

原 著

## 感染症治療に服薬者の社会関係が果たす役割

### Patients' social relationships as a factor for better adherence to infectious disease therapy

西 真如<sup>1)</sup>、姜 明江<sup>2)</sup>  
Makoto Nishi<sup>1)</sup>, Akie Kyo<sup>2)</sup>

- 1) 京都大学グローバル生存学大学院連携ユニット
- 2) 京都大学大学院アジア・アフリカ地域研究研究科

- 1) Global Survivability Studies Unit, Kyoto University
- 2) Graduate School of Asian and African Area Studies, Kyoto University

#### 要 旨

HIV や結核をはじめとする感染症の治療は、適切な服薬管理に依存するところが大きい。近年、感染症治療へのアドヒアランスを支える要素として、服薬者が有する社会関係の重要性が指摘されることがある。服薬者の持つ社会関係は、サハラ以南アフリカのように医療に関わる人材や資金の制約が大きいところで、HIV 感染症治療を成功に導く重要な要因となっている可能性がある。

本稿でいう社会関係とは、日常的に服薬を促すなど服薬者の健康を気遣ってくれる者が、服薬者の周囲に十分いるかどうかを検討するための概念だと言いかえても良い。本稿ではまず、既存の文献を検討することによって、社会関係の概念を服薬アドヒアランスの分析に持ち込む際の理論的及び政策上の問題について検討する。また筆者らがエチオピアの一地方都市で実施した HIV 陽性者の服薬状況に関するアンケート調査の結果にもとづいて、服薬者の社会関係が良好な服薬アドヒアランスの確立に果たす役割について分析する。その上で、服薬者が有する社会関係を考慮に入れた感染症対策を立案する際に、同時に考慮すべき治療コストの負担と社会的孤立の問題について、大阪市のいわゆるあいりん（釜ヶ崎）地区の状況に言及しながら考察する。

#### Abstract

Patients' adherence to medication regimens is an important determinant of successful interventions for infectious diseases such as human immunodeficiency virus (HIV) and tuberculosis. Some researchers have proposed that social capital is an important factor for better adherence, and that it can be the decisive factor that leads to successful HIV interventions, particularly in resource-limited settings, such as in sub-Saharan Africa.

This paper assumes that patients are related to others in the context of their daily life, and outside the medical setting, and that this constitutes an important factor for successful adherence. We reviewed studies to identify theoretical problems and policy implications of introducing the idea of social capital into the discussion of adherence. We also examined how patients' social relationships affect adherence based on a questionnaire survey of HIV-positive individuals in a rural town in Ethiopia. Then, we discuss why and how policymakers should address issues such as poverty and social isolation when they plan a tuberculosis intervention program in the so-called Kamagasaki area of Osaka, Japan, which is rich in medical resources, but individuals are not closely related.

キーワード: 服薬アドヒアランス、社会関係、感染症治療、アフリカ、HIV

Key words: Adherence to medication, social relationships, infectious disease therapy, Africa, HIV

## I. はじめに

結核や HIV をはじめとする感染症の治療は、適切な服薬管理に依存するところが大きい。医療提供者によって処方された治療薬を患者がどの程度確実に服用しているのかという問題を検討する際によく用いられるのが、服薬アドヒアランスという考え方である。良好なアドヒアランスの確立は一般に、医療従事者と患者との対話を通じて、患者が「主体的に」服薬行動を確立するプロセスとして理解されている<sup>1)</sup>。

患者の主体性を強調することは、感染症治療の文脈においてはとりわけ重要である。過去の感染症治療では、患者に長期の入院・隔離を強いることが少なくなかった。たとえば20世紀前半の日本で結核と診断されることは、それまでの人生で築きあげてきた社会生活の断絶を意味した。それがこんにちでは、効果的な結核化学療法確立によって、結核患者は社会から隔離されることなく自律的な日常生活をおくりながら治療が可能となった。感染症に罹患した者が主体的な服薬を通じて治療に取り組む機会を与えられるかどうかは、本人とその周囲の人々にとって切実な問題である。

ところが処方された治療薬を決まったやり方で飲み続けるというそれだけのことが、実際にはたいへんな困難を伴う場合がある。患者にしてみれば、治療によって急性期の症状がおさまってしまえば、服薬は不快な副作用の原因でしかないように思えるかも知れない。特段の事情がなくても、日常生活の中で単に薬のことを思い出さないということも少なくない。服薬問題に真剣に取り組んでいる医療従事者ほど、「薬を飲み忘れるのは正常な人間」なのだということを思い知らされる<sup>2)</sup>。

医療従事者にとって、患者の「主体的な取り組み」を喚起するという課題はなかなか厄介である。そもそも処方された薬をきちんと服用している患者とそうではない患者とを見わけることは容易ではなく<sup>3)</sup>、多くの場合は主観的な判断に頼るしかない。ところが信頼できると思っていた患者が、実際にはきちんと服薬していなかったという事例は決してめずらしくないのである<sup>4)</sup>。

