



HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	HIV関連神経認知障害(HAND)HIV陽性者への在宅サービス調整一事例：HIV陽性者の福祉サービス利用に関する社会的課題
Author(s)	富田, 健一
Citation	認知症ケア事例ジャーナル, 14(4), 311-317
Issue Date	2022-03
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/93493
Type	journal article
File Information	Tomita_2022_14_4.pdf



事例報告

HIV 関連神経認知障害 (HAND) HIV 陽性者への 在宅サービス調整一事例

HIV 陽性者の福祉サービス利用に関する社会的課題

富田 健一

北海道大学病院 HIV 診療支援センター

抄 録

ヒト免疫不全ウイルス (HIV) は社会に正しい知識が浸透しておらず、陽性者が福祉サービスの利用を拒否されることがあり、いまだ解決されない社会的な課題である。HIV 関連神経認知障害 (HAND) の陽性者が母と地域で暮らすことができた事例を報告する。ソーシャルワーカーは関係者がスティグマを払拭できるように HIV を正しく学ぶ研修会開催を調整し、親子で高齢者住宅に入居することができた。HAND の人が福祉サービスを難なく利用できるために、ネットワーク拡大が有効であると考ええる。

Key Words : HIV 関連神経認知障害, HAND, HIV, 差別, スティグマ

認知症ケア事例ジャーナル, 14(4) : 311-317, 2022

1. はじめに

1980 年代、米国において同性愛者の間で流行している謎の病気が、後天性免疫不全症候群 (acquired immunodeficiency syndrome: AIDS (エイズ)) と名づけられた。当初は治療法がわからず、免疫が低下していき死に至る病であった。その後、エイズはヒト免疫不全ウイルス (human immunodeficiency virus : HIV) というウイルス感染が原因であり、HIV 感染により免疫機能が低下し、日和見感染症や悪性腫瘍を引き起こすことが判明した。HIV に感染し、免疫低下により厚生労働省が定めた 23 の指標疾患を発症するとエイ

ズと診断される。検査などにより早期に HIV 感染がわかり、治療を開始すればエイズを発症することはない。今日、HIV・エイズは薬さえ飲めば死なない病気になった。近年の研究結果では、HIV に感染していても健康な人と同じ寿命を全うできることがわかっている¹⁾。

それでは、HIV・エイズは過去の病気であるかということそうではない。2020 年現在、世界でのエイズの状況は、3800 万人が HIV 陽性者として生活を続け、2019 年中に 170 万人が新たに HIV に感染し、エイズ関連疾病で 69 万人が死亡している²⁾。

わが国では、2018 年に新たに HIV 感染がわかった件数は 940 件、エイズを発症した患者は 377 件である。世界の現状と同様に、わが国では HIV 感染がわかった件数、エイズを発症した患者とも

受理日 : 2021.11.17

Kenichi Tomita

〒060-8648 北海道札幌市北区北 14 条西 5 丁目

職種 : HIV 専任ソーシャルワーカー

に、ピークの過去の年に比べ横ばいまたは減少傾向にあるといえる。累計では、2018 年末の時点で HIV 感染者 20,836 件、エイズ患者 9,313 件で、計 30,149 件である³⁾。

また、HIV 陽性者の高齢化が進んでいる。米国では 2017 年に HIV 陽性者の半数が 50 歳以上となっている。わが国も、数年遅れて米国と同様の状況になると予想される。

HIV 陽性者のなかには、HIV 感染症特有の認知症を患う人もいる。2000 年ごろに海外で HIV 陽性者の認知機能について調査したところ、認知機能に障害のある HIV 陽性者が見つかった⁴⁾。この認知症は、HIV 由来の認知障害、HAND (HIV-associated neurocognitive disorder ; HIV 関連神経認知障害) とよばれている。もの忘れが生じたり、動作が緩慢になったり、複雑な作業ができなくなったりする。

残念ながら、認知症により何らかの介護が必要となった HIV 陽性者が福祉サービスを申し込み、HIV に感染していることを伝え、サービス提供を断られることがある⁵⁾。地域差はあれど、全国的に HIV に感染していることを理由とする福祉サービスの提供拒否がある。背景には、HIV 感染症への理解不足や差別・偏見の問題が介在していると思われる。

