

## HIV/AIDS 関連課題を持つ感染症者に対するソーシャルワーク ーソーシャルハイリスク概念の再考と発見・特定の方法論の検討ー

○ 日本福祉大学 田中 千枝子 (2208)

キーワード：支援困難事例、ソーシャルハイリスク、スクリーニング

### 1. 研究目的

HIV/AIDS は有効な治療法が開発されたことで、死の病ではなくなり、HIV 感染症者は慢性の感染者として、長い年月社会生活を送ることができるようになった。反面一生薬を適切に飲み続けることが必要であり、その中断は病状の悪化、AIDS の発症を招く。そのため医療によるモニタリングやサポートを受けながらも、非 HIV 感染症者と同様人生/生活課題をクリアすることになる。しかし同じ人生/生活課題であっても HIV 関連問題の諸要素を持つことで、その課題は複雑で複合的なものとなって支援困難事例となることが多い。特に就労や施設入所等の社会的資源利用に偏見・差別との関係で問題となる。

保健医療領域ではそうした支援困難を前もって予測し、ソーシャルワーク支援が必要となるハイリスク患者群として発見・特定する方法論が開発され、とくに退院支援の場面ではシステム化されほとんどの一般病床でスクリーニング機能を発揮している。しかし HIV/AIDS 関連課題に関しては、受診時にソーシャルワークにつながらず、またつながっても問題特定とアセスメントに至らないまま、そのまま地域で問題が潜在化して支援困難事例となるもその時には医療とは距離があり、解決に至りにくい問題状況がある。

本研究では HIV 感染症者のハイリスクを発見・特定する方法論について、医療ではなく地域の側から新たな枠組みと課題を提示して、その可能性を検討することを目的とする。

### 2. 研究の視点および方法

ソーシャルワークのプロセスにおいて、ケース発見と特定はインテークの以前のことで、ミクロに入る前に、メゾレベルの視点が求められる。保健医療領域では従来このメゾが病院組織を抛り所にミクロからメゾに展開する形で考えられ作られてきた。それを地域社会・行政・政策運営のマクロレベルの仕組みを背景に、地域機関や地域住民のメゾレベルを抛り所にスクリーニングシステムを設定することの意味とその方法、効果を検討する。

研究の方法は、5 地区の地域支援事業所のソーシャルワーカーによる支援困難事例の量的および質的調査により、特定の医療の必要な感染症による社会的排除を受ける恐れを持っている対象者の割合とその複合的課題の内容分析を行う。またソーシャルハイリスク患者群を地域から把握することの実際を考察する。

### 3. 倫理的配慮

提示された支援事例は、日本社会福祉学会の研究倫理指針に基づき、プライバシーの保

護に留意した。(地名、人名、職場等特定されないように仮名にし、状況等適宜手を入れる)

#### 4. 研究結果

5 地区 69 機関・事業所の様々な法的根拠による支援機関の協力により提示された支援困難事例 200 余のうち、医療の必要性に困難がある事例は 57%を占めており、そのうち感染症等の疾病による社会的排除の恐れのある事例は 5%であった。困難事例の要因のうち、医療の必要性は社会的孤立が 62%であることに並んで大きな割合を占めた。また社会的排除の恐れのある感染症を細目で聞いたところ、HIV/AIDS とは限らなくても 5%11 事例はその要因が作用したとこたえた。また支援対象当事者の持っている要因ではなく、その家族や重要他者のもつ要因として答えたと判断される事例もあり、世帯で捉えることで明確になる困難性と医療とのつながりが十分でないことが困難に結びついている可能性があることが分かった。

11 の事例でとくにスクリーニング段階を個別に見ていくと、医療においては初診の受療時スクリーニングから漏れていた事例が 7 あり、3 事例のみ保健医療のソーシャルワーカーが関わっていたが、いずれも医療費の助成に関する制度的手続きの説明で終了したと地域の側からは理解されていた。また地域の支援者側が、制度利用の拒否やプライバシーの侵害などの問題、秘密保持の確認等人権擁護に関する医療側の協力を得たいと考えた場合に、協働体制がとれないその医療と福祉が乖離している困難性を記述していた。

#### 5. 考察

保健医療領域の要支援者の発見や特定に関するスクリーニングは、従来医療組織内のメゾ装置を設定することを主として、医療チームでマイクロに迫っていく方法がよいとされていた。しかし HIV/AIDS をはじめとした感染症に関するソーシャルリスクの性質は、医療の側から見たリスクとは異なるところがある。また組織内装置によるスクリーニングでは漏れてしまう可能性も高いことが予測された。それは当事者の側がソーシャルリスクに関するその時点での認識が薄いことが考えられる。医療による生命に関わる疾患の受け止めとその手立てが最優先で、当初はその後の生活/人生に関するイメージが湧きにくい。また保健医療ソーシャルワークの側からは、感染症による生活障害のイメージが湧きにくく、退院した後の生活困難に関わることの姿勢の準備、専門的意味づけや方法論等の理論構築ができていないことも考えられた。

以上のことから、地域の側のスクリーニング基準を強化し、医療側がそれを協働で受け止めるようなマクロからメゾに至る支援体制をつくるのが、感染症をもつ支援困難事例の支援体制の一つの形ではないかと考えられた。ただしその際、スクリーニングをマイクロからメゾに展開するには、事例を通して、気心の知れたチームメンバーに分かってもらうという方法論が有効である。しかしマクロからメゾに展開するには事例で分かってもらうことはむずかしく、顔見知りでもないところに切り込むことが必要であるため、ワンクッション外在化させた仕掛けと当事者のエンパワメントが必要であると考えられる。