診察室や薬局窓口での取り組みに限界があるとするれば、他にどのような要因が良好な服薬アドヒアランスの確立に導くのだろうか。患者の家族や友人のサポートを得られる症例において、アドヒアランスの確保が容易になることは経験上よく知られている<sup>3)</sup>。また近年、HIV 治療へのアドヒアランスを支える要素とし

て、服薬者が有する社会関係の重要性が指摘されることがある<sup>5), 6)</sup>。HIV 治療薬の普及が著しいサハラ以南アフリカにおいては、医療に関わる人材や資金の制約が大きいにも関わらず、HIV 治療へのアドヒアランスが非常に良好であることを示すデータが相次いで報告されている<sup>7-11)</sup>。Wareらは、服薬者の周囲にいる人々の協力が、アフリカ諸国における良好なアドヒアランスにつながっているのだと論じている<sup>5)</sup>。みずからの健康を気遣ってくれる人が常に近くにいるかどうか、また HIV 感染症とともに生きているという事実が周囲の人々に受け入れられているかどうかは、HIV 陽性者の生活の質にかかわる切実な問題であるが<sup>12), 13)</sup>、このような社会関係が構築されているかどうかは、服薬アドヒアランスを維持する上でも重要な要因であるように思われる。

社会関係という概念の導入は、良好なアドヒアランスを確立するプロセスの理解そのものに関わる問題である。服薬という行為は、医療従事者と服薬者との対話に依存している以上に、服薬者が有する社会関係によって促進される場合があるのかもしれない。また服薬アドヒアランスを維持するためには、服薬者の主体的な取り組みは無視できないにしても、服薬者の周囲にいる人々の日常的な働きかけもまた決定的な要因であるかもしれない。

服薬者の持つ社会関係は、感染症対策の効果を左右する重要な要因であるように思われる。政策立案者は、服薬者が有する社会関係を考慮に入れることによって、より有効な感染症対策を立案できる可能性がある。ただし医療政策の公正さの観点から、次の二つのことを考慮する必要がある。第一に、治療コストを誰が負担するのかという問題がある。後述するように、サハラ以南アフリカにおける HIV 感染症対策の成功は、服薬の維持に必要な経済的コストすなわち、治療アクセスを維持するためのコストを陽性者個人とその周囲の人々に押しつけることで成り立ってきた一面がある。重要なのは治療アクセスが保障された上で、確実な服薬を促すような社会関係が築かれることであって、治療アクセスのコストを服薬者の家族や友人に押しつけることではない。

第二に、服薬者の社会関係が良好なアドヒアランスを達成するために本質的な役割を果たすということは、見方を変えれば豊かな社会関係に恵まれた者と社会的に孤立した者とは、享受しうる医療の質に大きな格差が生じる可能性があるということである。この

ことはとりわけ、社会的に孤立した高齢者が増加している日本社会の文脈において重大な含意を持ちうる。

## II. 方法

本稿では、既存の文献を検討することによって、社会関係ないし社会資本関係 (social capital) と呼ばれる概念を服薬アドヒアランスの分析に持ち込む際の理論的及び政策上の問題について検討する (Ⅲ章)。また筆者らがエチオピアの一地方都市で実施した HIV 陽性者の服薬状況に関するアンケート調査の結果にもとづいて、服薬者の社会関係が良好な服薬アドヒアランスの確立に果たす役割について分析する。ここでは、服薬者が医療提供者の指示により一定の期間中に服薬すべき回数 (1 日 2 回服用を指示されている場合、1 週間なら 14 回) のうち、実際に適切に服用した回数の割合をもって、服薬アドヒアランスの程度を決める (1 週間に 12 回の適切な服薬をしていれば、アドヒアランスは約 85.7% となる)。統計処理には統計解析ソフト R (version 2.15.2) を用いた (Ⅳ章)。

その上で本稿では、服薬者の社会関係がアドヒアランスの維持に果たす役割について一般的な考察をおこなうとともに (Ⅴ章 1 節)、服薬者が有する社会関係を考慮に入れた感染症対策を立案する際に、同時に考慮すべき治療コストの負担と社会的孤立の問題について考察する (Ⅴ章 2 節)。

## III. 感染症治療・服薬アドヒアランス・社会関係

### 1. 感染症治療と服薬アドヒアランス

感染症治療薬を適切に服用することは服薬者自身の治療につながるだけでなく、新規感染を予防し耐性病原体の出現を抑える効果がある。結核治療においては、1940 年代から結核菌に対する治療薬が次々と開発され、1960 年代までに効果的な結核化学療法が確立された。しかし低・中所得国 (low and middle income countries) などでは結核の蔓延状況が思うように改善しなかったことから、1990 年代半ばになって、WHO の主導により対面服薬指導 (直接監視下服薬) の手法を採用した結核対策 (いわゆる DOTS 戦略) が各国で導入された。その効果は国や地域によって一様ではないが、世界人口の結核有病率は 1995 年に 10 万人あたり 269 であったのが、2011 年には 170 まで低下している<sup>14)</sup>。こんにちの結核化学療法において完全服薬の励行は、もっとも重要な治療原則の一つとして認識されている<sup>15)</sup>。