本稿では、HAND を有する男性 HIV 陽性者へ支援を行い、介護サービス事業所との連携により母と共に地域で暮らすことができた事例を報告する。わが国において、HAND を有する HIV 陽性者への支援事例報告は少なく、HIV 感染症が原因疾患である HAND も一般に認識されているとはいえず、事例報告を行うことには意義がある。

2. 倫理的配慮

本稿を発表するにあたり A 氏、A 氏母に『認知症ケア事例ジャーナル』に目を通していただき、このように個人の対象者が特定されないような表記を行うこと、事例発表により認知症ケアを高めることを目的としていること、同意をするこ

ともしないことも自由であることを説明し、口頭にて同意を得た。A 氏、A 氏母が入居する事業所管理者から、事例発表の許可を口頭にて得た。G 病院臨床研究開発センターにて事例発表の規定を確認のうえ承認を得た。

3. 事例紹介

●A 氏、60 代、男性

- (1) 要介護度：申請中
- (2) 家族構成：母と同居、弟は F 市に在住。
- (3) 認知症の程度：記銘力低下、見当識障害
- (4) 日常生活動作 (Activities of Daily Living ; ADL)：障害高齢者の日常生活自立度 B1、認知症高齢者の日常生活自立度 IV
- (5) 検査数値：改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) 9 点
- (6) 入院に至るまでの経緯：自宅浴室で転倒。A 病院に救急搬送。入院。体重減少。認知機能低下がみられ、精査により HIV 陽性判明。
- (7) 生活歴：貿易商社に勤めていた。
- (8) 入院日：X 年 Y 月 Z 日 G 病院に転院。
- (9) 疾患名：HIV 感染症、HIV 脳症疑い、見当識障害、記銘力障害、認知機能障害、体重減少。
- (10) ADL：HIV 消耗症候群、両下肢の筋力低下により歩行は困難。
- (11) 生活環境：母と同居、2 階建て一軒家、母の介護のため無職。
- (12) いままでのケア：母が入浴等の介護を行っていた。

4. 事例の経過

1) 事例経過 I：抗 HIV 療法開始

自宅の浴室で転倒し、A 病院に救急搬送された。母から A 氏の様子を聞くと、A 氏は最近、もの忘れがひどくなり、けげんに感じる行動が増えた、服を何枚も重ね着してしまう、日中も寝てすごすようになってしまった、ということである。

A 病院での HDS-R では 9 点であった。A 病院

での精査の結果、HIV陽性が判明した。北海道エイズ治療ブロック拠点病院であるG病院へ転院となった。

X年Y月Z日：G病院へ入院。CD4、37、HIVウイルス量626,000コピー/ml。

X年Y月Z+2日：見当識障害、認知機能障害、注意力障害を認め、脳MRIで側脳室周囲白質にびまん性にT2・FLAIRで高信号を認めた。脳深部白質が主体で皮質下白質は保たれており、増強効果は認めなかった。臨床経過とMRI所見からは、HIV脳症と診断された。

X年Y月Z+3日：全身衰弱があり、歩行は困難であった。話しかけても返答があったりなかったりであった。日にち、時間、場所については正しく答えられない、病院にいることも理解していなかった。

X年Y月Z+5日：主治医から母へは、A氏の認知機能がHIV治療によりどこまで回復するのかわからないと説明があった。母から抗HIV療法（antiretroviral therapy：ART）の同意を得た。

X年Y月Z+6日：ARTが開始される。ARTとは3～4種類の抗HIV薬を組み合わせる飲む治療法である。ARTの効果を維持するために、毎日決められた時間に欠かさず服薬しなければならない。

(1) A氏母への初回面談・アセスメント；家族の意向とソーシャルワーカーの支援

ソーシャルワーカーに退院後の生活を本人、家族と話し合ってほしいという依頼が入院病棟からあり、A氏母と初回面談を行った。A氏は退院後に介護保険サービスが必要であることから、A氏の退院後の住まいについてもA氏母から希望を聞いた。また、HIV治療は高額な医療費がかかるため、身体障害者手帳を取得し医療費助成制度を受ける必要があることを説明した。A氏母からいまの気持ちや不安について聞いた。

