

# HIV/AIDS 診療 精神科ハンドブック



## 目 次

はじめに .....	1p
池田 学 (大阪大学大学院 医学系研究科 精神医学教室)	
第 1 章 HIV 陽性者に対する精神科医療の状況 .....	2p
池田 学 (大阪大学大学院 医学系研究科 精神医学教室)	
第 2 章 HIV /AIDS 総論・感染対策.....	8p
白阪 琢磨 (独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センター)	
第 3 章 大阪府の HIV/AIDS の発生動向及び検査体制等 .....	26p
西田 明子 (大阪府健康医療部 健康医療室感染症対策企画課)	
第 4 章 感染対策 (針刺の対応を含む) .....	31p
上平 朝子 (独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センター)	
第 5 章 HIV 陽性者の精神科受診ニーズと受診支援・調整 .....	38p
岡本 学 (独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センター)	
第 6 章 精神科医からみた HIV 感染症.....	50p
梅本 愛子 (独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪精神医療センター)	



## はじめに

HIV 治療の進歩に伴って HIV 陽性者の予後が改善し、その結果、HIV に伴う精神症状が多様化しているということが明らかになってきました。われわれは、2018 年度—2021 年度の厚生労働科学研究費補助金 エイズ対策政策研究事業「HIV 陽性者に対する精神・心理的支援方策および連携体制構築に資する研究（研究代表者 山田富秋）」に研究分担者として参加しました。そして、現時点では HIV の患者さんが HIV の治療を受けている医療機関に集中しているため、患者負担と HIV 診療拠点病院の負担を減らすためにも、診療拠点病院と精神科医療機関の診療体制の連携構築が必要で、患者さんに身近なところで精神科の医療を提供できるシステムを構築する必要があることを明らかにしました。また、HIV の患者に対応できる精神科医療の専門家の人材育成、それから教材の開発が望まれるということも分かりました。HIV の患者さんを受け入れたいと仰る先生方あるいは医療機関は多数あるけれども、通常精神科の研修等では HIV のことを勉強する機会がないので、研修会を開催して欲しいというご意見を多数いただきました。

今回は 2021 年度—2024 年度の厚生労働科学研究費補助金 エイズ対策政策研究事業「HIV 陽性者に対する精神・心理的支援のための身体科主治医と精神科専門職の連携体制構築に資する研究（研究代表者 池田 学）」において、精神科医並びに医師以外の精神科専門職に対して、HIV の患者さんの診察を受け入れるための研修会を実施し、その内容を精神科医療機関向けに小冊子にまとめることとなりました。HIV の診療を担う身体科主治医と精神科専門職の連携体制構築に役立てていただけたら幸いです。

池田 学

## 第1章 HIV陽性者に対する精神科医療の状況

### 1. HIVと精神科

HIVの治療が進展し、HIVは慢性疾患となりました。これまでは、HIVの治療を担当されている医療機関で精神的なフォローアップも非常に細やかにしていただいております。しかし、HIVが慢性疾患になったことで、患者さんが高齢化をされて遠方に受診が出来ない、長い治療期間、あるいは元々発症前に精神的なフォローが必要な方が増加するなど、精神科受診のニーズは非常に多様化しています。

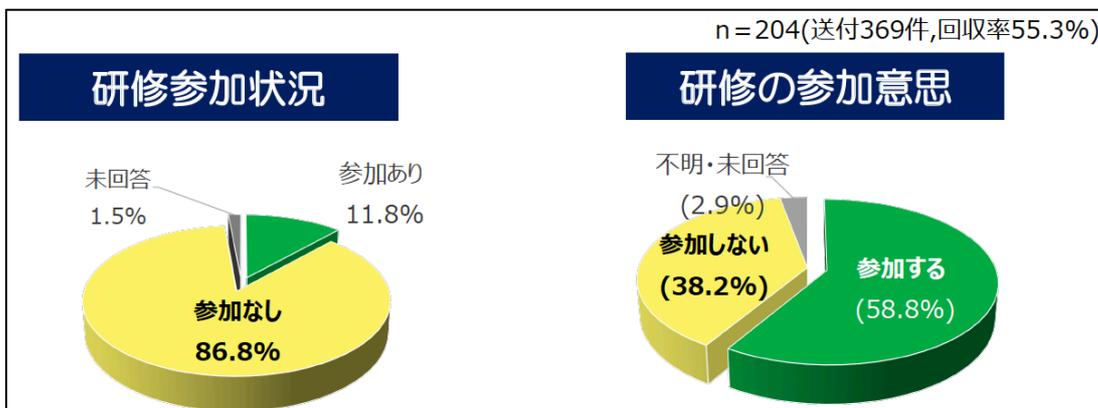
HIV治療を担当されている病院と歩調を合わせて、患者さんの身近な精神科医療機関でも細やかなフォローアップができるよう、HIVの方の精神症状やニーズに詳しい精神科医療の人材育成が望まれます。

### 2. 精神科のHIV研修状況と研修プログラムニーズ

2018年に大阪府の精神科医療施設を対象にHIV研修参加に関する調査を実施しました（図1）。

204施設から回答が得られ、HIVの研修会に参加したことがあるという精神科医療機関は、11.8%（24施設）にすぎず、HIV陽性者の診療経験があると回答した施設は28.4%（58施設）でした。しかし、**HIV研修会に参加してみたいと回答した精神科医療機関は58.8%（120施設）**であり、**HIVの診療経験のない先生方においても、HIV研修の参加意思がある方が非常に多い**ことがわかりました。

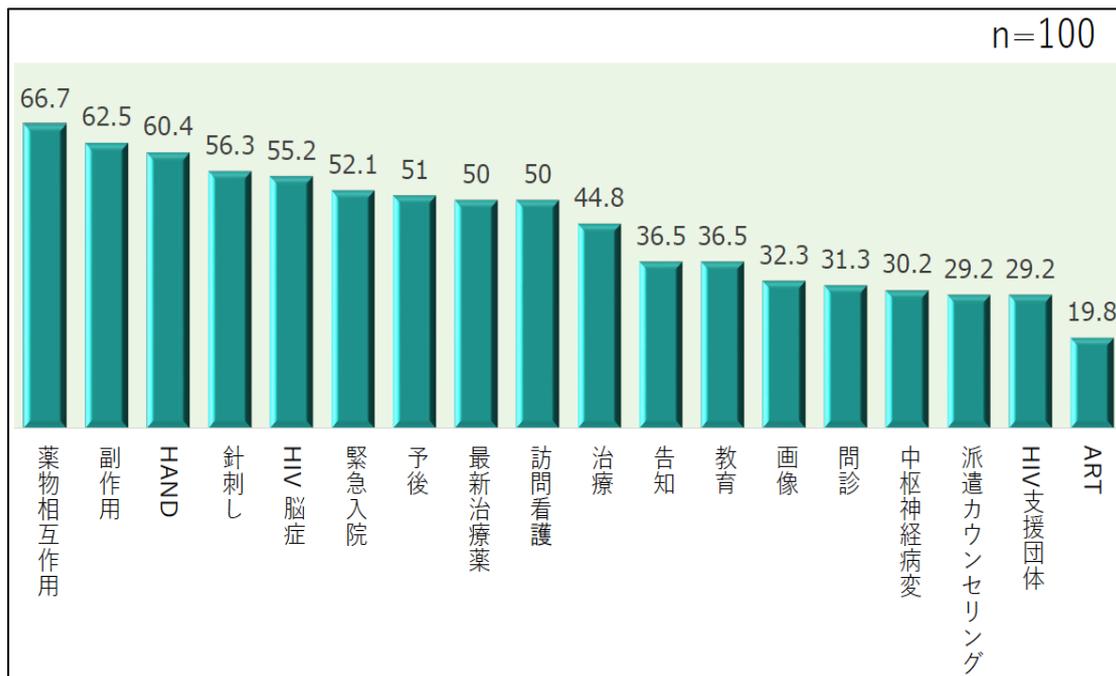
図1. 2018年度 精神科医のHIV研修参加および参加意思調査



そこで、2019年1月に大阪府精神科病院の会員施設、大阪精神科診療所協会の会員施設、大阪府

の精神科の標榜がある総合病院に所属する精神科医を対象として、精神科医向けのHIV研修プログラムニーズ調査を実施し、101施設から回答を得ました。「薬物相互作用」、「薬物の副作用」、「HIV関連神経認知障害（HIV-associated neurocognitive disorder; HAND）」、「針刺しの対応」、「HIV脳症」等、多様なニーズがありました（図2）。

図2. HIV研修の希望内容



### 3. HIV陽性者に対する精神科受診に関する調査

この章は、2021年1月にHIV陽性者28名（全員男性）を対象としたWEBアンケート調査の結果を元にしたものです。

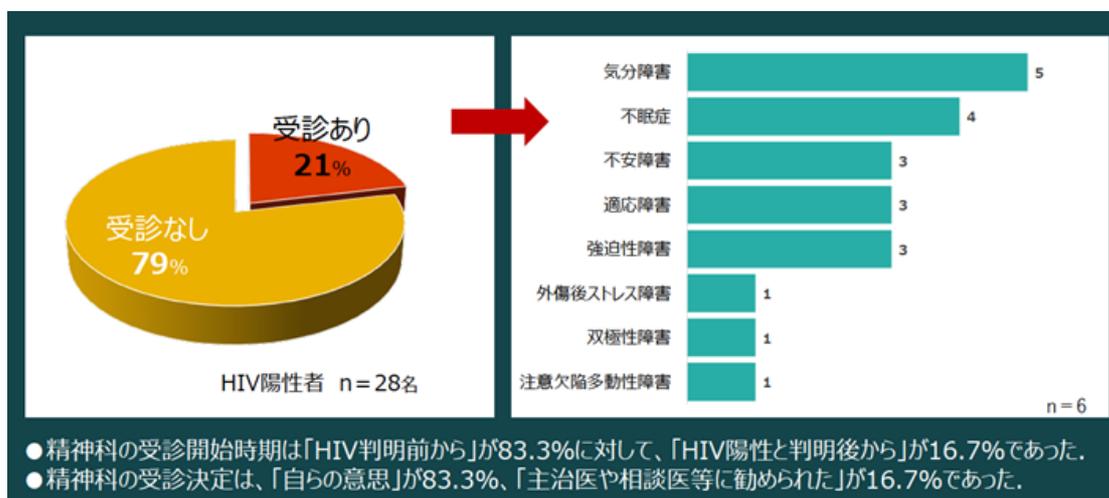
#### ① HIV陽性者の精神科受診状況

精神科の受診歴がある方は21.4%（6名）で、受診歴のない方が78.5%（22名）でした（図3）。

診断名は、うつ病を含む気分障害が最も多く17.9%（5名）、不眠症が14.3%（4名）でした。また、精神科受診開始時期は、「HIV判明前から」が83.3%（23名）に対して、「HIV陽性と判明後から」が16.7%（5名）でした。精神科受診決定は、「自らの意思」が83.3%（23名）、「主治医や相談医等に勧められた」が16.7%（5名）でした。

**精神科受診歴のあるHIV陽性者の方のうち、約80%に、HIVが判明する前から精神科受診歴がありました。**

図3. HIV陽性者の精神科受診状況と診断名

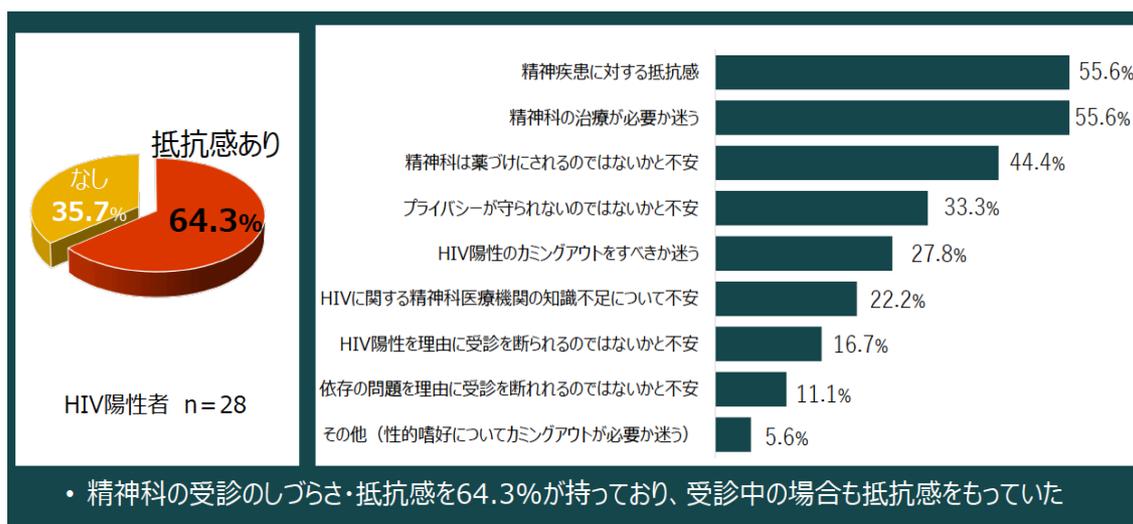


② HIV陽性者の精神科受診のしづらさ・抵抗感

精神科の受診に抵抗感があると回答した方は64.3%（18名）でした（図4）。

「精神疾患に対する抵抗感がある」、「精神科の治療が必要かどうか迷う」と回答した方はそれぞれ55.6%（15名）でした。また、「精神科は薬漬けにされるのではないかと不安に思う」、「プライバシーが守られないのではないかと不安である」といった理由で精神科に抵抗感があるとの回答でした。

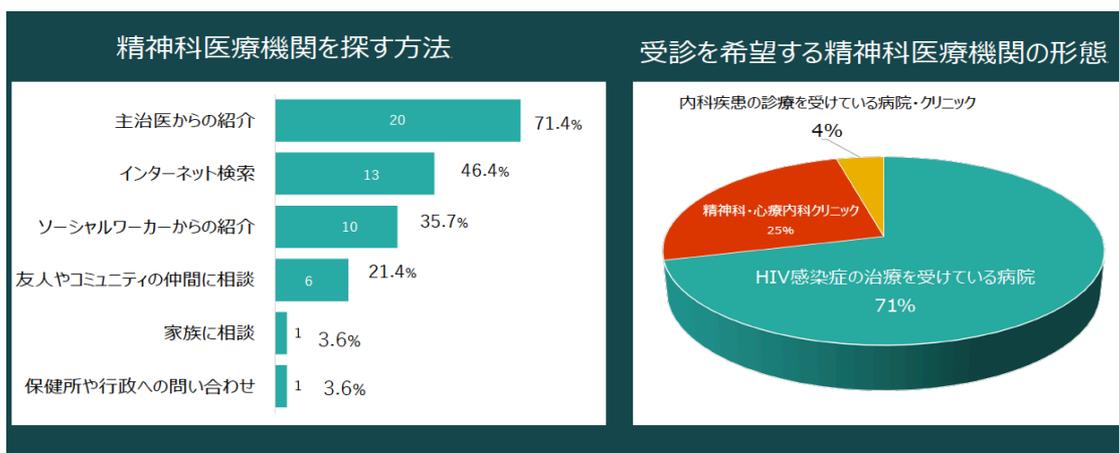
図4. 精神科受診のしづらさ・抵抗感



### ③ 精神科医療機関を探す方法

「HIV治療を受けている主治医からの紹介」が最も多く、71.4%（20名）を占めました。続いて、「インターネットでの検索」が46.4%（13名）、「ソーシャルワーカーからの紹介」が35.7%（10名）でした。受診を希望する精神科医療機関としては、当然ですが、「HIV 感染症の治療を受けている同じ医療機関」が71%で、「精神科・心療内科のクリニック」は25%でした（図5）。