HIV 感染症治療においても、抗レトロウイルス薬の服用は、HIV 陽性者の余命を顕著に延長するだけでなく<sup>16)</sup>、HIV の新規感染を効果的に予防することが知られている<sup>17)</sup>。世界の低所得国においては、今世紀に入って HIV 治療薬の普及が著しい。たとえばサハラ以南アフリカにおける治療アクセス率 (治療を必要としている陽性者のうち、実際に治療を受けている者の割合) は、2002 年に 2% に過ぎなかったのが、2011 年には 56% に達した。これは世界の陽性者の治療アクセス率 (54%) をわずかに上回る数字である<sup>18)</sup>。サハラ以南アフリカにおける HIV 治療の拡大については当初、医療に関わる人材と資金の乏しさから、服薬アドヒアランスの確保が困難であり、かえって耐性ウイルスの蔓延といった混乱を招くという懸念があった<sup>19)</sup>。サハラ以南アフリカにおける HIV 陽性者人口の大きさと、地域の限られた医療資源とを考慮すれば、仮に対面服薬指導の手法を導入したとしても、十分な効果を得ることは困難だろうという見解もあった<sup>20)</sup>。

しかし現在までに、サハラ以南アフリカにおいて治療を受けている陽性者の余命は顕著に延長しているとの報告があり<sup>21)</sup>、新規感染者数も減少傾向にあることから<sup>18)</sup>、HIV 治療の導入はとりあえず成功したと見てよい。この成果は、アフリカにおける HIV 治療アドヒアランスが予想されたよりもずっと良好であるという事実<sup>8-11)</sup> と決して無関係ではないだろう。たとえばウガンダにおいて、在宅で HIV 治療薬を服用している HIV 陽性者 987 名を対象に実施された調査では、medication possession ratio (MPR, 薬剤保持率) で計測したアドヒアランスが 95% を下回った者は、3.3% (調査期間の第 3 四半期) から 11.1% (第 1 四半期) のあいだにとどまった<sup>7)</sup>。

### 2. 服薬アドヒアランスと社会関係

Mills らは、HIV 治療アドヒアランスに関する過去の研究を収集してメタ分析をおこなったところ、良好なアドヒアランスを示す服薬者の割合は、サハラ以南アフリカにおいて 77% を占めるのに対して、北米では 55% に止まった<sup>22)</sup>。これは少なくとも部分的には、アフリカでは多剤混合薬が広く使用されており投与計画が簡素であることと関係しているだろう。だがそのことを差し引いたとしても、医療資源がきわめて限られた社会において、卓越した服薬アドヒアランスが得られるという事実はたいへん印象的である。この「意

外な」事実は、服薬者が有する社会関係資本 (social capital) を考慮に入れることで説明できるという見解がある<sup>5), 6)</sup>。社会関係資本とは、個人がある目的を達成するために動員しうる資源としての社会的なつながりを指す概念である<sup>23), 24)</sup>。社会関係資本の豊かさは、社会の効率性や社会サービスの信頼性を高めるという見解もある<sup>25), 26)</sup>。社会疫学者のカワチによれば、社会関係資本と健康指標のあいだには強い相関があり、たとえば米国では市民同士の信頼関係が強い州ほど、平均死亡率が低い傾向が認められるという<sup>27)</sup>。つまり本稿の文脈で言えば、人々が互いに信頼しあい、かつ助けあうような社会では、患者の服薬アドヒアランスが向上する一方で、感染症対策のコストは下がることが期待されるのである。

Wareらはナイジェリア、タンザニアおよびウガンダにおいてインタビュー調査をおこなった結果、これら諸国でHIV治療アドヒアランスが良好なのは、服薬者の周囲の人々が、経済的な困難を克服して治療を継続させるための協力を惜しまないこと、またそのことで社会関係における責任を果たそうとするためであると結論している<sup>5)</sup>。Wareらによれば、調査参加者が服薬継続の妨げとして挙げたのは「経済的な制約」が最も多かった。たとえば治療薬を入手できるクリニックへたどりつくための交通費の工面が難しいといった例である。こうした場合に服薬者の家族や友人が奔走して交通費を工面し、服薬の継続を支えている事例がアフリカには多い。

これは重要な事実であるが、Wareらの議論は治療アクセスの問題と服薬アドヒアランスの問題とを混同しているようにも思われる。アフリカにおいてHIV陽性者が必要とする治療費を家族や知人が負担することが多いのは事実であり、またそれは道徳的に賞賛されるべき行為でもある。しかし同時に低・中所得国においては、治療費の負担がしばしば個人やその家族の貧困を招いてきたことを忘れてはならない。国際社会においては近年、いわゆる universal health coverage の実現に向けた議論が高まりつつある。その核心にあるのは、治療薬の費用を負担するのが困難な個人や世帯のために治療へのアクセスを保障する公的制度 (典型的には医療保険) を、低・中所得国においても実現してゆくべきであり、また実現する可能性があるという考え方である<sup>28), 29)</sup>。これまでのサハラ以南アフリカにおけるHIV治療の成功は、治療アクセスを達成するコストを、陽性者個人とその周囲の人々に押しつ