①息子がHIV感染症であることを受け止めていない

A氏母はHIV感染症に対し恥ずかしく、（差別偏見から）地元で暮らせないのではないかと不安を訴えた。この不安はHIV／エイズが不名誉、恥の属性であり、差別や偏見の対象となるスティグマを与えられる疾患であることから生じている。HIV／エイズがスティグマの対象となる要因のひとつに、HIVに対する知識不足、誤解がある。A氏母が、息子がHIV感染症であることを受け入れられない要因はHIVのスティグマであり、スティグマの払拭にはソーシャルワーカーからA氏母へHIVについての正しい知識の提供、A氏母のHIV感染症への疑問の解消が有効であると考えた。

②医療費助成制度申請に伴う情報漏洩の懸念

A氏母はA氏が高額なARTを行うにあたり、身体障害者手帳を申請したり医療費助成制度を利用したりすると、市役所から情報が洩れ地域に噂が広がってしまうのではないかと不安を訴えた。この不安はやはり、前述のHIVへのスティグマから抱いた不安である。

③社会資源の調整援助

A氏母はW市の老人ホームに移る予定であったということである。息子であるA氏も、自分の転居予定のW市で介護を受けながら暮らすことのできる老人ホームなどで生活させたいという希望を話した。A氏母が住むB市と転居希望のW市とは距離があり、A氏母も下肢関節障害を負っているため、A氏が介護を受けられる老人ホーム、入所施設は、ソーシャルワーカーが主体となって探すことをA氏母と決めた。

(2) A氏への初回面談・アセスメント；本人の意向

A氏本人とも面談を行ったが、会話が成立しなかった。本人の意向はわからなかったが、まずはA氏母の意向に沿い、福祉制度などの申請代行と退院後の生活の場を探していくこととした。

(3) A氏母への初回面談時の介入とA氏・A氏母への支援計画

初回面談時のアセスメントから判明したA氏母の抱える「息子がHIV感染症であることを受け止められていない」「医療費助成制度申請に伴う情報漏洩の懸念」という問題は面談時、ソーシャルワーカーから「かつては死の病であったHIV／エイズも、現在は治療薬が開発され病気とつき合いながら健康な人と変わらない寿命を全うできること、HIVとつき合いながら社会生活を送れること、かつてのような差別偏見を受けることは少ないこと」「介護保険を申請しても、身体障害者手帳を申請しても、医療費助成制度を利用しても、市役所職員が個人情報漏らすことはない、守秘義務が徹底されるので、A氏がHIV陽性者であることが地域の噂になることはあり得ないこと」を伝えた。これは、HIVの正しい知識の提供、A氏母のHIV感染症への疑問の解消というスティグマの払拭をただちに行うことを意図した介入である。

A氏・A氏母への支援計画として、「①不安への心理援助を行う」「②スティグマの払拭を行う」「③医療費助成制度申請支援」「④A氏が介護を受けられる入所施設を選定する」をプランニングした。

A氏母へ初回面談時に介入を行った「①不安への心理援助を行う」「②スティグマの払拭を行う」については、今後も随時相談に応じることとした。「③医療費助成制度申請支援」は、A氏母が関節障害を負いB市窓口へ身体障害者手帳、医療費助成制度の申請に赴くことが困難であること、地元の住人にA氏の疾患・障害について知られたくないという気持ちがあることから、制度申請などはソーシャルワーカーが代行し、B市と調整することとした。

① A氏が介護を受けられる入所施設を選定する

ソーシャルワーカーがW市内でA氏の介護を受けられる入所施設を探すこととした。HIV陽性

者へ他の疾患と同様にサービス提供を行う北海道HIV福祉サービスネットワークのリスト内から探していくこととした。北海道HIV福祉サービスネットワークとは、HIV陽性者からのサービス利用の申し込みを、他の疾患の利用者と同様、サービス提供を行う北海道内の福祉事業所ネットワークである。

(4) 認知症の状況

A氏に対しHIV相談室カウンセラーにより心理検査が行われた。認知症スクリーニング検査(Mini-Mental State Examination: MMSE) 9/30点、同年齢の平均は24点である。A氏との会話が困難であり、本人が疲労を訴えたため検査を中断した。