図5. 精神科医療機関を探す方法、受診を希望する精神科医療機関の形態

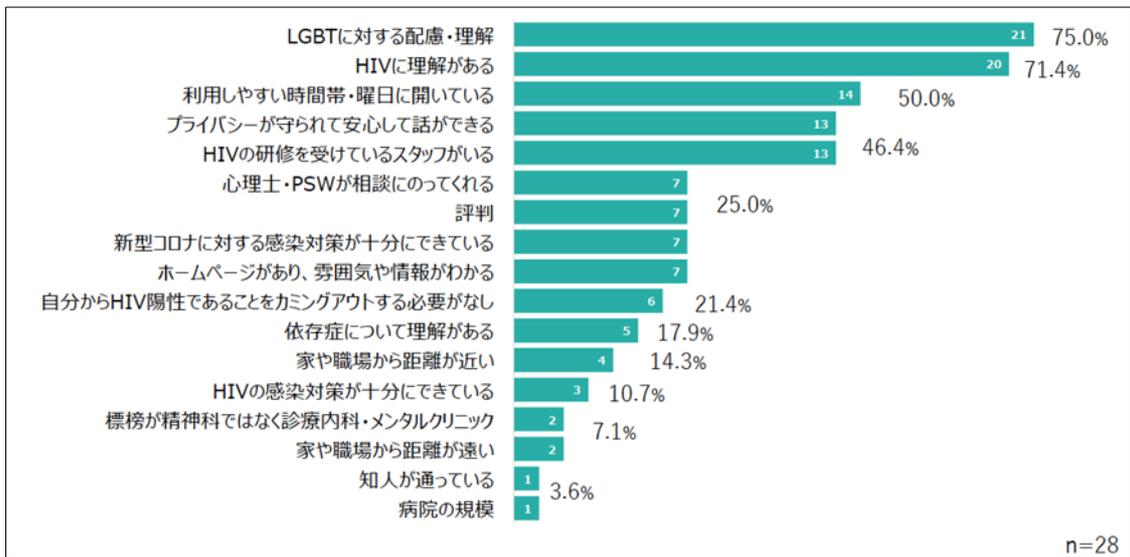


### ④ HIV陽性者の精神科医療機関の選定の要件

HIV 陽性の方が精神科の医療機関を選定するときの条件としては、「LGBTに対する配慮・理解がある」が75.0%（21名）と最も多く、「HIVに理解がある」が71.4%（20名）と続きました（図6）。また、「利用しやすい時間帯・曜日にクリニックがオープンしている」が50.0%（14名）、「プライバシーが守られて安心して話ができる」、「HIVの研修を受けているスタッフがいる」がそれぞれ46.4%（13名）と回答しました。

**HIVやLGBTに理解があり、心理士や精神保健福祉士等のソーシャルワーカーが気軽に相談にのってくれる**、といったようなことがニーズに上がっておりました。

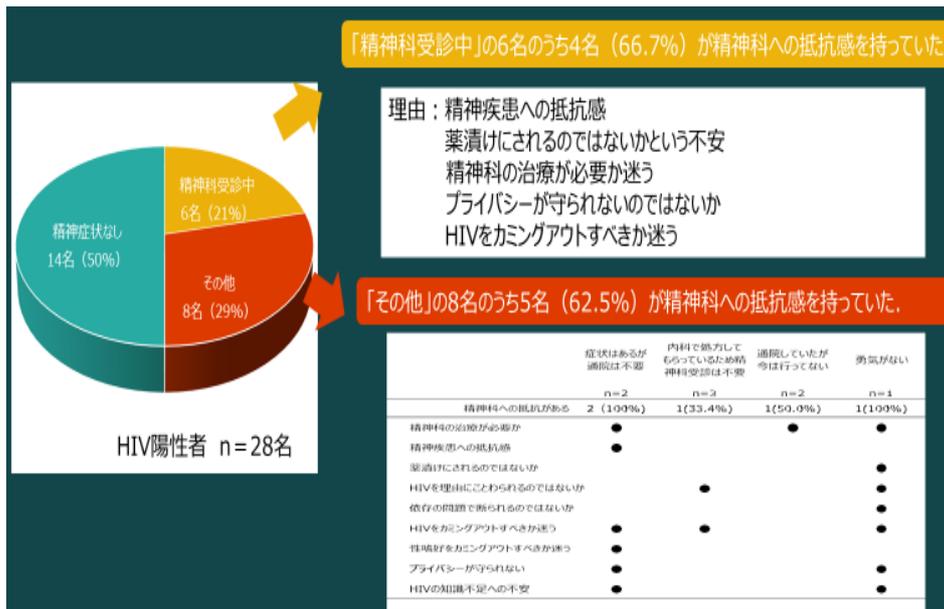
図6. HIV陽性者の精神科医療機関の選定の要件



⑤ HIV陽性者の精神症状と「精神科への抵抗感」

精神科受診中の6名のうちでも、4名（66.7%）の方がなお精神科受診には抵抗感を持っていました（図7）。「精神疾患そのものへの抵抗感」は一般の患者さんと同様ですが、**HIV特有の要件としては、「プライバシーが守られないのではないか」、「HIVをカミングアウトすべきかどうか迷う」、といったようなことが上がっていました。**

図7. HIV陽性者の精神科医療機関の選定の要件



---

#### 4. さいごに

HIV陽性者の方々からは精神科医療機関にHIVやLGBTに対する知識や理解を求める声が上がっていました。精神科医療機関においてはHIVに関して知識を得たいというニーズが示唆され、精神科医療機関の拡充に向けてはHIV研修を中心とした啓発活動等が効果的であると考えられました。

HIVが慢性疾患になったことで、HIVの患者さんたちは長期間感染症の治療を受けながら、更に様々な壁にぶつかりながら生活していかれる状況になっています。精神的なサポートが様々な場面で必要であり、それぞれの患者さんのニーズを把握しながらなるべく身近で精神的な支援が出来る体制を作っていければよいと思われます。

## 第2章 HIV/AIDS 総論・感染対策

### 1. HIV/AIDS のイメージ

皆さまは HIV/AIDS の今のイメージをどのようにお考えでしょうか。

図 1. 平成 30 年の内閣府世論調査の付帯調査

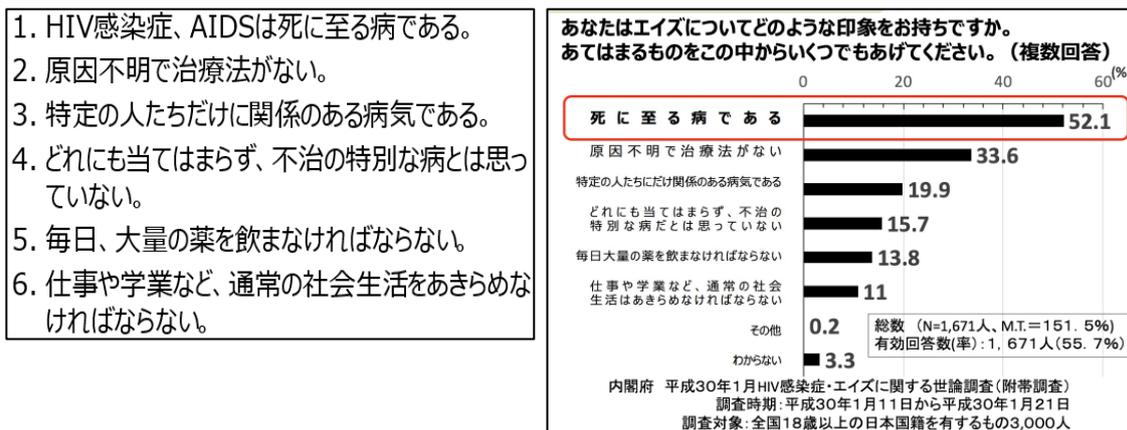


図 1 は、平成 30 年の内閣府世論調査の付帯調査です。これは全国 18 歳以上の日本国籍を有する方、3000 人での調査です。

一番多かったのが「死に至る病である」イェスと答えた方が 52%でした。「原因不明で治療法がない」と答えた方がは 3 人に 1 人。「特定の人たちに関係のある病気だ」と答えた方は 5 人に 1 人。「どれも当てはまらず、不治の特別な病だと思っていない」と考えている方は 6 人に 1 人程度でした。「毎日大量の薬を飲まなければならない」が 14%、「仕事や学業など HIV に感染すればもう通常の社会生活はあきらめなければいけない」と思っている方が 10%程度でした。

日本では、多くの方がこういう印象をお持ちでないかなと思います。

しかし、HIV 感染症に対する治療は進歩し、AIDS のイメージは大きく変化しています。

治療の進歩でどうイメージは変化したでしょうか？

## 2. エイズの新しい常識

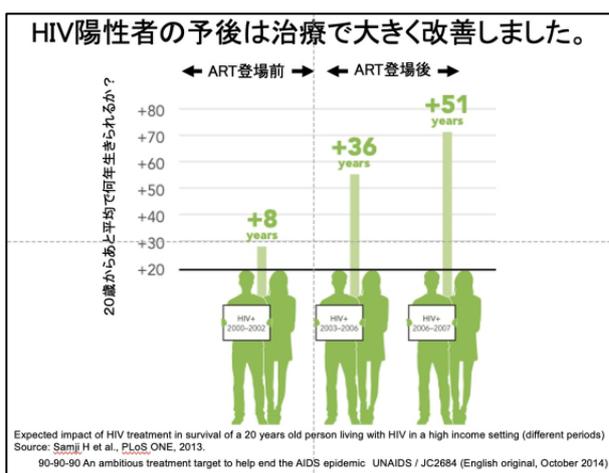
### 図 2. エイズの新しい常識・その 1



HIV の感染症治療専門でやってる者にとって、**HIV は慢性疾患である**ということは既に当たり前になっています（図 2）。

しかし、一般の方にはなかなかこのイメージが浸透していません。

### 図 3. HIV 陽性者の余命



2000 年当時、HIV に感染して 20 歳の方の平均余命は約 8 年と言われていました（図 3）。2003～2006 年では 36 年、2006～2007 年では 51 年というデータが出ました。

現在は、**感染者の方の余命は非感染者とほぼ同じである**というのが私の印象です。

ウイルスは大きく 2 つに分かれます。エンベロープという、着物を着ているようなウイルス（エンベロープウイルス）と、エンベロープの無いウイルス（ノンエンベロープウイルス）です。

ノンエンベロープウイルスは、ウイルス自体が頑丈です。代表はノロウイルスです。一方、エンベロープウイルスは、エンベロープがタンパクや脂質で構成されているため、アルコール消毒、或いは非常に強いタンパク分解酵素で簡単に死にます。実用的には皆さんが普段消毒でよく使われる消毒用エタノールが使えます。例えばインフルエンザ、コロナウイルス、HIV です。**環境中の HIV の消毒は非常に簡単**だとお考え頂いて間違いありません。

では、HIV はどうやってうつるんでしょう？

体液の内 HIV がいるのは、男性であれば精液、血液、女性であれば膣分泌液、血液、母乳があります。この 5 種類の体液を比べても HIV の多い少ないがはっきりしています。非常に沢山いるのは精液、あるいは血液です。比較的少ないのは、膣分泌液、母乳です。

お話をされて唾や手をつないだ時の手の平の汗には HIV はいません。咳をする、くしゃみをする、社会的なキスでもうつりません。ペットでもうつりません。HIV は蚊の中で生きられません。「うつらない」の反対語は「うつる」ですが、「うつるかもしれない」と考えてください。

#### 【性行為】

例えば、HIV 陽性の男性の方が女性とコンドームを使わずにセックスをした場合、1%程度の確率で感染すると言われており、殆どの人はうつりません。

#### 【血液媒介】

輸血や針の回し打ちでは、かなりの確率で感染します。ただし、日本赤十字社では厳密に、献血された血液の HIV をチェックしていますので、献血ではまずうつることはありません。

#### 【母子感染】

分娩の際に感染することや、母乳での感染することが考えられます。現在では、母子感染は予防ができ、感染率は約 1%未満と言われています。母子感染は年に 1 人、或いは 2 年に 1 人程ですが、妊婦検診を受けていない場合がほとんどです。

#### 【医療行為】

HIV 陽性の方は体液に HIV がいるため、取り扱う際にはゴム手袋の着用などが必要です。HIV の感染性はウイルス量に相関し、ウイルス量が感度未満（20 コピー/ml）の方ではまずうつりません。一方、治療を受けてない方では感染力は高いとお考えいただく方が良いでしょう。

図.4 HIV がいる/いない体液

HIVが、いる	HIVは、いない
精液 膣分泌液 血液 母乳	汗 涙 唾液 尿 便
<u>うつるかも知れない</u>	<u>うつらない</u>
○性行為	➢話しをする
○血液媒介	➢手をつなぐ
○母子感染	➢風呂、水泳
・医療上は	➢つり革
体液(胸・腹水、髄液)	➢一緒に鍋をつつく
にも注意	➢咳、くしゃみ
HIVの感染性 ∝ ウイルス量	➢ペット
	➢蚊
	➢キス