けることで成り立ってきた部分があることを見落とすべきではない。

したがって服薬アドヒアランスの維持に社会関係が果たす役割について論じる際には、治療アクセスのコストをだれが負担するかという問題を常に念頭に置く必要がある。本稿では服薬アドヒアランスを、治療薬の入手可能性の問題 (治療アクセスの問題) とは明確に区別して、服薬者の手もとにある治療薬を、服薬者がどれだけ適切に服用しているかという問題であると考えることにする。もちろん治療の現場においては、両者を厳密に区別しがたい場面があるだろう。しかし少なくとも議論の上では、この区別は重要である。

この区別を受け入れるならば、良好な服薬アドヒアランスを維持する目的で、服薬者の周囲にいる人々に期待してよい役割は、治療のコストを分担することではなく、服薬者を励まし、服薬を促す働きかけを常に繰り返すことであり、また服薬者が感染症とともに生きているという事実を受け入れることだということになる。とりわけHIVのように一生涯にわたって服薬が必要であり、いまだにスティグマを伴う病の治療に取り組む者にとって、こうした社会関係が築かれることはたいへん重要である。

既に述べたとおり、社会関係資本という用語には「個人がある目的を達成するために動員しうる資源としての社会的なつながり」という含意がある。これはWareが述べているような事例、つまり「治療薬へのアクセスという目的を達成するために、服薬者がどれだけ多くの知人を動員できるか」を論じる場合には最適なタームであるが、本稿でいう意味での服薬アドヒアランスについて論じるとき、つまり「服薬者の健康を気遣う者が周囲にどれくらいいるか」を問題にするときには、必ずしも適当ではないと筆者らは考えている。というのも、ここで問題になっているのは資源の動員 (治療アクセスの達成) ではなく、他者の健康に対する配慮という一種の倫理的な関係<sup>12), 13)</sup> が人々のあいだに築かれていることだからである。

以上のことを考慮して本稿では、社会関係資本という用語を意図的に避け、人と人との関係性あるいは関わりよう (relatedness) をあらわす一般的なことばとして「社会関係」を用いている。

IV. エチオピアの一地方都市における HIV 陽性者の服薬状況と社会関係

筆者らは 2012 年 8 月から 10 月のあいだに、エチオピアの南部諸民族州グラゲ県ウォルキテ市において、HIV 治療を受けている陽性者を対象としたアンケート調査を実施した。アンケートの回答者はすべて、ファナ HIV 陽性者協会（ウォルキテ市内および近郊に居住する陽性者が組織する当事者団体）の会員である。2012 年 8 月時点で同会に登録していた会員は 162 名（うち女性 108 名、男性 54 名）であったが、全員が常に協会との接触を保っているわけではなく、連絡が取りづらい会員も少なくない。またアンケートはグラゲ県政府の公用語であるアムハラ語で作成したが、文字の読み書きが苦手な会員も多数いることが予想された。そこで同協会の代表を務めるマサラト・ガブレ氏に依頼して戸別訪問をおこなってもらい、上述の期間内に 85 名の会員と接触して回答を得ることができた。

回答者に関する基本的な情報は表 1 に示した。女性の割合が高いが、これはファナ協会の会員に女性が多いことを反映している。マサラト代表の説明では、女性の HIV 陽性者は経済的な困窮や社会的な疎外の影響を受けやすいことから、支援を求めて陽性者団体に参加する例が多いとのことである。回答者の職業に「日雇い」や「無職」が多いことから、男女を問わずファナ協会の参加者には経済的な困難を抱えた者が多いことがわかる。

1. 服薬上の工夫と社会背景

回答の分析に移るまえに、エチオピアの地方都市で生活する陽性者の服薬上の工夫とその背景について、上述のマサラト代表の事例を借りて紹介しておきたい。マサラト代表は自身が HIV 陽性者であり、同じく陽性者で地方公務員の夫と、陽性者ではないふたりの子と同居している。彼女と夫は、エチオピアで HIV 感染症治療の第一選択薬とされる多剤混合薬

Zidolam-N® 1 日 2 錠を 2 回にわけて 12 時間ごとに服用しており、ともに 2 年以上の服薬歴を持つ。他に長期服用している薬剤はない。エチオピアでは、治療を必要とする陽性者には HIV 治療薬が無償で配布されており、マサラト代表は月に一度、市内の保健所で治療薬を入手している。

