で断ってくることが予想されますが、このような知らないことからくる不安を解消するためにも、「ＨＩＶの病態、感染防止ガイドライン」により基礎知識が周知できれば、「ＨＩＶ感染を理由とした拒否」を克服することができるでしょう。

「サービス利用を拒めない」ということは、申し込みがある以上は「応諾義務」があるということになるのか、という疑問も出てきます。基本的には施設利用関係は契約ですから、定員満杯であるとか、他の感染症（この場合は、在籍は認めた上で治癒してから来所するよう了解をもらうことになる）等を理由とした拒否は認められます。「指定障害福祉サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準省令」18条（各サービスに準用）には「事業者は正当な理由なく契約を拒んではならない」と定められており（厚生労働省通知〈障発０３００９、平成18年４月３日〉には正当事由の例が示されています）、原則的に契約締結義務があることになります。

Q2 入所者同士で感染が成立した場合、施設側に法的責任が生じることがありますか。（噛みつき、性交渉、その他外傷時など）

A2 利用者を受け入れた施設は、介助サービス契約にもとづき利用者に対して安全配慮義務を負います。そして、利用者が民法上、責任無能力者の場合、他の利用者に危害を加えないように代監督者責任を負います（民法７１４条）。ただし、結果責任を負わされるのではなく、結果予見義務、結果回避義務を尽くしていることを証明すれば責任を問われることはありません。

まず感染を予防するために、入所契約に先立って個々の利用者のＨＩＶ感染の有無を把握しておく必要があります。そのために告知や検査を義務づけることはできないので、任意の告知を求めればよいことになります。利用者の行動特性自体がＨＩＶ感染の危険行為に該当する場合は告知義務があり、感染防止

のためにすべきことを怠っていた場合は予見義務違反の責任が問題になります。ただし、予見義務違反があっても結果発生を回避する可能性がないような場合は、結果責任を問われることはありません。

ＨＩＶの場合は結果（感染）回避のためには感染の危険のある行為は限定されており、感染者に対しては危険行為を行なわないように特別な目配りが求められます。しかし、たとえば「噛み付き」という行動特性があっても、その行為自体で相手に感染させる可能性は、唾液からの感染は成立しないことからきわめてまれといえます。逆に、噛まれた人がＨＩＶ感染者であった場合は、血液により噛んだ人に感染させる可能性は高くなります。一方で、感染者の性行為によって他の利用者に感染する危険性があることを伝える努力は、可能な限りしておく必要があります。その努力を尽くした上で感染の結果が生じても、施設の責任を問うことは困難でしょう。

注）――
結果予見義務＝発生する結果について、通常の適切な事前情報の収集の範囲内で予見しておくこと。結果発生が予見不可能な場合にかぎっては、責任は生じない。
結果回避義務＝予見できたはずの結果の発生を防止（回避）することが可能であることを前提に課せられる義務。結果発生が回避不可能な場合にかぎっては、責任は生じない。

Q3 **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、責任が問われますか。**

A3 施設は職員に対しても、使用者として労働安全衛生法上の安全配慮義務を負っています。職員に対して感染経路の説明、感染予防のための措置、当該利用者に対する個別支援の際の特別な留意点の徹底、研修などの事前準備、当該感染者との関わり方など感染しないために適切な配慮の指導、緊急事態での応急措置の指導など、結果予見義務、結果回避義務を尽くす必要があり、これを尽くしていることを証明すれば発生した結果に対して責任を問われることはありません。

Q4 **Q3のような場合、労災は適用されますか。雇用形態によって差がありますか。**

A4 その感染が労災であると言えるためには、「職務に関連した感染であること」が要件になります。したがって、たとえば事業所内で感染した場合（感染場所）、利用者（もしくは他の職員）から感染した場合には、職務関連性が認められるでしょう。

Q5 **ＨＩＶ感染している職員が、利用者へ感染させた場合の責任は、どのような形で補償しなければならないのでしょうか。**

A5 ＨＩＶに感染している職員は、利用者に感染させないように配慮する注意義務を負っています。その注意義務に違反して利用者に感染させてしまった場合は注意義務違反があったことになり、不法行為責任（民法７０９条）を負います。もちろん感染する危険行為と知りながらその行為を行なった場合も同様です。