でも、HIV はセックスでうつるのでしょうか？？？

図 5. エイズの新しい常識・その 2



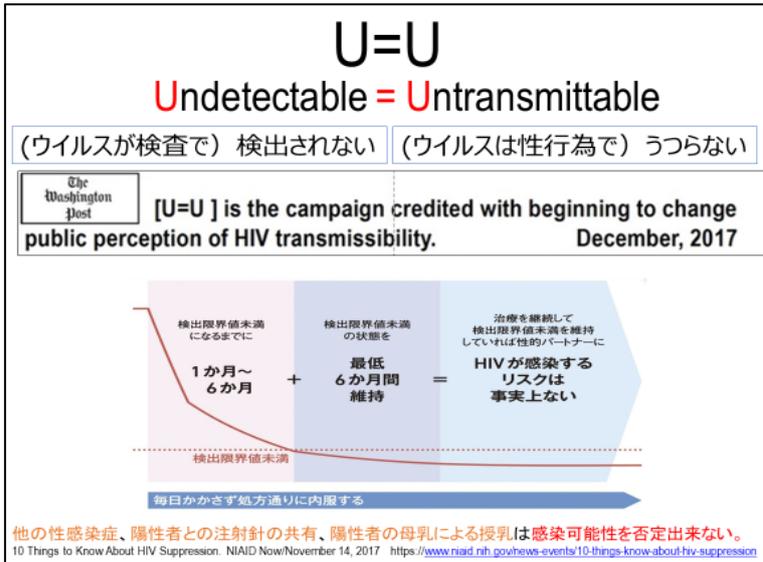
血液内のウイルスが 20 コピー/ml 未満であると検出限界未満、つまり、現在の検査の技術では検出できないぐらい下がっている状況になります。理屈的にはコンドームを使用しなくてももうつらないかもしれませんが、絶対にうつらないとは言えないので、必ずつけてくださいとずっと言ってきました。

しかし世の中には、コンドームを使わずにカップル間で性行為をしている人たちもいました。ある研究者が「それを放置していいのか？」、そういうクエスチョンを出し、治療状況の良い HIV 陽性と HIV 陰性のカップルに、コンドームを使わずにセックスして何人が感染するかを調べることにしました。多くの人が協力し、1000 人近くの人が研究に参加しました。その方々はコンドームを使わずに性行為をしていたわけですが、ビックリしたことに、**誰も感染していませんでした**。同じような追試が行われましたが、結局感染者は出ませんでした。

アメリカ・疾病対策予防センターは、「**治療状況の良い方からは性行為でも実質的には感染しません**」とメッセージを発信しました。また、アメリカのワシントンポストという一大誌が「U=U」と示しました（図 6）。「Undetectable = Untransmittable」の略で、「ウイルスが検査で検出されない人（Undetectable）」、「は「性行為で他者に感染させることがない（Untransmittable）」ということです。「**治療状況の良い人はもううつらない**」ということ「**U=U**」とことばで出しました。

ただし、他の性感染症（梅毒など）や、陽性者の方との注射針の共有・陽性者の授乳による HIV 感染については、感染しないという保証するデータはまだありません。

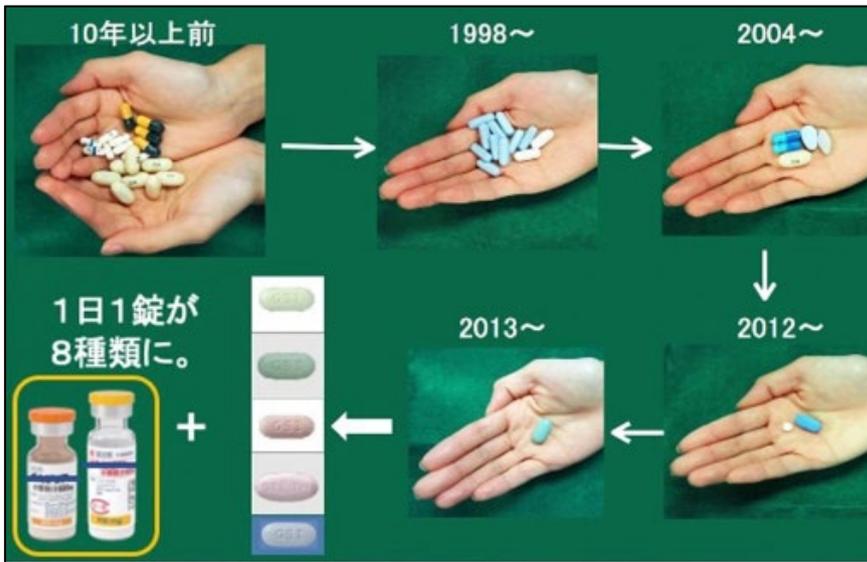
図 6. 「U=U」



10 年以上前は、両手に一杯のお薬を毎日飲んでおられました。今日では多剤併用療法が **1 日 1 錠** できる様になりました (図 7)。

日本においても 1 か月か 2 か月に一回の注射によるお薬も登場し、**治療状況はどんどん良くなっ**  
**てきています。**

図 7. 製剤開発による 1 日服薬剤数の推移 (エイズの新しい常識・その 3)



### 3. HIV 感染症の基礎知識

AIDS という病気は 1981 年頃に出てきました。男性同性愛者に多い病気でゲイ病と言われていましたが、血友病や輸血の患者さんも同じような病態を呈し、後天性免疫不全症候群と呼ばれまし

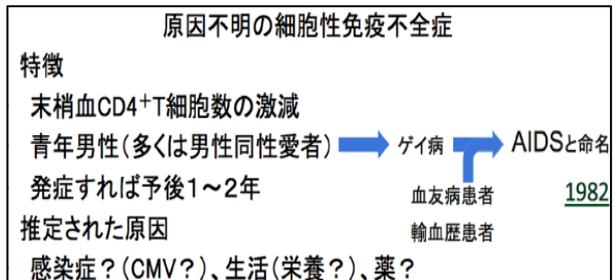
た（図 8）。フランスのモンタニエ達が発見したのがヒト免疫不全ウイルス（HIV というウイルス）でした（図 9）。

HIV に感染すると免疫細胞である CD4 陽性リンパ球が減ります。200 をきると免疫不全となり、日和見感染症が次々として出て、AIDS になります。感染して CD4 が 200 をきるまでに 10 年ぐらいかかるといわれています

図 8. AIDS と HIV の違い

<b>AIDS</b> 病気の名前		
Acquired Immunodeficiency Syndrome		
後天性	免疫不全	症候群
<b>HIV</b> 病原体の名前		
Human Immunodeficiency Virus		
ヒト	免疫不全	ウイルス

図 9. 発見当初のエイズの理解



4. AIDS の指標疾患

日本の AIDS の指標疾患です（図 10）。AIDS の診断には、HIV 確認検査が陽性で、かつ、一つ以上の指標疾患を認めることが条件になっています。国によって日和見感染症が少し異なりますが、多くの国ではこのように分類しています。

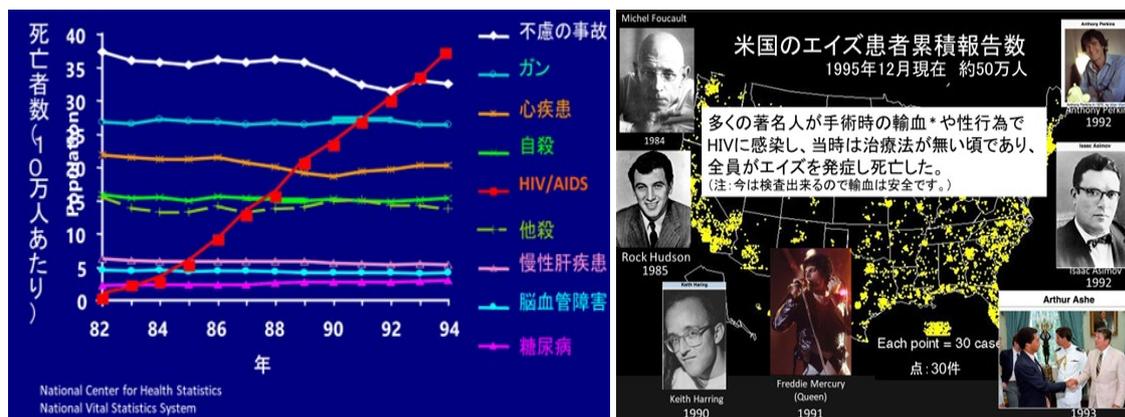
図 10. AIDS 期 (AIDS 指標疾患)

- |   |  |
|---|--|
| <p><b>A. 真菌症</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>カンジダ症</li> <li>クリプトコッカス症</li> <li>コクシジオイデス症</li> <li>ヒストプラズマ症</li> <li>ニューモシスチス肺炎</li> </ol> <p><b>B. 原虫症</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>トキソプラズマ脳症</li> <li>クリプトスポリジウム症</li> <li>イノスポラ症</li> </ol> <p><b>C. 細菌感染症</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>化膿性細菌感染症</li> <li>サルモネラ菌血症</li> <li>活動性結核</li> <li>非結核性抗酸菌症</li> </ol> | <p><b>D. ウイルス感染症</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>サイトメガロウイルス感染症</li> <li>単純ヘルペスウイルス感染症</li> <li>進行性多巣性白質脳症 (JCウイルス)</li> </ol> <p><b>E. 腫瘍</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>カポジ肉腫</li> <li>原発性脳リンパ腫</li> <li>非ホジキンリンパ腫</li> <li>浸潤性子宮頸癌</li> </ol> <p><b>F. その他</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>反復性肺炎</li> <li>リンパ性間質性肺炎</li> <li>HIV 脳症</li> <li>HIV 消耗性症候群</li> </ol> |
|---|--|

## 5. HIVとアメリカの歴史

1981 年に出てきた AIDS によって沢山の人が亡くなり、アメリカでは 1994 年、1995 年は 25～44 歳における死因の第一位が AIDS になりました（図 11）。

図 11. 死因別年間死亡率の推移（25～44 歳、米国）、米国のエイズ患者累積報告数



ゲイのコミュニティには男性同姓愛者という共通点がありますが、彼らは自分たちの親友が AIDS で死んでいくのを何とかしたいと思い、有効薬の開発が念願でした。最終的には、クリントン大統領に AIDS の治療薬を作ってくれという声を届けました。

クリントン大統領は当時のアメリカの 10 大政策の一つに AIDS 対策を置き、その中で AIDS の薬を開発するとしました。アメリカはたくさんのメガファーマがありますので、開発を重ね、プロテアーゼ阻害薬等、沢山の抗 HIV 薬が登場しました。

今の治療法が出るまでに Michel Foucault、Rock Hudson、Keith Harring それから映画ポヘミアンラプソディーで有名になった Freddie Mercury、SF 作家の Isaak Asimov など多くの方々が手術時の輸血や性行為で HIV に感染して AIDS を発症して亡くなりました。血液の抗体が測れるようになったのは 1987 年頃で、それまでは症状が出現するまで診断のしようが無かったと言われています。

1983 年には米国 CDC から HIV は日常生活ではうつらないというメッセージが出ていましたが、人々のエイズへの偏見差別はなくなる状況のなかで、ダイアナ妃は 1987 年頃から、アフリカの孤児院、AIDS で親を失った孤児院を訪問して AIDS の孤児を抱き、**AIDS は日常生活でうつらないと身をもって呈していました。**図 12 は、1992 年のライトハウスです。AIDS で視力を失った人としっかり握手をしています。1981 年には世界 AIDS day が WHO によって決められました。シンボルはレッドリボンです（図 13）。

精神科の先生方は、精神疾患を抱える方々の社会での偏見差別と戦っている方々だと思います。これは HIV でも同じです。

図 12. ダイアナ妃のエイズ啓発



図 13. 世界エイズデー

- 世界エイズデーは世界規模でのエイズ蔓延の防止、**エイズ患者やHIV感染者に対する偏見・差別の解消**を目的として、1988年に世界保健機関(WHO)によって定められた記念日。
  - 12月1日
  - シンボルは**赤いリボン**（感染者・患者への連帯を表す）。
- 

HIVを診ない理由のトップ5は図14にあるようなものがあげられますが、HIV医療が進歩した現在ではいずれも正当な理由にはならないことがお分かりかと思います。

図 14. HIVを診ない理由トップ5

- よく知らない(1980年代の頃の知識のまま)
  - 経験が無い(誰でも最初があります)
  - 風評被害が心配だ(今、そんな事例は無い)
  - うつろんじゃないか(標準予防策で良く対応策もある)
  - 専門家がいらない(多くは専門家が不要)
- ⇒ HIV医療が大きく進歩した現在、いずれも正当な理由ではない



図 16. 診療における HIV-1/2 感染症の診断(出展：診療における HIV-1/2 感染症の診断ガイドライン 2020)



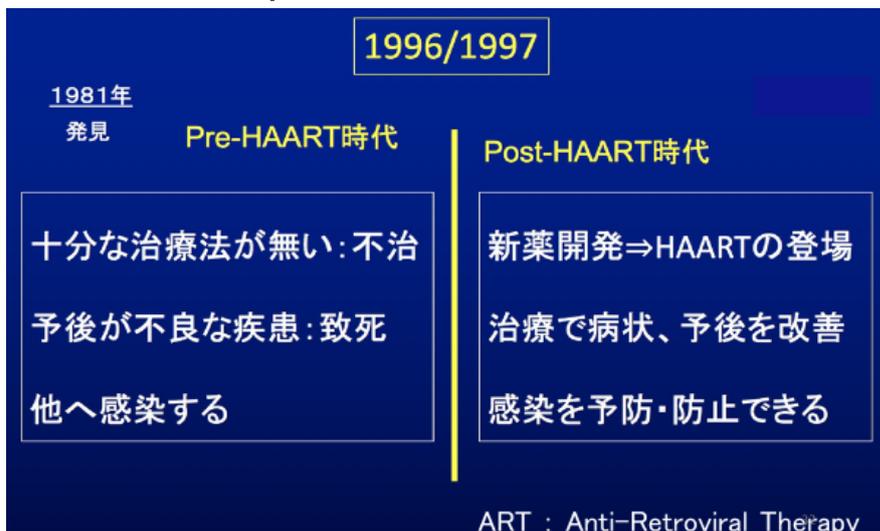
## 7. HIV 感染症/AIDS の診断

「HIV 検査相談マップ (<https://www.hivkensa.com/>) 」と検索すると、日本全国の HIV 検査を受けられる場所が載っています。多くの保健所等では無料匿名で受けられます。予約制の場合もあるため、受検を希望する場合は事前に調べた方がよいでしょう。

## 8. HIV 感染症の治療

以前は、不治の病、致死の病でしたが、満屋裕明先生が 1985 年にアメリカで世界最初の抗 HIV 薬を発明されたのに続き、治療が目覚ましく進歩し、1996 年頃に現在の標準治療法が始まりました。当時は HAART (highly active anti-retroviral therapy) と呼ばれましたが、現在は簡単に ART と呼ばれる多剤併用療法が登場してからは、生命予後が大きく改善し、さらにうつらない病気となりました。