マサラト代表は服薬時間を知るために、携帯電話のアラームを 12 時間ごと（午前 8 時と午後 8 時）に設定する工夫をしている。さらに、同居の家族や知人のあいだで日常的に服薬の確認がおこなわれる。彼女は、自宅や訪問先の家庭で、携帯電話を置いてその場を離れてしまうことがたびたびあったが、家族やその場に居合わせた者が、「アラームが鳴っているよ」と知らせに行く場面が見られた。いずれも簡単なことのようにだが、HIV 陽性者の服薬への周囲の理解が重要な背景となっているように思われる。マサラト代表と夫は、ともに陽性者であることを社会的に明らかにしており、陽性者であるか否かを問わず、地域に幅広い交友関係がある。自宅はもちろん訪問先でも、服薬の事実を隠すことはない。この事例からは、周囲の理解とサポートが服薬者の支えになっていることがうかがわれる。

2. 回答者の服薬状況

今回の調査は、回答者の自己申告にもとづくものであるから、正確な服薬率を測定することが目的ではなく、調査結果はあくまで服薬の傾向を把握するための目安である。このことを確認した上で、回答者の服薬状況について述べる。服薬状況に関わる問いの結果は表 2 にまとめた。「治療薬の服用を決して中断しない」「HIV 治療薬を時間どおりに服用するのを忘れることはない」という回答の多さから、多くの回答者が良好な服薬アドヒアランスを維持していることが示唆される。これはサハラ以南アフリカにおける HIV 治療アドヒアランスに関する先行研究の結果と一致するもの

表 1 回答者の基本情報 (n=85)

性別	年齢	婚姻歴	職業	同居者*	服薬歴						
女	62	19才未満	3	既婚	45	日雇いなど	27	同居者*	17	1月未満	2
男	23	20-29	21	未婚	8	主婦	15	家族と同居	56	1年以上	1
		30-39	46	離別	16	無職	9	親族と同居	3	6月以上	3
		40-49	9	死別	16	商業	8	上記以外の者と同居	0	1年以上	28
		50-59	2			警備	4	無回答	9	3年以上	51
		60才以上	2			公務員・教員	3				
		無回答	2			学生	2				
						その他・無回答	17				
計	85		85		85		85		85		85

\*同居者が乳幼児のみの場合は同居に含めた

である。回答者のほとんどが1年を超える服薬歴を持ち、3年以上の者も過半数にのぼることを考え合わせると(表1)、かなりの数の回答者が長期のアドヒアランスを確立していることがわかる。

服薬を忘れることがないと回答し、たいへん良好な服薬率を達成していると考えられる回答者の割合は69.4%(85名中59名)であった。「週にいちど忘れるかどうか」と答えた11名は、今回の結果からは良好な服薬状況と言えるかどうか判断が難しい。エチオピアのHIV治療に用いられるファースト・ラインの多剤混合薬は一日二回服用が標準的な用法であるから、これを基準とすれば週にいちどの飲み忘れがあった場合の服薬率は約93%という計算になる。これに対して米国保健福祉省のガイドラインでは、HIV治療薬の服薬率が95%以上であるときに良好な治療結果が得られやすいとしている<sup>30)</sup>。なお「二日か三日にいちど飲み忘れる」と答えた回答者の服薬率は約75-83%となり、これは決して良好とは言えない数字である。

いまひとつ興味深い結果は、回答者が服薬している事実を知っている者の範囲の広さである。今回のアンケートはHIV陽性者団体に参加している者が対象であるから、陽性者であることを周囲に明かしている者が多いことはある程度予想できたが、それでも回答者の三分之一にあたる28名が、「わたしを知っている者はたいへい、わたしがHIV治療薬を服用していることを知っている」と回答しているのは印象的である。エチオピアの社会においてHIV治療を受けているという事実は、幅広い社会関係を維持する上で決して障害にならないと考える者が増えているのかも知れない。(他方で、何が服薬のさまたげになるかという問いに対して、14名が「自宅外で服薬するのがはばかられる」と答えていることにも注意する必要がある。つまり服薬者が置かれている状況によっては、薬の携帯や服用が人の目にさらされることが、依然として適切な服用の妨げになる場合もあると考えられる。)

また「HIV治療薬を時間どおりに服用するのを忘れることはない」と回答した59名を服薬が良好な群とし、それ以外の回答をした25名を良好でない群として(無回答1例を除く)、他の要因との関係を調べた結果を表3にまとめた。筆者らは当初、同居者がいる服薬者は独居者よりも服薬を促してもらえる機会が多くなるので、服薬状況が良くなるのではないかと見込んでいた。しかし今回の結果を見る限りでは、