2) 事例経過Ⅱ

X年Y月Z+25日：ソーシャルワーカーがA氏母と退院後の住まいについて面談を行った。A氏、A氏母のニーズに合う退院後の住まいを北海道HIV福祉サービスネットワークから選定し提示した。

A氏、A氏母のニーズに合うHIV福祉サービスネットワーク参加事業所に問い合わせしたところ、即入居可能とのことであったがA氏支援チーム内で検討したところ、即入居可能である事業所は交通の便がよくないという意見が出た。ソーシャルワーカーは、再度A氏、A氏母のニーズに合う退院後の住まいを探すこととなった。

X年Y月Z+30日：北海道HIV福祉サービスネットワークには参加していないが、通院しやすい地域にあるCサービス付き高齢者住宅が空いており、入居可能ということであった。ただし、HIVからくる認知症やHIVについてのケア方法がわからないということから、Cサービス付き高齢者住宅スタッフに向けてHIVについてのケア研修実施開催を行うこととした。内容・日時についてはソーシャルワーカーが調整を行った。

3) 事例経過Ⅲ；入居への準備

X年Y月Z+35日：歩行訓練、筋力訓練などのリハビリテーションによりA氏の歩行状態が

改善した。A氏の認知症の状態が変わってきた。^{*}「母親に会いに行く」「新聞を買いたい」と言って歩き回ったり、新聞を読むことに固執し、夕方の時間を朝と認識し「朝刊がくるので待つ」と言って不眠ですごすことがあったりしているが、入院当初に比べ会話が成り立つようになった。要介護認定の結果、要介護3であった。

X年Y月Z+43日：A氏の認知症が改善傾向であり、会話をを行うことができるようになってきた。ソーシャルワーカーはA氏と面談し、A氏母から退院後Cサービス付き高齢者住宅へ親子で入居したいという相談を受けていることを伝えた。A氏母の意向どおり、親子でCサービス付き高齢者住宅に入居することに同意された。Cサービス付き高齢者住宅スタッフへHAND・HIVについての基礎知識・ケアの方法を伝えるため、HIV診療支援センター看護師を派遣した。

X年Y月Z+45日：お金をしまうことを拒否する。お金をどこかに落としてしまっている。本人が金銭管理を行うことはむずかしい。

本人の意向：母と共にケアを受けながらCサービス付き高齢者向け住宅で暮らしたい。

4) 事例経過Ⅳ：退院～地域へ

X年Y月Z+48日：「今日は（ひいきの野球チーム）が勝った！」など会話がスムーズに行える。

X年Y月Z+66日：退院。Cサービス付き高齢者向け住宅に入居。

(1) Cサービス付き高齢者向け住宅からのケアに関する相談とA氏への権利擁護

X年Y月Z+48日：Cサービス付き高齢者向け住宅担当者から、A氏へのケアにあたり介護職員の感染予防のための個人用防護具の費用負担をしてほしいという連絡があった。また、A氏への介護については、できる限りA氏母に行ってもらうようなケアの方針であるということであった。

ソーシャルワーカーは、Cサービス付き高齢者向け住宅担当者、事業所職員に、HIV感染症への

理解不足から必要以上にHIV感染症を恐れていることを感じ取り、この相談電話のなかでただちにスティグマの払拭を行うこととした。「HIV感染症は空気感染、飛沫感染をしないこと、A氏への必要なケアのなかで介護職員への感染は起こり得ないこと、よってA氏へ特別な感染予防の個人用防護具の購入は必要ではないこと」を説明し、「母親がA氏への介護を担うことは母親の身体状況からむずかしく、Cサービス付き高齢者向け住宅の他の利用者と同様のケアを行ってほしい」と申し入れた。「HIV陽性者へ必要以上の感染防御を行うこと、必要なケアを他の利用者と同じように提供しないことは差別となり、人権侵害である」と伝え、A氏へ個人用防護具の費用負担を求めないこと、他の利用者と同じように必要なケアを提供してもらうこととなった。

(2) 家族の意向とソーシャルワーカーの支援

X年Y月Z+51日：A氏母からソーシャルワーカーに相談があった。「息子をつれて家に帰りたい」と思い詰めたように話した。どうしたのか理由を聞くと、Cサービス付き高齢者向け住宅へ入居できる日がずっと待っていても決まらない、やはりHIV感染症だと差別を受けてしまうのだ、だからCサービス付き高齢者向け住宅も難色を示しているのだと打ち明けられた。