図 17. HIV 感染症/AIDS のパラダイムシフト



HIV はウイルス粒子内に、3 つの酵素（逆転写酵素、インテグラーゼ、プロテアーゼ）を持ち、それらによって体内で HIV が増殖します（図 18）。今現在、この 3 つの酵素に対する阻害薬を使うことができますので、薬を使えば HIV は増えません。ただし、**HIV が死ぬわけではありません。**

図 18. HIV のライフサイクル

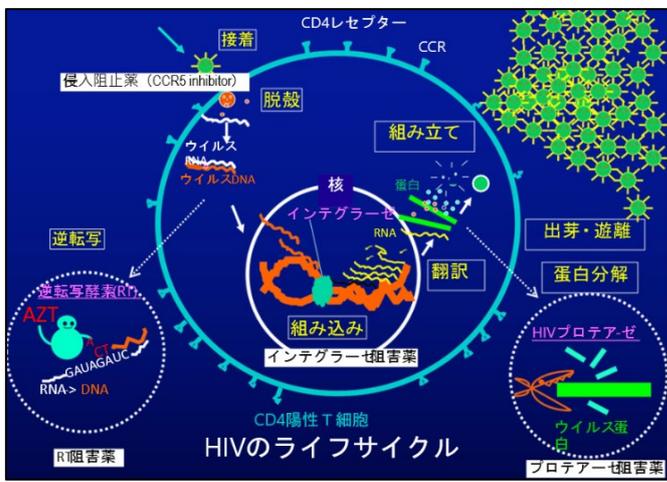


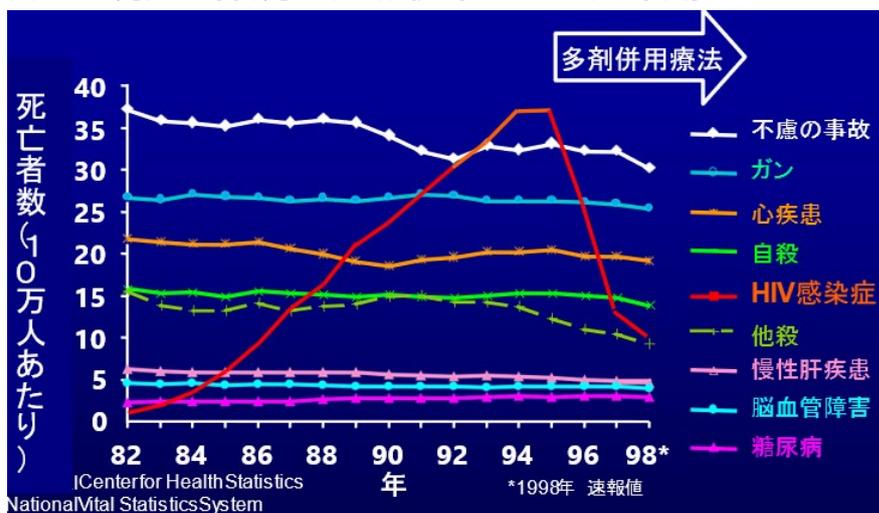
図 19. Newsweek の表紙



1996 年当時の日本語版 Newsweek では、「もう AIDS は怖くないのか?」と表紙を飾りました（図 19）。新薬が非常によく効き、生命に危険が及んでいた人が治ってきた、あるいは AIDS にならなくなってきたという意味では、正しいと思います。カクテル療法/HAART、現在では ART と呼ばれる非常に強力な治療法の基本は、多剤併用療法です。AIDS 発症を阻止し、生命予後を改善でき、二次感染症も予防できるようになり、慢性疾患になりました。

アメリカでは、1994 年頃から、数種類の抗 HIV 薬を組み合わせる内服する多剤併用療法が使われ、AIDS は死の病から消えました（図 20）。

図 20. 死因別年間死亡率の推移（25～44 歳、米国）



現在は、図 21 のような処方となっており、1 日 1 回の服薬となっています。

図 21. 初回治療において大部分の HIV 感染者に推奨される組み合わせの薬剤イメージ（出展：令和 3 年度厚生行政推進調査事業費補助金エイズ対策政策研究事業 HIV 感染症および血友病におけるチーム医療の構築と医療水準の向上を目指した研究班）

組み合わせ	服薬回数	服薬のタイミング	1日の錠剤数	1日に内服する錠剤
BIC/TAF/FTC	1	制限なし	1	
DTG/ABC/3TC	1	制限なし	1	
DTG + TAF/FTC	1	制限なし	2	 (HT)
DTG/3TC	1	制限なし	1	

厚生労働省の研究班のガイドライン等いくつかありますが、いずれも CD4 の値に関わらず治療を開始する時代になっています。HIV の治療は非常にお金がかかりますが、HIV 感染症は免疫機能障害という障害認定の対象疾患になっていますので、医療費減免の社会資源が利用できます（図 22）。

図 22. 抗 HIV 治療の開始時期（成人、慢性期）

要約
<ul style="list-style-type: none"><li>CD4数に関わらずすべてのHIV感染者に抗HIV治療の開始を推奨する（AI）。</li><li>治療開始にあたっては、服薬遵守の重要性を教育することや医療費減免のための社会資源の活用方法などについても詳しく説明しておかなければならない。早期の治療開始が推奨される近年においてはこれらの点への対応が以前にも増して重要となっている。</li></ul>
表IV-2 抗HIV薬治療の開始時期の目安
<p>CD4数に関わらず、すべてのHIV感染者に治療開始を推奨する(AI)</p> <p>注1: <u>抗HIV療法は健康保険の適応のみでは自己負担は高額であり、医療費助成制度（身体障害者手帳）を利用するが多い。主治医は医療費助成制度（身体障害者手帳）の適応を念頭に置き、必要であれば治療開始前にソーシャルワーカー等に相談するなど、十分な準備を行うことが求められる。</u></p> <p>注2: <u>エイズ指標疾患が重篤な場合は、その治療を優先する場合がある。</u></p> <p>注3: <u>免疫再構築症候群が危惧される場合は、エイズ指標疾患の治療を優先させる。</u></p>
<small>令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「対策政策研究事業」感染症及びその合併症の課題を克服する研究班（研究分担者）日本美保子 抗HIV治療ガイドライン2020年3月発行より</small>

また、まだ議論はありますが、暴露前予防薬（Pre-Exposure Prophylaxis ; PrEP）も開発されています。感染するリスクのある行為の前に飲むことで、ゲイの感染者が随分減ったというデータが出ており、日本のエイズ治療・研究開発センター（ACC）でも同じように効果があるというデータがでています。

## 9. 世界の感染状況

今、世界では約 3900 万人の感染者がいますと言われています（図 23）。1年間で、新規の HIV 感染者は 130 万人、AIDS の死亡者が 63 万人と推計されています。やはり今でも多いのはサハラ砂漠以南のアフリカですが、次に多いのがアジア地域です。

図 23. 地域別 HIV 陽性者数（成人と子供の合計）推計（2022 年）



国連合同エイズ計画（UNAIDS）の発表では、新規 HIV 感染者は毎年減っている、或いは AIDS の死亡者数もピークよりも減っていますが、薬が使えるようになったため、HIV 感染生存者はだんだん増えています（図 24）。

図 24. HIV 感染者数の報告（YOMIURI ONLINE）



**UNAIDS は 2030 年までに AIDS を終わらせると宣言しました** (図 25)。そのために、3つの 90%を達成する目標 (90-90-90) を掲げました。これは、「HIV 陽性の方が自分の HIV 感染を 90%以上の人知っていること」、「感染者の 90%が病院に行き治療を受けること」、「感染者の 90%がよい治療状況であること」を指します。そうであればやがて減っていきますが、掛け合わせと  $0.9 \times 0.9 \times 0.9$  ですから 73%にしか減りません。それではまだ不十分だということで、最近は 95-95-95 と上げてますが、これでも 0 にはならず、厳しい状況があります。

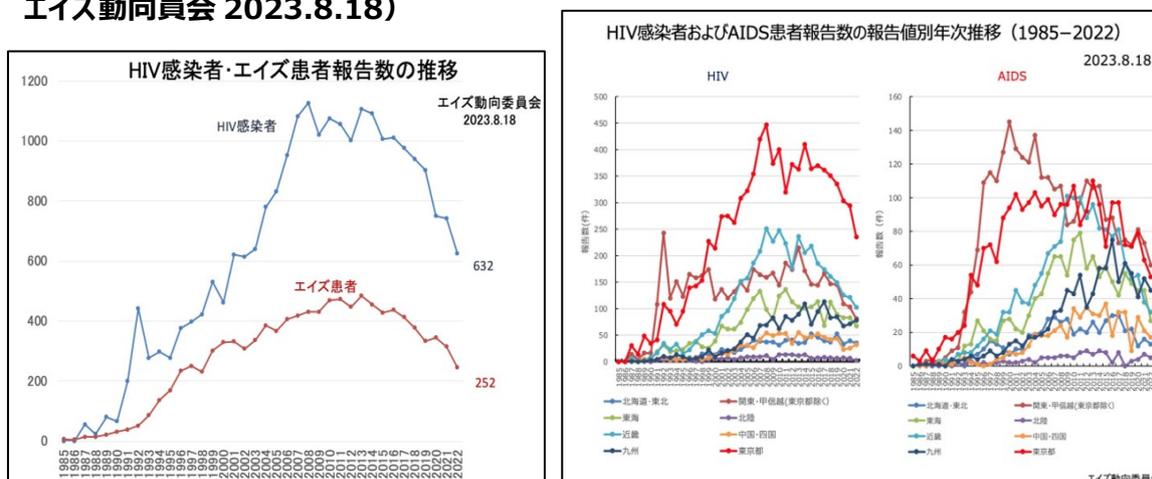
**図 25. Ending the AIDS epidemic by 2023**



## 10. 日本の感染状況

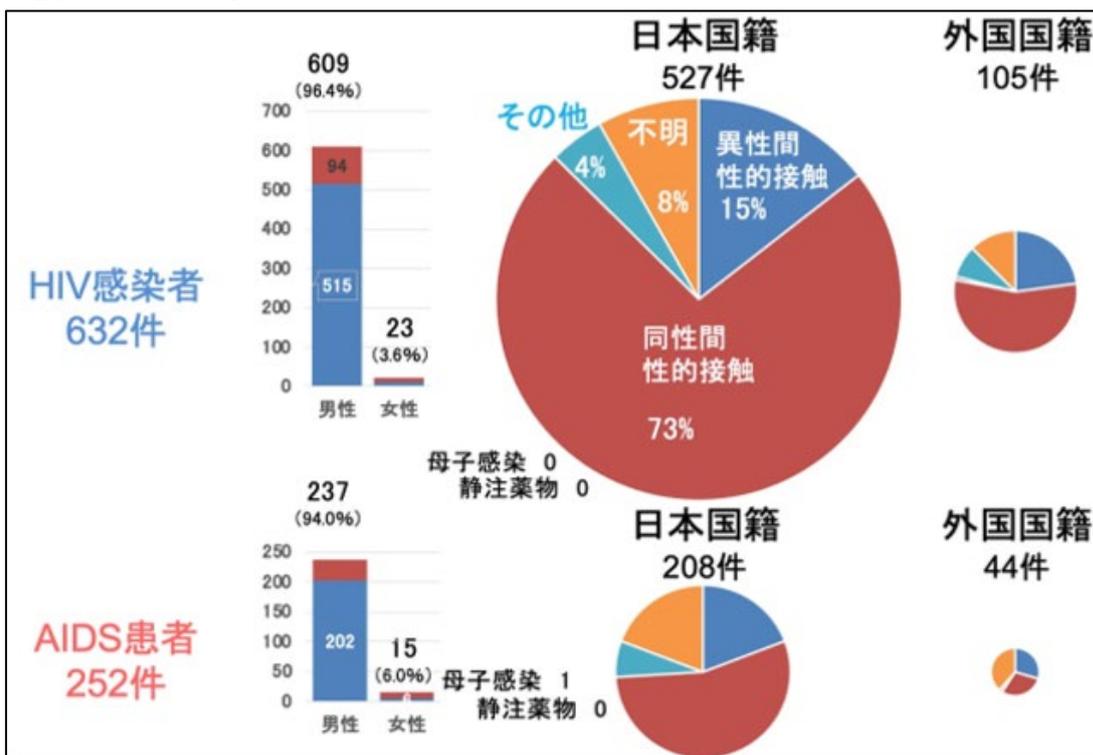
図 26 はエイズ動向委員会による、2022 年までの毎年の新規 HIV 感染者、新規 AIDS 患者の数です。日本においては HIV 陽性と診断された時に AIDS を発症としていけばエイズ患者、発症していなければ HIV 感染者と報告がされます。2008 年まで患者数は増加傾向でしたが、様々な努力下がってきました。ただし、恐らく数年すると、コロナの影響で検査を受けられなかった方の中から HIV 感染者や AIDS 患者がじわじわと報告されてくるかもしれないというふうに考えています。

**図 26. わが国の疫学、HIV 感染者および AIDS 患者報告数の報告地別年次推移 (出展 : エイズ動向委員会 2023.8.18)**



また、日本における感染者の内訳は、**日本人男性が 95%**で、そのほとんどが**同性間の性的接触による感染**です（図 27）。AIDS 患者は様々な地域に分布していますが、HIV の検査受ける施設が少ない地域では、**AIDS 患者になるまで分からない**という方が多くなってしまっています。

図 27. 日本の性別、感染経路別、国籍別の HIV 感染者と AIDS 患者（出展：エイズ動向委員会 2023.8.18）

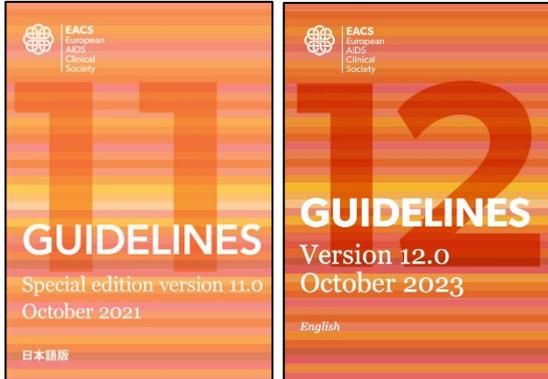


### 11. まとめ

- ・AIDS は病気の名前で HIV はその病原体である。
- ・治療の進歩で HIV 感染症は慢性疾患となった。
- ・治療は抗 HIV 薬を飲み続ける事が必要（良好な服薬アドヒアランス）。
- ・HIV の感染経路は限られ、感染率も低く、日常生活で感染しない。
- ・治療状況が良ければ、性行為でも感染しない。
- ・我が国の年間新規 HIV 報告数は約千人と漸減傾向にあるが、梅毒の新規報告数が男女で増え続けている事と考えあわせると、予断を許さない。