表2 服薬アドヒアランスに関する設問と回答

<b>治療薬の服用を中断することはありますか?</b>	
治療薬がじぶんに合わず中断することがある	5
食事ができないときに中断することがある	3
交通手段の問題で中断することがある	5
その他(信仰上の理由で中断することがある)	1
決して中断しない	70
無回答	1
計	85
<b>HIV治療薬を時間どおりに服用するのを忘れることがありますか?</b>	
しばしば飲み忘れる	5
二日か三日にいちどは飲み忘れる	9
週にいちど忘れるかどうかである	11
服薬を忘れることはない	59
無回答	1
計	85
<b>あなたに薬を飲むよう促してくれる人がいる場合、それは誰ですか?(複数回答可)</b>	
同居者	43
友人	6
隣人	6
その他・無回答	33
計	88
<b>服薬を忘れないためにどんな工夫をしていますか?</b>	
特に工夫はしていない	24
携帯電話や時計のアラームを利用する	49
周囲の者に服薬を促してくれるよう頼む	4
その他・無回答	8
計	85
<b>もっとも服薬のさまたげになることは何ですか?(複数回答可)</b>	
特にない	45
服薬を忘れることがある	9
自宅外で服薬するのがはばかられる	14
薬を入手するのが難しい	14
その他・無回答	6
計	88
<b>医療従事者から治療薬を受け取るとき、服薬指導を受けますか?</b>	
常に受ける	22
時々受ける	47
受けたことがない	9
無回答	7
計	85
<b>あなたがHIV治療薬を服用していることを知っているのは誰ですか?(複数回答可)</b>	
配偶者	32
家族	28
近い親類	23
親しい友人	23
隣人	18
たいへいの知人	28
その他・無回答	5
計	157

有意差は認められなかった (Fisher の正確確率検定、 $p=0.751$ 、無回答 9 例除く)。また医療従事者のアドバイスの有無により、服薬状況の有意差は認められなかった (Pearson の  $\chi^2$  検定、 $\chi^2=0.314$   $p=0.574$ 、無回答 7 例除く)。他方で服薬時間にあわせて時計や携帯電話のアラームを鳴らすなど、なんらかの服薬上の工夫をしている群は、アドヒアランスが良好であった (Pearson の  $\chi^2$  検定、 $\chi^2$  値 =17.731  $p < 0.001$ 、無回答 4 例除く)。また服薬を知っている者の範囲が広い者と広くない者では、差は認められなかった (Pearson の  $\chi^2$  検定、 $\chi^2=0.453$   $p=0.500$ 、無回答 3 例除く)。

V. 考 察

1. 服薬と社会関係

エチオピアの一地方都市で生活する HIV 陽性者の服薬状況に関するアンケート調査の結果、回答者の多くが長期にわたって良好な服薬アドヒアランスを維持していることが明らかになった。また回答者の約三分の一が、「わたしを知っている者はたいてい、わたしが HIV 治療薬を服用していることを知っている」と

回答していることから、エチオピアの社会においては、幅広い社会関係を維持する上で HIV 治療を受けているという事実が障害にならないという考え方が広がりつつあるように思われる。このことは、回答者が良好な服薬アドヒアランスを維持していることと何らかの関係があるのではないかと推測されるが、今回の調査では有意な差はみられなかった。他方で回答者自身による服薬上のさまざまな工夫は、良好なアドヒアランスに結びついているらしいとの結果が得られた。これは直接には、服薬者の自主的な取り組みの重要性を示している。しかし実際に服薬がおこなわれる場面を考えてみると、公共の場所にいるときや、あるいは自宅に来客があるときなどに、服薬を知らせる携帯電話のアラームが鳴るという状況も想定せねばならない。HIV 治療を受けている事実が周囲の人々に受け入れられるという確信がなければ、こうした服薬上の工夫も実行しにくいものである。服薬上のさまざまな工夫が、どのような社会的な要因によって支えられているかは、IV 章 1 節で述べたマサラト代表の例のような事例研究を積み重ねることで、より明らかにすることができるだろう。

表 3 服薬状況と他の要因との関係

服薬状況		完全 (n=59)		不完全 (n=25)		計 人
		人	(%)	人	(%)	
同居者	なし(独居)	11	(68.8)	5	(31.3)	16
	家族や親族と同居	44	(74.6)	15	(25.4)	59
	無回答	5	(55.6)	4	(44.4)	9
服薬上の工夫	なし	8	(33.3)	16	(66.7)	24
	あり*	47	(83.9)	9	(16.1)	56
	無回答	4	(100.0)	0	(0.0)	4
服薬上の障害**	なし	39	(86.7)	6	(13.3)	45
	服薬忘れ	2	(22.2)	7	(77.8)	9
	自宅外での服薬	7	(50.0)	7	(50.0)	14
	治療薬の入手	7	(50.0)	7	(50.0)	14
	その他・無回答	4	(44.4)	5	(55.6)	9
医療従事者のアドバ イス	常にあり	16	(72.7)	6	(27.3)	22
	時々あり	33	(70.2)	14	(29.8)	47
	なし	5	(55.6)	4	(44.4)	9
	無回答	5	(83.3)	1	(16.7)	6
服用を知っている者 の範囲	広い***	22	(78.6)	6	(21.4)	28
	広くない	34	(65.4)	18	(34.6)	52
	無回答	3	(75.0)	1	(25.0)	4

\*アラームの使用その他の工夫をしていると回答した者の合計を工夫「あり」とした。

\*\*複数回答可。

\*\*\*たいていの知人が服薬の事実を知っていると回答した者は、服薬を知っている者の範囲が「広い」とし、それ以外の回答(家族や親友など限られた者が知っている)はすべて「広くない」とした。