責任の内容としては、その行為によって生じた損害（長期間の治療費、療養費、その他）のうち相当因果関係の範囲内について賠償することになります。

さらに使用者である施設も使用者責任（同７１５条）を負います。使用者（施設、職員の雇い主）は直接の加害者ではありませんが、職員を手足として雇って事業活動を展開している以上、当該職員が負う責任と同一内容の責任を「選任、監督上の義務違反」という形で負うことになります。

もし、利用者がＨＩＶ陽性の職員を噛んだためにＨＩＶに感染した場合はどのように考えればよいでしょうか。職員が利用者に噛まれたこと自体は労災として施設が責任をもって処理する必要があります。問題はその結果、

利用者がＨＩＶ感染したことについて職員に責任を生じさせるか、ということです。ケースにより異なりますので一般的なことになりますが、感染を認識している職員として利用者に感染させないように予見義務、結果回避義務を尽くしていたか否かを検討することになります。突然予想もしない利用者から噛み付かれたような場合は、注意義務違反はないと思われます。

Q6 入所中のサービス利用者が外出中に性交渉などでＨＩＶ感染した場合、施設側に責任が生じる場合がありますか。それはどのような場合ですか。

A6 施設は、利用契約の中で利用者の健康維持のための配慮義務を負っています。しかし、日常生活において外出自体が「ＨＩＶ感染」の危険性の高い行為とはいえず、具体的に危険性を予測できる（予測すべき）事情（訪問先にＨＩＶ感染者がいること、その感染者と性交渉などＨＩＶに感染するおそれある行為をする可能性が高いことなど）がない限りは、施設が責任を問われることはないと思われます。上記の例外的な事情が予測できたとして、どこまでの回避措置を講じるべきか、個々の場面ごとに判断する必要があります。

まず利用者に理解能力があるときは、十分に感染の危険性を説明し、説得する必要があります。それ以上の外出を阻止すべき義務があるか否かは判断に迷うところでしょう。本人を信頼してのものであれば、外出自体が不適切だったということになります。外出中にＨＩＶ感染の高い行為をした場合に、その行為による感染の危険性を認識しえたか、回避措置を取りえたか否かにより、責任が生じる可能性があります。

Q7 施設内でＨＩＶ感染が生じた場合に備えて、損害保険に加入する必要はありますか。実際に感染症による補償が生じた事例はありますか。

A7 施設賠償責任保険は損保会社の商品として存在し、実際に賠償の対象となった事例もあります。ただ、感染症（特にＨＩＶ感染）について保険の対象になっているか否かは、担当者に確認して下さい。

Q8 利用者のＨＩＶ感染がわかった場合、すべての職員に知らせる必要はありますか。

A8 施設は、利用契約における健康配慮義務として利用者に責任を負っており、職員に対しては労働安全衛生法で労働環境の安全（健康被害のおそれがないこと）について責任を負っています。したがって、他の利用者には、「日常生活では感染する心配はありませんが、他人の血液には直接触れないこと」など、わかりやすく説明する必要があります。

したがって職員に対しては、感染者を明示して職員間で感染しないように、また他の利用者に感染させないように配慮する指示を出す必要があります。またＨＩＶ感染している利用者の健康管理や必要な配慮のためにも、職員がその情報を把握しておくことは重要です。もちろん、感染の事実は重要な個人情報になりますので、外部の者に対しては守秘義務があります。

Q9 サービス利用時にＨＩＶ感染抗体検査を義務づけることは可能ですか。

A9 抗体検査を義務づける必要はないと思います。ただ、施設としては「感染し

ていることがわかっておれば事前に教えてほしい」と広報しておく必要があります。もし、利用者において感染の事実が判明している場合に、広報に応じて申告する義務があるか否か、判断のわかれるところです。ＨＩＶ自体は日常生活において感染する経路を持っていませんので、感染を前提として告知義務を課すことは不適当と思われます。ただし、たとえば利用する施設に「噛み付き」のような行動特性のある人がいることが事前にわかっている場合は、その利用者から噛み付かれることで感染させてしまう危険がある場合などには告知義務があると考えられます。