📄 情報提供

① European AIDS Clinical Society



欧州エイズ臨床学会 (EACS)によって作成され、HIV/AIDS に関する包括的な推奨事項が記載されており、頻繁に改訂が行われています。

以下、【EACS GUIDELINES Special edition version11.0 October 2021 日本語版】より抜粋

陽性者におけるメンタルヘルス：うつ病および不安症		
うつ病：スクリーニングおよび診断		
<b>意義</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>HIV 陽性者におけるうつ病の有病率は高い (一般集団 7%に対して 20 ~ 40%)</li> <li>うつ病に伴う顕著な障害および治療転帰の悪化</li> <li>うつ病性障害は、著しい不安および全般的な健康状態不良を伴うことが多い</li> </ul>		
スクリーニングおよび診断		
対象	スクリーニング法	診断法
<p>うつ病の有病率は高いため、すべての HIV 陽性者に対してスクリーニングを推奨</p> <p>特にリスクが高い集団</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>うつ病の家族歴</li> <li>うつ病エピソードの既往</li> <li>高齢</li> <li>青年</li> <li>薬物中毒、精神、神経または重度の身体的合併疾患の既往</li> <li>EFV の使用</li> <li>向精神薬およびリクリエーション・ドラッグの使用</li> <li>神経認知障害の調査の一環。104 ページ参照</li> <li>社会的孤立 (特に COVID-19 のパンデミック時)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 ~ 2 年ごとにスクリーニング</li> <li>2 つの質問：               <ol style="list-style-type: none"> <li>「この数か月間、抑うつ状態になったり、悲しくなったり、絶望的になることがよくありましたか」</li> <li>「以前は楽しんでいた活動への興味がなくなりましたか」</li> </ol> </li> <li>他の病態 (甲状腺機能低下症、性腺機能低下症、クッシング症候群、ビタミン B12 欠乏など) を除外する</li> <li>ART および ART 以外の薬剤 (EFV など) による二次的な抑うつ症状を除外する</li> <li>以下の質問により自殺のリスクを評価する               <ul style="list-style-type: none"> <li>ただの思いつきか？</li> <li>侵入思考として思い浮かぶか？何回くらい思い浮かぶか？</li> <li>そのような考えをどの程度コントロールできるか？</li> <li>計画を立てたことがあるか？</li> <li>行動を起こそうとしているか？</li> </ul> </li> </ul>	<p>症状 - 定期的に評価する</p> <p><b>A.</b> 2 週間以上の抑うつ気分 または</p> <p><b>B.</b> 興味の喪失 または</p> <p><b>C.</b> 喜びの減少</p> <p>かつ以下の 7 項目中 4 項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 カ月間で <math>\geq 5\%</math> の体重変化または持続的な食欲の変化</li> <li>習慣的な不眠症または過眠症</li> <li>思考および行動の速度変化</li> <li>疲労</li> <li>罪悪感および無気力</li> <li>集中力および決断力の低下</li> <li>希死念慮または自殺企図 (9)</li> </ol>

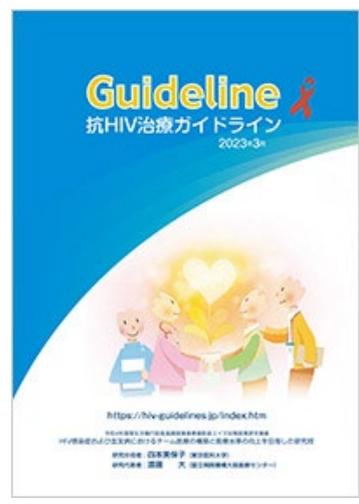
## 抗うつ薬とARV薬の薬物相互作用\*

\* Part IV の 99 ページに同表を掲載。

抗うつ薬	ATV/c	ATV/r	DRV/c	DRV/r	LPV/r	DOR	EFV	ETV	NVP	RPV	FTR	MVC	BIC	CAB (経口)	CAB/ RPV	DTG	EVG/c	RAL	TAF	TDF	
<b>NaSSA</b>																					
ミルタザピン	↑ <sup>a</sup>	↑ <sup>a</sup>	↑	↑	↑ <sup>a</sup>	↔	↓	↓	↓	↔ <sup>a</sup>	↔ <sup>a</sup>	↔	↔	↔	↔ <sup>a</sup>	↔	↑	↔	↔	↔	
<b>SSRI</b>																					
citalopram	↑ <sup>a,b</sup>	↑ <sup>a,b</sup>	↑	↑	↑ <sup>a,b</sup>	↔	↓	↓	↓	↔ <sup>a</sup>	↔ <sup>a</sup>	↔	↔	↔	↔ <sup>a</sup>	↔	↑	↔	↔	↔	
エシタロプラム	↑ <sup>a,b</sup>	↑ <sup>a,b</sup>	↑	↑	↑ <sup>a,b</sup>	↔	↓	↓	↓	↔ <sup>a</sup>	↔ <sup>a</sup>	↔	↔	↔	↔ <sup>a</sup>	↔	↑	↔	↔	↔	
fluoxetine	↑	↑	↑	↑	↑ <sup>a</sup>	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	
フルボキサミン	↑	↑	↑	↑	↑ <sup>a</sup>	↔	↔	↔	E	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	
パロキセチン	↑ <sup>1?</sup>	↑ <sup>1?</sup>	↑ <sup>1?</sup>	↓39%	↑ <sup>1?</sup>	↔	↔	↓3%	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑ <sup>1?</sup>	↔	↔	↔	
セルトラリン	↑	↓	↑	↓49%	↓ <sup>a</sup>	↔	↔	↓39%	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↓7%	↔	↓9%	↔	
ボルネオキセチン	↑ <sup>c</sup>	↑ <sup>c</sup>	↑ <sup>c</sup>	↑ <sup>c</sup>	↑ <sup>c</sup>	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑ <sup>c</sup>	↔	↔	↔	
<b>SNRI</b>																					
desvenlafaxine	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
デュロキセチン	↑	↑ <sup>1</sup>	↑	↑ <sup>1</sup>	↑ <sup>1</sup>	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	
ミルナシبران	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
ベンラファキシン	↑ <sup>a</sup>	↑ <sup>a</sup>	↑	↑	↑ <sup>a</sup>	↔	↓	↓	↓	↔ <sup>a</sup>	↔ <sup>a</sup>	D	↔	↔	↔ <sup>a</sup>	↔	↑	↔	↔	↔	
<b>TCA</b>																					
アミトリプチリン	↑	↑	↑	↑	↑ <sup>a,b</sup>	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	
クロミプラミン	↑ <sup>a,b</sup>	↑ <sup>a,b</sup>	↑ <sup>b</sup>	↑ <sup>b</sup>	↑ <sup>a,b</sup>	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑ <sup>b</sup>	↔	↔	↔	
desipramine	↑ <sup>a</sup>	↑ <sup>a</sup>	↑	↑	↑5% <sup>a</sup>	↔	↔	↔	↔	↔ <sup>a</sup>	↔ <sup>a</sup>	↔	↔	↔	↔ <sup>a</sup>	↔	↑	↔	↔	↔	
doxepin	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	
イミプラミン	↑ <sup>a,b</sup>	↑ <sup>a,b</sup>	↑ <sup>b</sup>	↑ <sup>b</sup>	↑ <sup>a,b</sup>	↔	↓	↓	↓	↔ <sup>a</sup>	↔ <sup>a</sup>	↔	↔	↔	↔ <sup>a</sup>	↔	↑ <sup>b</sup>	↔	↔	↔	
ノルトリプチリン	↑ <sup>a</sup>	↑ <sup>a</sup>	↑	↑	↑ <sup>a</sup>	↔	↔	↔	↔	↔ <sup>a</sup>	↔ <sup>a</sup>	↔	↔	↔	↔ <sup>a</sup>	↔	↑	↔	↔	↔	
トリミプラミン	↑ <sup>a</sup>	↑ <sup>a</sup>	↑	↑	↑ <sup>a</sup>	↔	↔	↔	↔	↔ <sup>a</sup>	↔ <sup>a</sup>	↔	↔	↔	↔ <sup>a</sup>	↔	↑	↔	↔	↔	
<b>TeCA</b>																					
マプロチリン	↑ <sup>a</sup>	↑ <sup>a</sup>	↑	↑	↑ <sup>a</sup>	↔	↔	↔	↔	↔ <sup>a</sup>	↔ <sup>a</sup>	↔	↔	↔	↔ <sup>a</sup>	↔	↑	↔	↔	↔	
ミアンセリン	↑ <sup>a</sup>	↑ <sup>a</sup>	↑	↑	↑ <sup>a</sup>	↔	↓	↓	↓	↔ <sup>a</sup>	↔ <sup>a</sup>	↔	↔	↔	↔ <sup>a</sup>	↔	↑	↔	↔	↔	
<b>その他</b>																					
agomelatine	↔	↓	↔	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
bupropion	↔	↓	↔	↓	↓57%	↔	↓55%	↔	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑?	↔	↔	↔	
nefazodone	↑	↑	↑	↑	↑	E	↓E	↓E	↓E	E	E	E	E	↔	E	↔	↑	↔	↔	↔	
phenelzine	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
reboxetine	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	
セント・ジョンズ・ワート	D <sup>d</sup>	D <sup>d</sup>	D <sup>d</sup>	D <sup>d</sup>	D <sup>d</sup>	D <sup>d</sup>	D <sup>d</sup>	D <sup>d</sup>	D <sup>d</sup>	D <sup>d</sup>	D <sup>d</sup>	D <sup>d</sup>	D <sup>d</sup>	↔	D <sup>d</sup>	D <sup>d</sup>	D <sup>d</sup>	D <sup>d</sup>	D <sup>d</sup>	↔	
tranylcypromine	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	
トラゾドン	↑ <sup>a,b</sup>	↑ <sup>a,b</sup>	↑	↑	↑ <sup>a,b</sup>	↔	↓	↓	↓	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	

- 色別用例
- 臨床的に重要な相互作用は予測されない
  - 併用禁忌
  - 臨床的に重要な相互作用の可能性あり。追加モニタリング、用量または投与間隔の調節を要する
  - 弱い相互作用の可能性あり。追加措置 / モニタリングまたは用量調節が必要となる可能性は低い

## ② 抗 HIV 治療ガイドライン



日本における HIV 診療を世界の標準レベルに維持を目的に、厚生労働科学研究の研究班が担当し発行されています。

👉 もっと詳しく知りたい方：エイズ予防財団・API-net

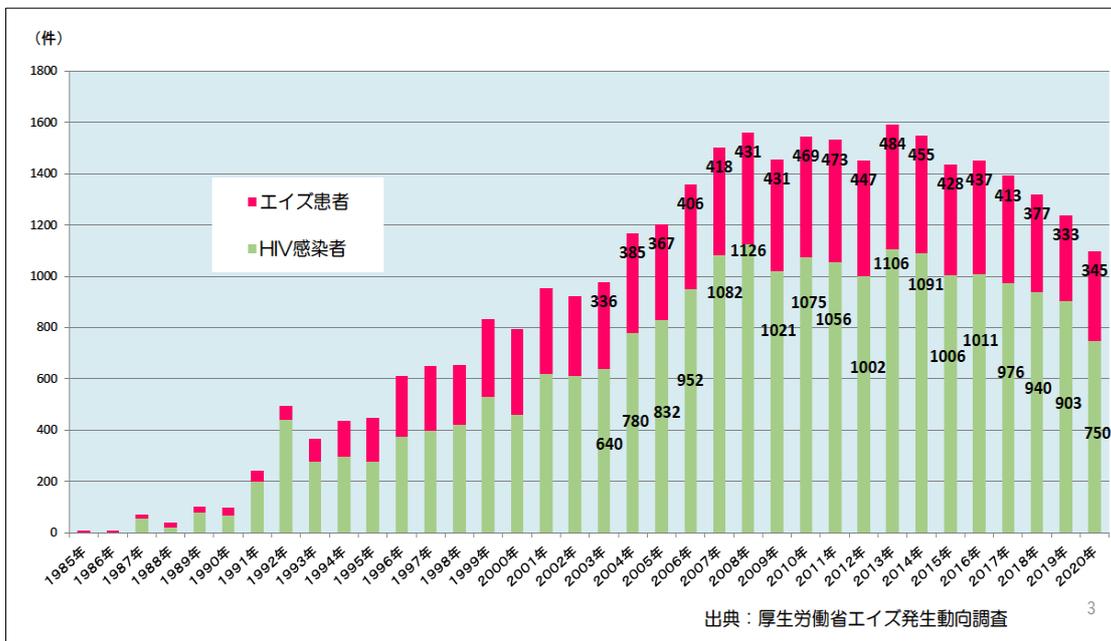
### 第3章 大阪府の HIV/AIDS の発生動向及び検査体制等

#### 1. HIV/AIDS の発生動向

##### 1) HIV 感染者数と AIDS 患者数の年次推移

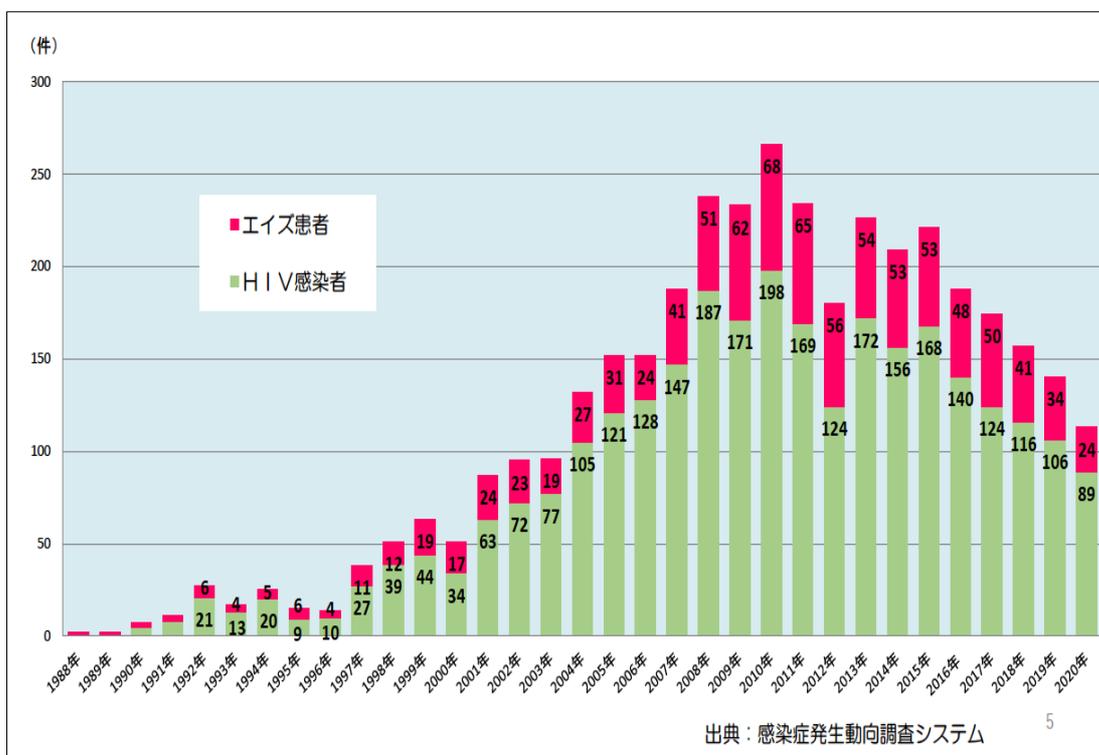
日本の HIV 感染者と AIDS 患者の報告数の年次推移です（図1）。2020年の報告数は、HIV 感染者は 750 人、AIDS 患者は 345 人で、減少傾向にあります。