援助計画「①不安への心理援助を行う」「②スティグマの払拭を行う」のとおり、ソーシャルワーカーはA氏母の不安を傾聴し、HIVという病気は残念ながら社会においてあまり知られていないこと、H医療機関も福祉事業所も受け入れやサービス提供時にHIVの基礎知識、ケアの方法を学ぶため時間がかかってしまうことを説明した。A氏母はソーシャルワーカーの説明に納得し、改めてCサービス付き高齢者向け住宅への入居準備をお願いしますと言った。

5) 事例経過Ⅴ：退院後

X年Y月Z+141日：MMSEは23/30点と、前回検査時（X年Y月Z+6日：MMSE 9/30点）より大きな改善がみられた。若干の短期記憶

障害はあるものの、認知症の周辺症状は消失した。

歩行訓練、筋力訓練などのリハビリテーションにより身体状況も改善し、ADLは自立となった。また、HIV ウイルス量は検出限界以下となった。要介護度は1となった。

A氏とA氏母の意向どおり、同じCサービス付き高齢者住宅にすることができた。サービス付き高齢者住宅入居に至るまで入院日数66日、ソーシャルワーカーへ退院支援依頼があり、入居までに42日を要した。また、HIV治療により、A氏の身体状況およびHANDは急速に改善した。退院後の心理検査では検査を完遂することができ、MMSEは23点と回復した。

ソーシャルワーカーの原理、とくに（人権）「すべての人々を生まれながらにして侵すことのできない権利を有する存在であることを認識し、いかなる理由によってもその権利の抑圧・侵害・略奪を容認しない」、（社会正義）「差別、貧困、抑圧、排除、無関心、暴力、環境破壊などの無い、自由、平等、共生に基づく社会正義の実現をめざす」に基づき、HIV感染症についての説明、調整により、A氏母、Cサービス付き高齢者住宅スタッフへHIVおよびHANDを正しく理解してもらい、A氏、A氏母の「HIVにより社会から阻害されず親子で暮らし続けたい」という意向は達成できた。

5. 考 察

エイズを発症しHANDとなったA氏はG病院での治療後、本人・母の意向どおりCサービス付き高齢者住宅に入居し、介護保険サービスも利用できることとなった。その後の心理検査では、認知症の状態も回復がみられた。A氏はHANDの最重症であるHIV認知症（HIV-associated dementia；HAD）であったと推定される。抗HIV治療により5か月ほどでHADから回復し、ADLも大きく改善した。ウイルス量が検出感度以下にできた症例では、ウイルスが残存している

症例に比べて神経認知機能の改善が大きいとする報告がある。ART開始により進行が抑制され、認知機能が軽快する例が増えている⁶⁾。

HANDの鑑別には、性感染症や不明熱などの既往歴、性生活や薬物使用などの生活歴の問診が重要となる。スクリーニング検査でHIV感染症が判明した場合、HANDと診断するためには、その他の神経認知症状を呈しうる疾患病態の除外が必要になる。HANDの画像所見については、頭部単純MRIのFLAIR像およびT2強調画像で白質に両側対称性な高信号域が特徴とされる⁷⁾。

HANDとアルツハイマー型認知症を比較すると、アルツハイマー型認知症の中核的な症状は記憶障害であり、視空間認知や計算機能、書字機能が障害される。それに対してHANDは、歩行や運動障害、集中力の低下や、思考や会話の緩慢さ、行動開始の意欲、目標の設定、計画の立案、状況に合わせて実行する能力などの困難が生じる⁸⁾。

HANDのケア事例はほとんどなく、HANDの人への認知症ケアは確立されていない。既存の認知症ケアを下敷きに、本人へのコミュニケーションを検討し、意思表示のないなかで本人の大切にしていること、生きがいや希望などを探しながら支援を行った。

また、A氏の退院にあたり、A氏母はHIV感染症への社会的イメージ、スティグマに苦しんだ。HIV陽性者やその家族は、社会からスティグマを受ける。HIVに関する知識不足または誤解から、差別・偏見を受けることが少なくない⁹⁾。このスティグマは、HIV陽性者の周囲だけにあるのではなく、HIV陽性者やその家族自身の内部にも存在する¹⁰⁾。