Q10 本人の意思決定能力に障害がある場合、検査の実施や結果の告知にはどのような手続きが必要ですか。

A10 本人が成人で知的障害や精神障害があり、意思決定能力が不十分な場合は、成年後見人の同意が必要になります（本人が未成年の場合は親権者の同意が必要になります）。ただ、成年後見人は治療（手術）の同意権限まではありませんが、日常生活支援の範囲内での健康診断やＨＩＶ検査を受けさせ、その結果を受領することはできます。成年後見人には本人との契約で選任される任意成年後見人と家庭裁判所が選任する法定成年後見人とがあります。くわしい選任手続については裁判所などのパンフレットを参照下さい。

　また、障害が重度の場合は検査結果を受領することも困難であり、成年後見人が本人にかわって受領することになります。その他の場合は本人が受領し、補助人、保佐人は結果の内容を本人にわかるように説明する必要があります。

Q11 ＨＩＶ感染の心配がある場合、施設主導で検査を実施することは可能ですか。

A11 個々にＨＩＶ感染の具体的な危険行為（感染者との性的接触行為など）をしたことが判明した場合に、感染の有無について検査するか否かは、本人もしくは親権者、成年後見人が決めることになります。施設側が検査を強要することはできません。ただ、施設として感染の疑いが高いと判断すれば、「感染していないことの証明」を求めることができます。そして、その証明がない以上は、内部的には職員に対して「その利用者は感染の疑いがある者」として適切な対応を指示することになります。

Q12 利用者がＨＩＶ感染を告知しないで施設サービスを利用し、何らかの感染が成立した場合、誰にどのような責任が生じますか。

A12 利用者自身が事前に感染の事実を知っていたか否かにより異なります。知っていた場合は、その事実を隠して感染の危険性の高い行為（たとえば性的接触行為など）をして相手方（他の利用者や一般の第三者）に感染させた場合は、加害者として不法行為責任（損害賠償責任）を問われます。利用者本人は知らないが家族や保護者（親権者、成年後見人など）が知っていた場合は、感染の危険性の高い行為をすることが予見できたか否かが問題になります。予見できなければ、感染しても責任は問われません。

　感染の事実を知っている利用者が他の利用者から感染の危険性の高い行為（たとえば噛み付き、性的接触行為など）をされたために、その利用者に感染させてしまった場合も同様で、危険行為をされる環境を知っていた以上はその環境から距離を置くべきであったといえ、あえてそこにとどまったことの責任は生じることになります。家族や保護者が感染者を施設に預ける際には、他の利用者に感染させないように特別な配慮をするよう施設に引き継ぐ必要があります。

INFORMATION

エイズに関するウェブサイト

エイズ予防財団エイズ予防情報ネット
http://api-net.jfap.or.jp/

NPO法人ぷれいす東京
http://www.ptokyo.com/

日本HIV陽性者ネットワーク・ジャンププラス
http://www.janpplus.jp/

行政の相談先

都道府県エイズ担当窓口など

検査について

HIV/AIDS 検査相談MAP
http://www.hivkensa.com/

この冊子は、平成18年度厚生労働省科学研究費補助金「HIV感染症の医療体制の整備に関する研究」（代表：岡 慎一）のうち、「HIV医療包括医療体制の整備 MSWの立場から」（分担研究者：小西加保留）の研究成果をふまえて製作されました。

本調査にご協力くださった社会福祉施設の関係者のかたがた、ならびにご執筆にご協力くださったかたがたに、心より感謝します。

社会福祉施設とHIV陽性者

発　　行　2007年 3 月31日　初版発行

代表著者　小西加保留
別記著者　内海眞（医師、医事監修）
　　間宮均人（医師、スタンダードプリコーション監修）
　　池田直樹（弁護士、法律監修）

編　　集　永易至文
イラスト　モリケイ
装　　丁　新藤岳史

この冊子に対するすべてのお問合せ先
関西学院大学　小西加保留研究室
tel&fax：0798-54-6761（ダイヤルイン）
e-mail：kkahoru@kwansei.ac.jp