図1. 日本の HIV 感染者と AIDS 患者数の推移



大阪府の年次推移です（図2）。政令市や中核市所在の医療機関からの報告数も含まれています。2020年の報告数は、HIV 感染者は 89 人、AIDS 患者（AIDS 指標に基づいて発症していると診断）は 24 人で、日本の年次推移と同様に減少傾向が見られます。年別では、2020年は検査数が少なかったため、HIV 感染者や AIDS 患者を発見できなかった可能性があります。

図 2. 大阪の HIV 感染者と AIDS 患者数の推移



## 2) 年齢

年齢別の報告数では、HIV 感染者は 20 代と 30 代が 75%と多く、AIDS 患者では 40 代と 50 代が 60%以上を占めています。

## 3) 国籍と性別

国籍別・性別の報告数では、日本人男性が 80%を占めています。

## 4) 感染経路

感染経路別の内訳では、同性間性的接触が約 70%を占め、異性間感染は 12%、静注薬物使用 2%、母子感染は 0%、その他・不明は 18%です。

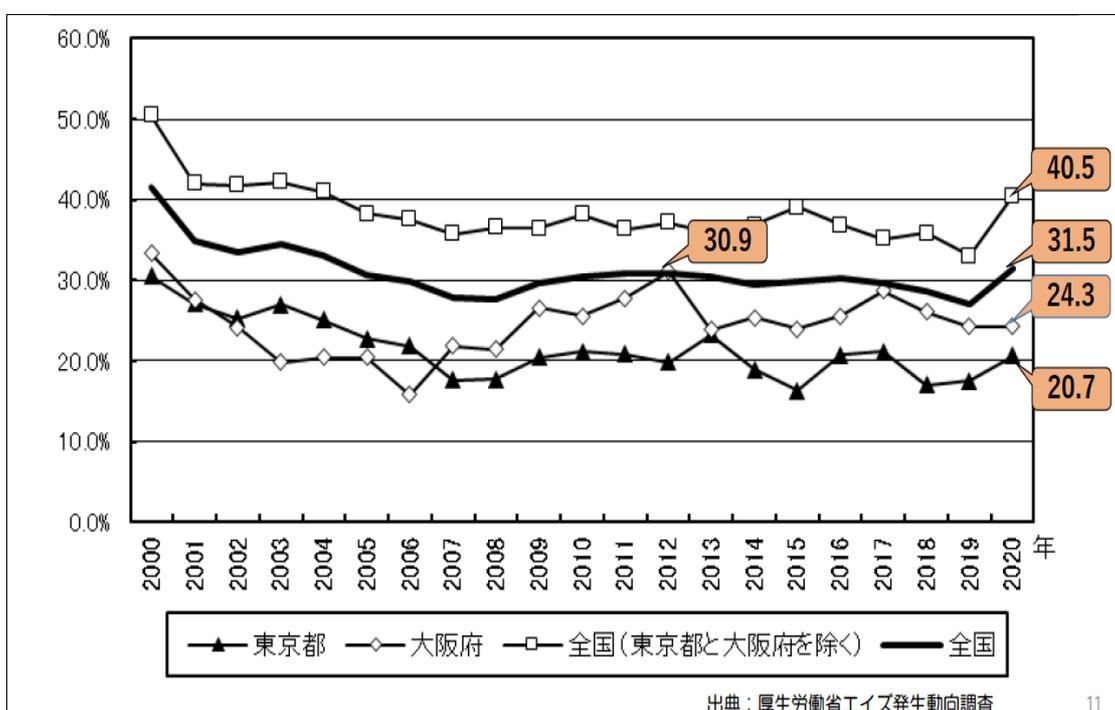
## 5) 上位自治体

AIDS 患者報告数の上位自治体別比較では、大阪府は、2019 年は 2 位で、2020 年は 4 位に下がっています。10 万人当たりの数の上位自治体別比較では、2019 年は 5 位で、2020 年は上位 10 位に入っていませんでした。

## 6) HIV 感染者と AIDS 患者報告数に占める AIDS 患者の割合の年次推移

2020 年において、大阪府の AIDS 患者は全体の 24.3%を占めています。東京都が 20.7%で、東京・大阪府以外の全国平均は 40.5%と高い状況です。大阪府以外は上昇傾向が見られます（図 3）。大阪府としては、25%以下を維持することを目標に施策を進めており（2021 年 12 月現在）、現時点では達成していますが、今後の動向を注視する必要があります。

図 3. [HIV 感染者と AIDS 患者]報告数に占める AIDS 患者の割合の年次推移



## 2. 大阪府の関連事業

### 1) 検査体制

大阪府では HIV の検査体制を整備しています（図 4）。具体的には、ハイリスク層向けのクリニック検査キャンペーンや、就労者や学生向けの便利な chotCAST 検査、一般府民向けの保健所検査などを実施しています。

図 4. 大阪府の HIV 等検査体制



① クリニック検査キャンペーン (外部委託)

無料・匿名、HIV・梅毒・B型肝炎の即日検査

協力医療機関：大阪府内の9診療所（2021年の実績）

8～9月（6週間）、11～12月（5週）の診療時間内で実施

② chot CAST 検査 (外部委託) ※大阪市との共同事業

無料：匿名、各曜日定員 50 名、HIV・B型肝炎・梅毒の検査

火曜日(夜間) 通常検査 (先着)

木曜日(夜間) 即日検査 (R3年4月～Web予約制)

土・日曜日(昼間) 即日検査 (R3年4月～Web予約制)

③ 府保健所検査

無料・匿名

4 保健所で HIV・梅毒の即日検査

5 保健所で HIV・梅毒・クラミジアの通常検査

2) エイズカウンセラー派遣事業

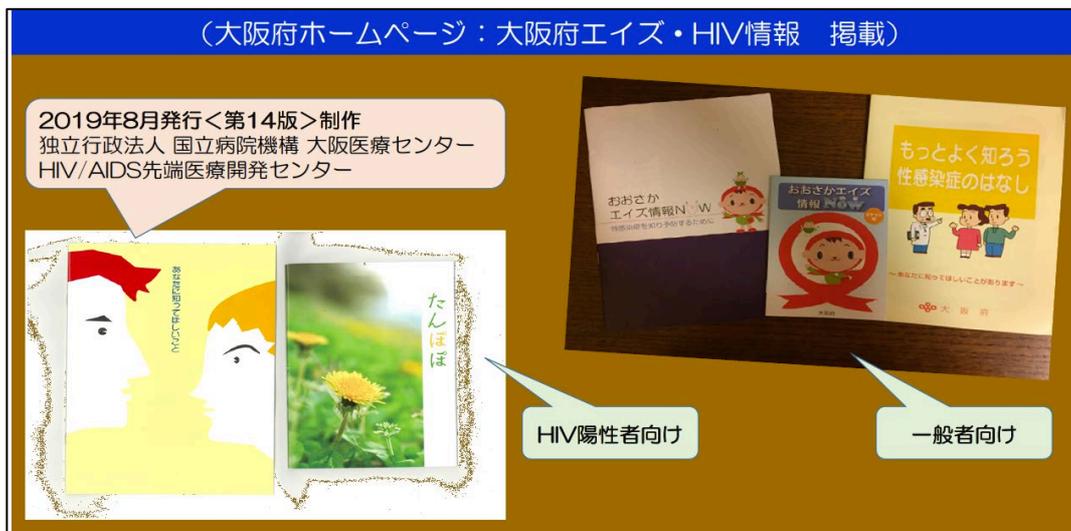
対象は、大阪府内の医療機関で診療を受けている HIV 感染者・エイズ患者およびその家族やパートナー等です。医療機関の主治医から派遣依頼を受けています。対応可能言語は、日本語、英語、ポルトガル語、スペイン語です。

### 3) 啓発・情報

HIV/AIDSの基礎知識やHIV陽性者向けのリーフレットも作成しています。詳細は大阪府の公式ホームページでご確認いただけます(図5)。

「大阪府エイズ・HIV 情報」「おおさかエイズ情報 Now」というウェブサイトもありますので、参考にしてください。

図5. HIV/エイズの基礎知識及びよ HIV 陽性者向けリーフレット



・大阪府エイズ・HIV 情報 <https://www.pref.osaka.lg.jp/chikikansen/aids/>

・おおさかエイズ情報 Now <https://www.osaka-aids-now.info/>

## 第4章 感染対策（針刺の対応を含む）

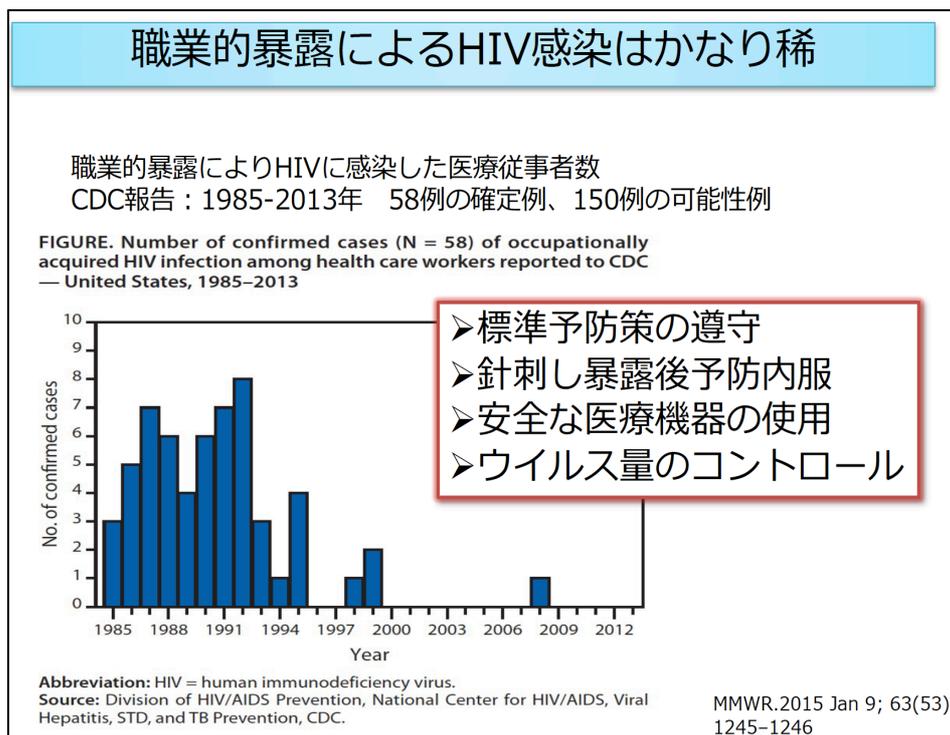
### 1. はじめに

医療従事者の最大の懸念事項の一つは、職業的暴露による感染です。CDC（米国疾病予防管理センター）のデータを通じて、HIV 感染のリスクとその現状について説明します。また、感染を防ぐための重要な対策についてもご紹介します。

### 2. 職業的暴露による HIV 感染

図1は、医療従事者が職業的暴露により HIV に感染した数が示されています。2000 年ごろまでは抗ウイルス療法が確立されておらず、ウイルス量の測定が難しい時代でした。しかし、2008 年以降、医療従事者の HIV 感染は報告されていません。**職業的暴露による HIV 感染は非常に稀な状態**と言えます。

図1. 職業的暴露による HIV 感染



### 3. 職業的暴露による HIV の感染対策

#### 1) 標準予防策の成り立ち

標準予防策（Standard Precautions）とは、すべての患者の血液、体液（汗を除く）、分

---

分泌物、排泄物、傷のある皮膚、粘膜は、感染性があることを前提として対応することで、患者と医療従事者双方における院内感染の危険性を減少させる予防策です。標準予防策は、病原体の有無に関わらず、すべての患者に実施する基本的な対策です。

HIV は通常の接触では感染しない。よって、**HIV 自体の感染対策は標準予防策で十分です。**

標準予防策は、1987 年に HIV 感染症（血液病原体感染症）の対策として導入されました。初めは血液や体液に対する対策から始まり、後に MRSA などの抗菌薬耐性菌の出現に伴い、排泄物や分泌物への対策が広がりました。1996 年には標準予防策、感染経路別予防策、空気感染予防策、飛沫感染予防策、接触感染予防策などのシステムが整備されました。2020 年には COVID-19 の影響で、マスクやフェイスシールドの着用が普及しました。標準予防策は時代と共に発展し、医療環境の安全性を向上させています。

標準予防策には多くの具体的な措置が含まれます。これらを実践することで、感染症から患者と医療者の両方を守ることができます。手指衛生、個人防護具（手袋、マスク、ガウン、フェイスシールド、アイシールドなど）、環境整備、感染症のある患者の個室配置、咳エチケット、注射器や注射針の再使用禁止などが含まれます。