HIV感染症の理解が社会全体に広まっていはいない。過去のエイズパニックのイメージを抱き、福祉事業所職員もエイズは怖いものと思い、必要な福祉サービスが提供されない場合がある。

実際にはHIVはきわめて感染力が弱く、介護現場で他の利用者、介護職員へ感染することはほ

ほぼゼロに等しい。日本国内で医療機関、福祉事業所で感染伝播事例の報告は皆無である¹¹⁾。

HIV感染症、さらに知られていないHANDを福祉事業所職員、介護が必要な高齢者、その家族、社会全体に知ってもらう必要がある。

2019年6月18日に認知症施策推進関係閣僚会議において、認知症施策推進大綱（以下、大綱）が決定された。本決定の基本的な考えは、「認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」を推進するもの」であり、大綱のコンセプトには、「生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す」¹²⁾とある。

大綱は認知症すべてを内包するものであり、HANDも含まれると考える。HANDになっても希望をもち、HANDの人の家族の声を聴き、住み慣れた地域で暮らせる社会を目指さなければならない。

2014年にHIV陽性者の人でも他の疾患と同じようにサービス提供を行う、北海道内の福祉事業所が参加する北海道HIV福祉サービスネットワークを設立した¹³⁾。北海道内の福祉事業所と連携し、HIV感染症をもつ認知症の人が安心して暮らせる地域づくりを進めている。北海道内全域では、地域でHIV感染症をもつ認知症の人が暮らせる体制には至っていない。北海道内福祉事業所の人々と協力し、ネットワークの拡大を行う。

【文 献】

- 1) Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration: Survival of HIV-positive patients starting antiretroviral therapy between 1996 and 2013; a collaborative analysis of cohort studies. *The Lancet*.

HIV, 4(8):e349-e356 (2017).

- 2) UNAIDS (2020)「グローバル・エイズ・アップデート 2020 (概要版)」(https://api-net.jfap.or.jp/status/world/pdf/UNAIDS_GLOBAL_AIDS_UPDATE_2020_gaiyo_allpage.pdf, 2021.3.22)。
- 3) 厚生労働省エイズ動向委員会 (2019)「平成30(2018)年エイズ発生動向; 概要」(<https://api-net.jfap.or.jp/status/japan/data/2018/nenpo/h30gaiyo.pdf>, 2021.3.22)。
- 4) 全国新聞ネット (2012)「HIV治療に新たな問題増える軽度の認知障害早期治療、より重要に; 医療新世紀-47NEWS」(<https://www.47news.jp/feature/medical/2012/12/post-795.html>, 2021.3.23)。
- 5) 小西加保留編著: HIV/AIDS ソーシャルワーク: 実践と理論への展望。初版, 215-216, 中央法規出版, 東京 (2017)。
- 6) 橋本里奈, 向井栄一郎, 横幕能行, ほか: HIV脳症5例の臨床的特徴と経過。臨床神経学, 48(3):173-178 (2008)。
- 7) 中村慧一, 黒田健司, 岸 秀昭, ほか: 精神症状で発症したHIV関連神経認知障害 (HAND) の一例。旭川医療センター医学雑誌, 1:49-55 (2015)。
- 8) 健山正男, 上 薫: HIV関連神経認知障害の病態と治療の現況。日本化学療法学会雑誌, 68(1):108-115 (2020)。
- 9) 小西加保留編著: HIV/AIDS ソーシャルワーク: 実践と理論への展望。初版, 47, 中央法規出版, 東京 (2017)。
- 10) 北島 勉: HIV/AIDS 関連のスティグマ; 途上国におけるARTの普及はスティグマの削減に有効か?。日本エイズ学会誌, 14(3):134-140 (2012)。
- 11) 秋葉 隆: 透析医療における感染症対策ガイドライン。初版, 159-169, 日本メディカルセンター, 東京 (2016)。
- 12) 認知症施策推進関係閣僚会議 (2019)「認知症施策推進大綱」(<https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf>, 2021.3.24)。
- 13) 富田健一, 白坂るみ, 遠藤知之, ほか: 北海道HIV福祉サービスネットワークの構築。日本エイズ学会誌, 19(3):180-184 (2017)。