服薬アドヒアランスに関するこれまでの議論は、医療従事者と患者との対話を重視するものが多かった。その背景には、服薬という行為は患者のプライバシーに関わる問題であり、医療従事者をのぞく他者の介入を安易に許さないという理解の広がりもあろう。他方で服薬者の周囲にいる人々の協力や理解が、医療従事者の目の届かないところで服薬という行為を支えてきた事実も見逃せない。その意味では、服薬は高度に社会的な行為であるとも言える。服薬の事実を周囲の人々が共有し、服薬をサポートするという考え方、別の言い方をすれば、他者の健康を気遣って積極的に働きかけるという考え方が広く受け入れられているような社会で生きている服薬者は、良好な服薬アドヒアランスを達成する可能性が高いのである。

## 2. 治療コストと社会的孤立

サハラ以南アフリカにおける HIV 対策の経験から理解されるように、服薬者の持つ社会関係は感染症対策の効果を左右する重要な要因である。政策立案者は、服薬者が有する社会関係を考慮に入れることによって、より有効な感染症対策を立案することができる可能性がある。またその際に、次のふたつの点に配慮することで、政策の公正さを保つことができるだろう。

第一に本稿のⅢ章2節で述べたように、サハラ以南アフリカにおける HIV 感染症対策の成功は、治療アクセスを維持するためのコストを陽性者個人とその周囲の人々に押しつけることで成り立ってきた一面があるのも事実である。重要なのは治療アクセスが保障された上で、確実な服薬を促すような社会関係が築かれることであって、治療アクセスのコストを服薬者の家族や友人に押しつけることではない。服薬者が有する社会関係を利用して感染症治療のコストを低く抑えようとする政策が取られるならば、それは結果的に貧しい人々が治療を受ける機会を奪うことになるだろう。

第二に、服薬者の社会関係が良好なアドヒアランスを達成するために本質的な役割を果たすということは、逆にいえば有効な社会関係を持たない者については、診察室や薬局窓口でどれほど服薬の重要性を訴えようが、良好なアドヒアランスを期待することが困難だということでもある。別の言い方をすれば、豊かな社会関係に恵まれた者と社会的に孤立した者とは、享受しうる医療の質に大きな格差が生じているかも知れない。このことは高齢者の社会的な孤立が大きな問題となっている我が国の感染症対策を考える上で、と

りわけ重要な意味を持ちうる。そこで、このような視点から大阪市の最近の結核対策をどのように理解するかということについて述べて本稿の締めくくりとしたい。

大阪市西成区のいわゆるあいりん（釜ヶ崎）地区における結核罹患率は、2011年の統計で10万人あたり426.7と世界的に見ても突出した水準にある<sup>31)</sup>。西成特区構想を掲げる大阪市は、あいりん地区における結核対策の拡充策として、集団結核検診の強化と結核病床の増床を目指している<sup>32)</sup>。ところがあいりん地区における結核患者の多くは、日雇労働者として生きてきた単身の高齢者であり、家族や友人といった社会関係をほとんど持たない者が多い。このような人々は、良好な服薬アドヒアランスを確保するのが極めて困難であるために、結核検診によって症例を発見し治療を試みても、なかなか治癒に結びつかないのである。元日雇労働者の中には、野宿生活者などそもそも医療アクセスが困難なケースもあるが、近年では生活保護の受給が進んだこともあり、結核対策の焦点は医療アクセスの確保から服薬アドヒアランスの維持へと移行しつつあるように思われる。

治療アクセスの確保が進んだ結果、アドヒアランスへの関心が高まっている状況は、サハラ以南アフリカにおける HIV 対策も同様である。両者が決定的に違うのは、サハラ以南アフリカでは服薬者が有する社会関係が豊かであるために、医療資源が限られた状況でも高い HIV 治療アドヒアランスを確保することができたということである。これに対してあいりん地区の結核対策では、服薬者が社会的に孤立しているために、既存の医療資源が患者の治癒に結びつきにくい状況がある。あいりん地区の結核患者の健康を、家族や隣人に代わって気遣い、服薬を促す地域医療の仕組みをつくりあげる地道な努力なしには、西成特区構想の掲げる「結核制圧」は遠い目標であるように思われる。

## 文 献

- 1) Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*. 2005; 353 (5) : 487-97.
- 2) 井戸武實. 薬を飲み忘れるのは正常な人間一訪問型 DOTS 事業. *福祉のひろば* 2009; 479 : 6-7.
- 3) Stephenson BJ, Rowe B, Haynes R, et al. Is this patient taking the treatment as prescribed? *JAMA*. 1993; 269 (21) : 2779-81.
- 4) Gilbert JR, Evans CE, Haynes RB, et al.