## 2) 針刺し暴露後の対応

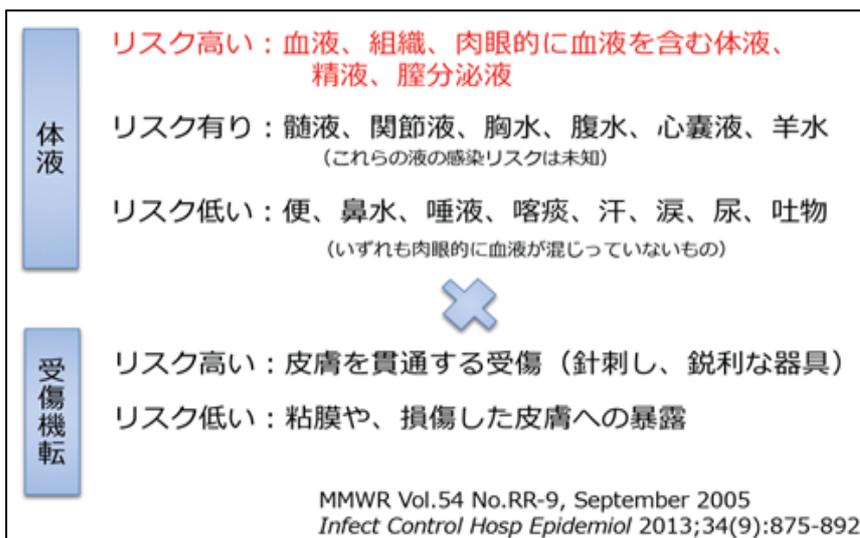
### ① HIV 暴露後の対応と予防

一般診療において、血液や体液に触れる機会は採血、点滴、注射などが主なものと考えられます。精神科領域でも、注射を行う場面があるかもしれません。このような場合、手袋の着用や手指衛生は標準予防策として実施が必要です。さらに、口腔ケア、排泄介助、清掃などの際にも、医療スタッフは感染を防ぐために適切な防護具を着用します。これらは標準予防策です。

### ② 暴露のリスクと HIV 感染

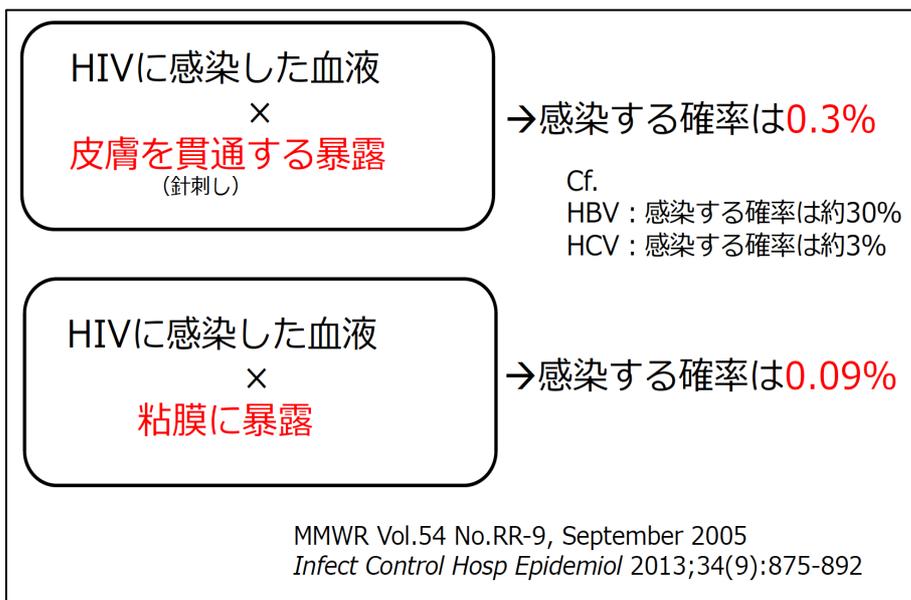
暴露のリスクを理解するために、特定の体液とその受傷機会を考える必要があります。リスクが高いのは、血液、組織、肉眼的に血液が含まれる体液、精液、膣分泌液です。リスクがあるが未知の体液には、髄液、関節液、胸水、腹水、心嚢液、羊水が含まれます。リスクが低いのは、便、鼻水、唾液、喀痰のように肉眼的に血液が混じっていない体液です（図 2）。

図 2. 職業上の暴露のリスクと HIV 感染



リスクの高い受傷機会には、皮膚を貫通する受傷、針刺し、鋭利な器具による切創等があります。リスクは低ですが、粘膜や損傷した皮膚に暴露した場合、感染の可能性があることを考慮すべきです。HIV に感染した血液に触れ、皮膚を貫通した場合、感染確率は 0.3% です。これは B 型肝炎や C 型肝炎に比べて低ですが、感染の可能性は残ります。感染リスクはウィルス量に依存し、ウィルス量が高い場合、リスクが高まります（図 3）。

図 3. 暴露により感染する確率



### ③HIV 感染リスクと予防内服の推奨

**医療者における針刺しや切創による感染リスクは、HBVやHCVに比べて低いとされています。**

ウイルス量が検出感度未満では、感染リスクは非常に低いですが、図4にある通り、予防内服を推奨しています。

**暴露があった場合、暴露源の HIV 検査を検討することは重要です。**ウイルス量が低い場合でも、予防内服が推奨されます。患者が HIV 治療を受けており、ウイルス量が検出感度未満に維持されている場合でも、予防内服を検討すべきです（図4）。

#### 図4. HIV 感染リスクと予防内服の推奨

##### HIV-RNA量が検出感度未満に維持されている場合でも、曝露後予防内服を推奨

- 血漿HIV-RNA量が検出感度未満になった状態でも細胞内にウイルスが存在することが報告されている。
- 由来患者が抗HIV療法導入数ヶ月以内の場合
- 抗HIV療法を長期に継続し、3か月前後の間隔で測定された数年来の血漿HIV-RNA量が検出感度未満である患者では、かなりの確率で検出感度未満が維持されている可能性は高いが、100%ではない
- 由来患者の血漿HIV-RNA量に関する情報は多くの場合で曝露事象と時間差（数日～3か月前後）が存在する

「HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究」班  
抗HIV治療のガイドラインより 2021年3月

HIV の職業的曝露が発生した場合、**曝露後予防内服 (Post-Exposure Prophylaxis; PEP)**が推奨されます。PEP はできるだけ早く始めるべきであり、可能であれば2時間以内に開始することが望ましいです。

暴露源の HIV 状態を評価することも重要です。予防内服は通常4週間続けるべきで、3つ以上の抗ウイルス薬を含むべきです。専門医のコンサルテーションはどのような曝露でも推奨されます。暴露があった場合、暴露後の6週目、12週目、6か月目に検査を行い、HIV陽性になっていないかを確認します（図5, 図6）。

## 図5. 暴露後予防内服 (Post-Exposure Prophylaxis:PEP)

- ✓ HIVの職業暴露が生じる場合、PEPが推奨される。
- ✓ 暴露後できるだけ早く始める。(可能であれば2時間以内)
- ✓ 可能であれば、暴露源患者のHIVの状態は評価する。
- ✓ 4週間継続されるべきである。
- ✓ すべての職業暴露予防に3剤以上の抗ウイルス薬を含むべきである。
- ✓ 専門医のコンサルテーションは、どのような暴露でも推奨される。
- ✓ 経過観察期間は、事象発生時、6週目、12週目、6ヶ月目に行う。 第4世代のHIV抗原抗体反応検査を使用する場合は6ヶ月目を4ヶ月目に短くできる。

## 図6. 好ましい PEP レジメン

	(インテグラーゼ阻害薬)	(核酸系逆転写酵素阻害薬)
第一選択	 アイセントレス錠	 TDF+FTC 合剤 ツルバダ錠
第二選択	 テビケイ錠	 TAF/FTC 合剤 デシコビ配合錠HT

できるだけ早く服用する

また、HIV 感染のリスクは極めて低いものであることがわかっていますが、万一の場合に備えて適切な対応策を理解しておくことが重要です。当パンフレットはそのような情報提供を行い、医療従事者の安全と患者のケアの質の向上も目指しています。

図7. 医療スタッフへの説明（出展：「HIV 感染症及びその合併率の課題を克服する研究」  
班抗 HIV 治療のガイドライン 2019年3月）

以下の説明をすることで医療スタッフの過剰な心配を減らせることができる。

- (1) 針に含まれる血液量は1 $\mu$ L前後である（文献\*1\*2）。
- (2) 患者の HIV RNA量が10万コピー/mLでは1 $\mu$ Lに含まれるウイルス量は100個であり、HIV RNA量が20コピー/mLでは1 $\mu$ Lに含まれるウイルス量は0.02個である。
- (3) HIVウイルス粒子で感染が可能な粒子の頻度は1,000個に1個程度である。（文献\*3）。
- (4) 以上より針刺し事故時に医療者が曝露した感染性粒子の数は、患者の HIV RNA量が10万コピー/mLでは0.1個、20コピー/mLでは0.00002個と推定される。

\* 1. Bennett NT, Howard RJ. Quantity of blood inoculated in a needlestick injury from suture needles. J Am Coll Surg. 1994 Feb;178(2):107-10.

\* 2. Mast ST, Woolwine JD, Gerberding JL. Efficacy of gloves in reducing blood volumes transferred during simulated needlestick injury. J Infect Dis. 1993 Dec;168(6):1589-92.

\* 3. Thomas JA, Ott DE, Gorelick RJ. Efficiency of human immunodeficiency virus type 1 postentry infection processes: evidence against disproportionate numbers of defective virions. J Virol. 2007 Apr;81(8):4367-70.

資料1. 労災保険における HIV 感染症の取扱いについて

基発 0909第1号  
平成22年9月9日

都道府県労働局長 殿

厚生労働省労働基準局長

労災保険におけるHIV感染症の取扱いについて

標記について、平成5年10月29日付け基発第619号「C型肝炎、エイズ及びMRSA感染症に係る労災保険における取扱いについて」（以下「感染症通達」という。）をもって指示したところであるが、今後、医療従事者等に発生した針刺し事故後、HIV感染の有無が確認されるまでの期間に行われた抗HIV薬の投与については、労災保険の療養の範囲に含めることとし、下記のとおり感染症通達を改正するので、事務処理に当たっては適切に対応されたい。

HIV感染の有無が確認されるまでの期間に行われた抗HIV薬の予防内服の費用は、労災保険の療養の範囲として認められています。

## 資料2. 大阪府における HIV 針刺し暴露後の予防内服の体制

1. 国立病院機構 大阪医療センター
2. 大阪急性期・総合医療センター
3. 大阪市立総合医療センター
4. 堺市立総合医療センター
5. 大阪医科大学附属病院
6. 関西医科大学附属病院
7. 近畿大学医学部附属病院
8. 大阪はびきの医療センター
9. りんくう総合医療センター

赤字は24時間365日対応

令和5年4月現在

The screenshot shows the Osaka Prefecture website's page for HIV needlestick injury response. The page title is "針刺し等HIV曝露時感染予防" (Prevention of Infection after Needlestick Injury, etc.). The main content includes a section titled "一般病院における針刺し事故時のHIV感染予防に対する受け入れ病院一覧の活用について" (Utilization of the List of Receiving Hospitals for HIV Infection Prevention after Needlestick Accidents in General Hospitals). Below this, there is a list of points regarding the provision of antiretroviral drugs. A red arrow points to a link for the list of receiving hospitals. The URL for the list is <http://www.pref.osaka.jp/chikikansen/aids/harisasi.html>. Other links include the Osaka Prefecture Medical Association's guide and the regional medical center's emergency response page.

大阪府のホームページ  
<http://www.pref.osaka.jp/chikikansen/aids/harisasi.html>

- ・ HIV針刺し時に対応できる拠点病院の一覧表
- ・ 大阪府医師会 「血液・体液曝露事故（針刺し事故）発生時緊急対応の手引き」

なお、HIVに汚染された血液等の暴露による受診・抗HIV薬の投与にかかる費用については、労災保険の保険給付として認められました。（平成22年9月9日）

[一般病院における針刺し事故時のHIV感染予防に対する受け入れ病院一覧\[PDFファイル/195KB\]](#)

[一般社団法人大阪府医師会 「血液・体液曝露事故（針刺し事故）発生時緊急対応の手引き」（外部サイト）](#)

[堺市総合医療センター「地域医療機関でのHIV陽性血液接種時の緊急対応について」\[PDFファイル/370KB\]](#)

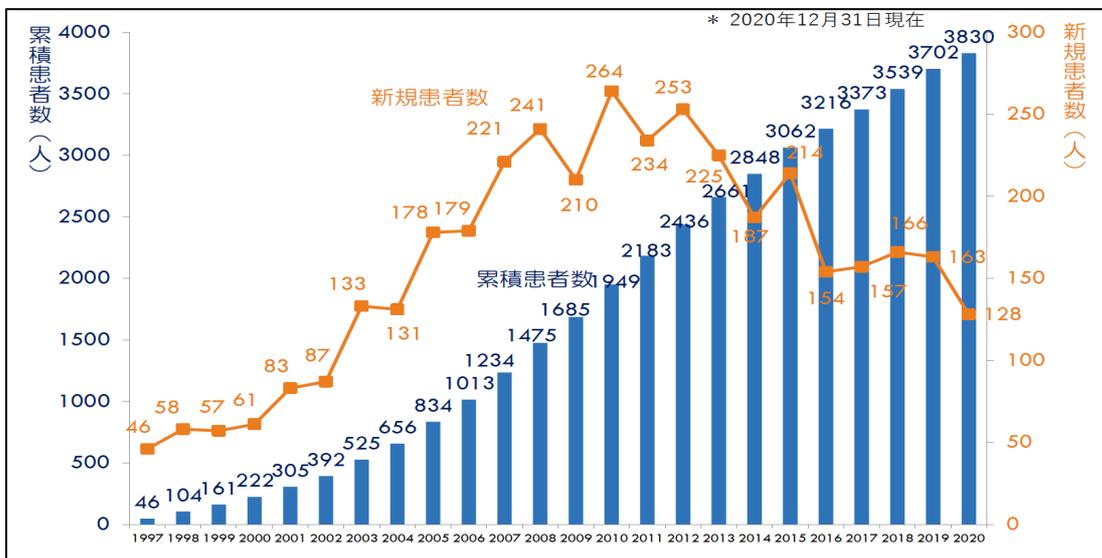
## 第5章 HIV陽性者の精神科受診ニーズと受診支援・調整

### 1. 大阪医療センターの患者概要

#### 1) 患者数

2020年末の時点で、累積患者数は3,830人で、年間に約2200～2300人が受診しています。96%が男性で、78%が同性間感染です。23%はAIDSを発症してから発見された方々です。