- Predicting compliance with a regimen of digoxin therapy in family practice. Canadian Medical Association Journal. 1980 ; 123 (2) : 119-22.
- 5) Ware NC, Idoko J, Kaaya S, et al. Explaining adherence success in sub-Saharan Africa: an ethnographic study. PLoS Medicine. 2009;6 (1) : 39-47.
  - 6) Binagwaho A, Ratnayake N. The role of social capital in successful adherence to antiretroviral therapy in Africa. PLoS Medicine. 2009 ; 6 (1) : 10-1.
  - 7) Weidle PJ, Wamai N, Solberg P, et al. Adherence to antiretroviral therapy in a home-based AIDS care programme in rural Uganda. Lancet. 2006 ; 368 (9547) : 1587-94.
  - 8) Hardon A, Davey S, Gerrits T, et al. From access to adherence: the challenges of antiretroviral treatment. Geneva: World Health Organization ; 2006.
  - 9) Oyugi JH, Byakika-Tusiime J, Charlebois ED, et al. Multiple validated measures of adherence indicate high levels of adherence to generic HIV antiretroviral therapy in a resource-limited setting. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 2004 ; 36 (5) : 1100-2.
  - 10) Laurent C, Kouanfack C, Koulla-Shiro S, et al. Effectiveness and safety of a generic fixed-dose combination of nevirapine, stavudine, and lamivudine in HIV-1-infected adults in Cameroon: open-label multicentre trial. Lancet. 2004 ; 364 (9428) : 29-34.
  - 11) Laurent C, Ngom Gueye NF, Ndour CT, et al. Long-term benefits of highly active antiretroviral therapy in Senegalese HIV-1-infected adults. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 2005 ; 38 (1) : 14-7.
  - 12) 西真如. 疫学的な他者と生きる身体—エチオピアのグラゲ社会における HIV/AIDS の経験. 文化人類学. 2011 ; 76 (3) : 267-87.
  - 13) 西真如. ウイルスとともに生きる社会の条件—HIV 感染症に介入する知識・制度・倫理. 講座生存基盤論 3 人間圏の再構築—アジア・アフリカにおける地域社会の潜在力 (速水洋子, 西真如, 木村周平編). 京都大学出版会 ; 2004. pp. 155-81.
  - 14) WHO. Global tuberculosis report 2012. Geneva: World Health Organization ; 2012.
  - 15) 青木正和. 医師・看護職のための結核病学 3—治療 (1) 平成 22 年改訂版. 結核予防会 ; 2010.
  - 16) Lohse N, Hansen A-BE, Pedersen G, et al. Survival of persons with and without HIV infection in Denmark, 1995-2005. Annals of Internal Medicine. 2007 ; 146 (2) : 87-95.
  - 17) Donnell D, Baeten JM, Kiarie J, et al. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis. Lancet. 2010 ; 375 (9731) : 2092-8.
  - 18) UNAIDS. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV and AIDS ; 2012.
  - 19) Harries AD, Nyangulu DS, Hargreaves NJ, et al. Preventing antiretroviral anarchy in sub-Saharan Africa. Lancet. 2001 ; 358 (9279) : 410-4.
  - 20) Stevens W, Kaye S, Corrah T. Antiretroviral therapy in Africa. British Medical Journal. 2004 ; 328 (7434) : 280-2.
  - 21) Mills EJ, Bakanda C, Birungi J, et al. Life expectancy of persons receiving combination antiretroviral therapy in low-income countries: a cohort analysis from Uganda. Annals of Internal Medicine. 2011 ; 155 (4) : 209-16.
  - 22) Mills EJ, Nachega JB, Buchan I, et al. Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: a meta-analysis. Journal of the American Medical Association. 2006;296(6) : 679-90.
  - 23) Granovetter MS. The strength of weak ties. American Journal of Sociology. The University of Chicago Press ; 1973 ; 78 (6) : 1360-80.
  - 24) リン N. ソーシャル・キャピタル—社会構造と行為の理論. ミネルヴァ書房 ; 2008.
  - 25) Putnam RD, Leonardi R, Nanetti RY. Making democracy work: civic traditions in modern Italy. Princeton: Princeton University Press ; 1993.
  - 26) 山岸俊男. 信頼の構造—こころと社会の進化ゲーム. 東京大学出版会 ; 1998.
  - 27) カワチ I, ケネディ BP. 不平等が健康を損なう (西信雄, 高尾総司, 中山健夫監訳). 日本評論社 ;

2004.

- 28) Moreno-Serra R, Smith PC. Does progress towards universal health coverage improve population health? *Lancet*. 2012 ; 380 (9845) : 917-23.
- 29) Lagomarsino G, Garabrant A, Adyas A, et al. Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *Lancet*. 2012 ; 380 (9845) : 933-43.
- 30) Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. [online] Washington DC: Department of Health and Human Services ; 2012. [retrieved on 2012-12-28]. Retrieved from internet: <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adultandadolescentgl.pdf>
- 31) 高鳥毛敏雄, 原昌平. 結核対策. 鈴木亘 (編) 西成特区構想有識者座談会報告書. 2012. pp. 110-9.
- 32) 大阪市. 西成特区構想におけるあいりん地域を中心とした結核対策の拡充について. [平成 24 年 12 月 28 日検索]、インターネット <http://www.city.osaka.lg.jp/nishinari/cmsfiles/contents/0000173/173580/02-02-02-1.pdf>