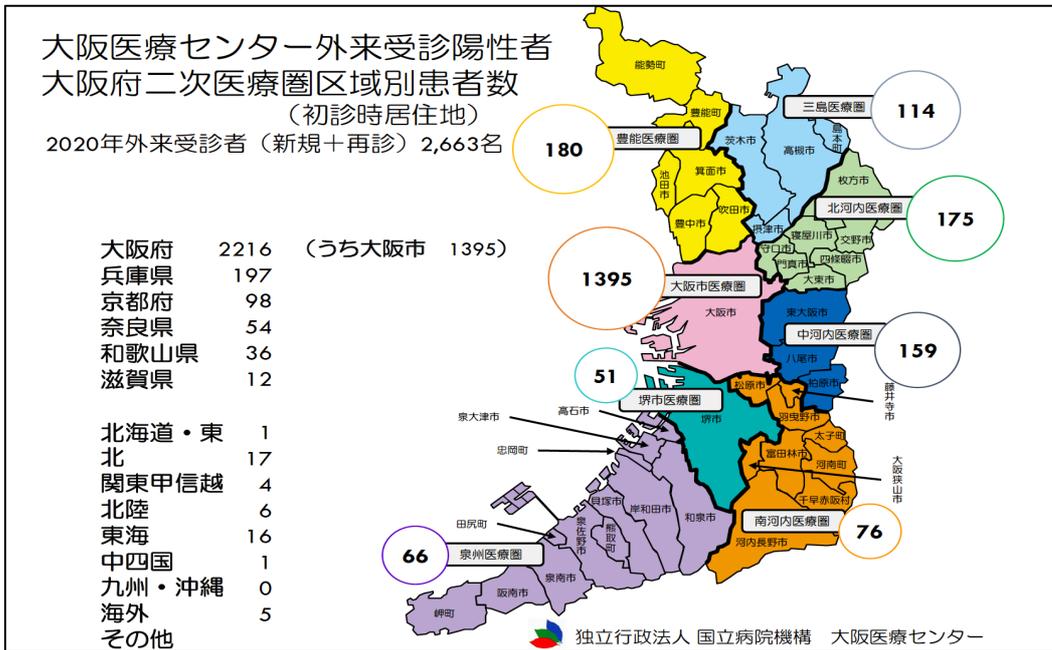
図1. 大阪医療センターにおける患者数の年次推移



#### 2) 居住地

2020年に外来を受診した方々の居住地情報によれば、大阪府内がほとんどで、そのうち大阪市在住が1,395人と最も多く、他にも豊能、三島、北河内、中河内、南河内、泉州など各地域から患者が集まっています。

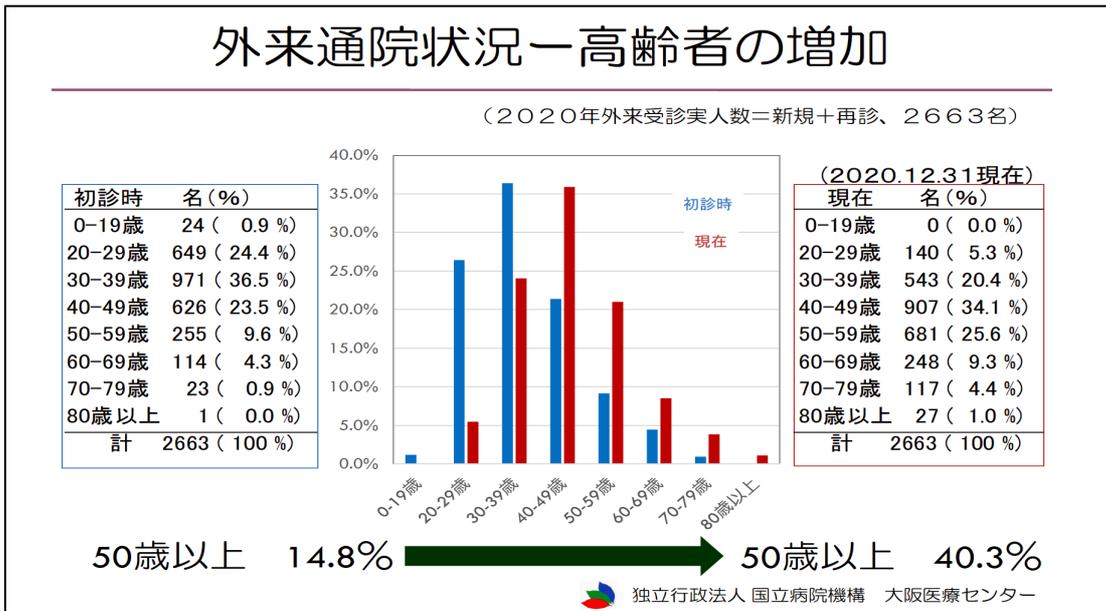
図2. 大阪医療センター-外来受診患者の居住地



3) 年齢分布

初診時の年齢分布を見ると、30代が36.5%、20代が24.4%、40代が23.5%となっています。最近では、40代以上の患者が増えており、50歳以上の方が40%を占めるほどです。

図3. 大阪医療センター-外来受診患者の年齢



## 2. 全国の Web 調査からのデータ (Futures Japan)

Futures Japan とは、HIV 陽性者の「自分らしくより健康的な生活の実現」と「暮らしやすい社会環境づくり」を目的とした当事者参加型プロジェクトです。HIV 陽性者と研究者が協働してこれまでも 3 回 Web 調査が行われています。第 3 回目の調査は 2019 年 11 月 27 日から 2020 年 7 月 31 日までに実施されました。参加者は 908 人（男性 96.8%、女性 2.4%、トランスジェンダー 1.3%）から回答が得られました。性的指向の分布は、ゲイが 83.5%、バイセクシャルが 8.8%、ヘテロセクシャルが 5.5%でした。

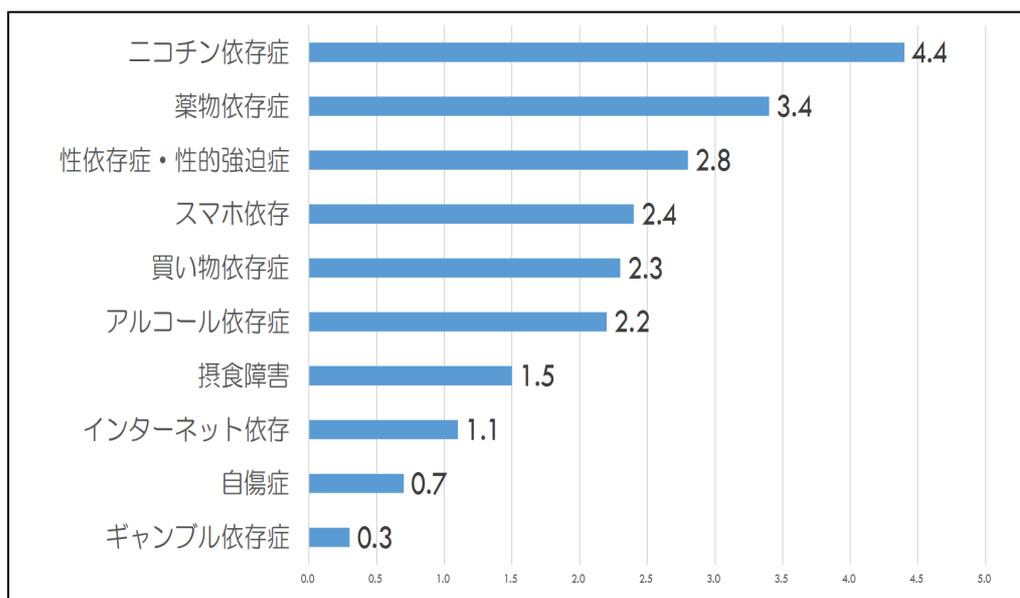
### 1) こころの健康 (不安と抑うつ)

不安と抑うつの調査は質問紙 HADS (Hospital Anxiety and Depression) を使用し評価しました。一般女性会社員を対照に比較すると「不安なし」と回答したのは一般女性会社員が 80.6%に対して、HIV 陽性者のうち 53.7%と低く、「うつなし」と回答したのは一般女性会社員が 75.8%に対して、HIV 陽性者は 51.5%と低く、HIV 陽性者の方が不安と抑うつの症状が高いことが示されました。

### 2) 依存症

依存症についても調査が行われ、ニコチン依存症 (4.4%)、薬物依存症(3.4%)、性依存症・性的強迫症(2.8%)と続いております。

図 4. HIV 陽性者における医師から診断された依存症の頻度



### 3) レクリエーションドラッグの使用

過去一年以内にレクリエーションドラッグ、いわゆるセックスドラッグの使用経験は、ラッシュや勃起薬を除くと8.1%、ラッシュや勃起薬を含むと38.5%でした。

### 4) 社会からのスティグマについて

HIV 陽性者が非常に高い割合でスティグマを感じていることが明らかになりました。例えば、HIV 陽性であることを他の人に話すことに対して用心する人が93%、他の人に伝わることを心配する人が87.3%、周囲の人々に拒絶されると思っている人が85.7%、差別されることを心配する人が76.7%という結果でした。

## 3. ゲイ・バイセクシャル男性のメンタルヘルス

### 1) メンタルヘルスとライフイベント

ゲイ・バイセクシャル男性のメンタルヘルス研究において、性的マイノリティの若者がストレスや孤立を経験しやすいことが示されています。自己認識や友達関係、恋愛経験に関するデータが示され、その中で自殺や自傷行為の経験がある人もいることが明らかになりました。

### 2) 異性愛者の葛藤・ストレス

異性愛を中心とする社会でのゲイ・バイセクシャル男性の生活におけるストレス要因について、結婚やカップルでのイベント参加、他の人の評価への適応などが、彼らのメンタルヘルスに影響を与えている可能性があります。これらのデータを通じて、HIV 陽性者や性的マイノリティのメンタルヘルスの課題が浮き彫りになり、その改善に向けた対策が必要であることが示されています。また、社会におけるスティグマや偏見にも対処する必要があります。

👉 更に詳しく知りたい方は

参考文献：

「ゲイ・バイセクシャル男性の健康レポート 2015（日高庸晴 宝塚大学看護学部 教授）」  
([https://www.health-issue.jp/Health\\_Report\\_2015.pdf](https://www.health-issue.jp/Health_Report_2015.pdf))

#### 4. 具体的な事例と連携

事例 1 : 50 代男性で、兵庫県在住 会社員

協会けんぽ 本人 公費 5 1 (先天性血液凝固因子障害医療費助成)

# 血友病 A 定期補充療法(週 3 回自己注射 通院頻度 3 か月ごと)

# HIV/AIDS 未発症(定期受診 3 か月ごと)

抗 HIV 薬内服継続

VL < 2 0 (検出限界未満) CD4 > 5 0 0

# 抑うつ・うつ病・適応障害疑い

職場での人間関係で抑うつ状態。

相談内容 : HIV と血友病 A を持っており、治療を受けているが、精神的な健康問題 (うつ病など) も抱えている。大阪医療センターまで高頻度で通院は困難であり、近くの精神科受診を希望。

##### ① 精神的なサポートを提供する

- 精神科の受診が必要とされていることを確認し、受診の必要性を説明する。
- 近隣の精神科医療機関を探し、受診しやすい場所や診察時間を提案する。
- 患者が納得し、安心して受診できる医療機関を探し、紹介する。

##### ② 公費手続きをサポートする (図 5)

- 公費手続きの必要性を説明し、手順を詳細に説明する。
- 引受先の医療機関・保険薬局を探す。  
兵庫県在住であり、医療機関と兵庫県の契約手続きは不要。医療機関は公費 5 1 (図 6) でのレセプトを理解し、引き受けてくれるところを探す。院外処方の場合には近くの保険薬局にも同様に。
- 都道府県ごとの公費の適用ルールを説明し、最適な医療機関を選択する手助けを行う。
- 本人が医療機関追加の手続きを保健所にて行えるように支援する。

図 5. 薬害 HIV 被害者のみが利用できる制度

医療費関係	所得保障関係
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 「特定疾病療養費」               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 高額療養費の一種</li> <li>2. 月額上限10,000円</li> <li>3. 血友病A、B、透析の方も</li> </ol> </li> <li>2. 「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業」               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 特定疾患と同様の仕組み</li> <li>2. 月額自己負担0円</li> <li>3. 事前登録した医療機関に限られる。(都道府県による)</li> <li>4. 血液凝固因子障害の方も利用</li> </ol> </li> <li>5. <b>どんな治療にも適用</b></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 健康管理費用               <ol style="list-style-type: none"> <li>ア. CD4 (T4) 200以下の方 月額53,000円</li> <li>イ. ア. 以外の方 月額37,000円</li> </ol> </li> <li>2. 発症者健康管理手当               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ エイズを発症している人</li> <li>・ 月額150,000円</li> </ul> </li> </ol> <p>(注)金額は2020年4月1日現在のものです。 (医薬品医療機器総合機構)</p>

図 6. 公費 5 1 (先天性血液凝固因子障害医療費助成)

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 特定疾患と同様の仕組み</li> <li>2. 月額自己負担0円</li> <li>3. 事前登録した医療機関に限られる。 (都道府県による)</li> <li>4. 血液凝固因子障害の方も利用</li> <li>5. <b>どんな治療にも適用</b></li> <li>6. 医療保険及び介護保険法の規定による訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導並びに介護療養型施設サービスの自己負担分(入院時食事療養費を含む)</li> </ol>
---

③メンタルヘルスで休職する場合の傷病手当金

- 休職が必要な場合、傷病手当金の手続き方法を説明し、書類の提出をサポートする。
- 職場に提出する書類についても、患者のプライバシーを守るために主たる病名のみを記載する方法を提案する。

\* 傷病手当金：怪我や病気を理由に4日以上仕事を休んだ場合に利用可能。

\* 給料の2/3を保障する健康保健制度（国保にはない）。

\* 申請書は「本人記載」「職場記載」「医師記載」の項目があり、記載病名を職場が知りうるため、どう記載するか、本人と相談が必要。

=POINT=

●総合的に、対象者の健康状態を考慮し、精神的なサポートと公費手続きの支援を提供し、プライバシーを尊重しながら対応することが重要です。薬害 HIV 被害者の場合、公費の手続きが必要です。

事例 2 : 50 代男性、生活保護を受けながら一人暮らし。 家族 : 母親 (遠方) 電話等あり

# 統合失調症 (20 歳~) 長期入院歴あり、自宅近くのクリニックと保険薬局

# HIV/AIDS 38 歳 Pcp でエイズ発症

現在、抗 HIV 薬内服 VL < 20 CD4 : 400~500

相談内容 :

本人 : 「生きていられるのか・・・」など調子の悪さについて電話相談。

入院を提案するが思考が混乱しており、訪問看護導入についても判断が困難。

## 1) 事例

50 代男性、HIV は治療良好です。統合失調症の治療は自宅近くを希望されていて、自宅近くの A 地域にあるクリニックと保険薬局でされていました。地域の障害者相談支援センターで、時々顔を出して世間話をしたりとか、日中活動を一緒にさせてもらったりしていましたが、精神的に不調になり、内服薬の変更を検討することになったそうです。そうすると本人から MSW の私に電話がかかってきて、「来年の甲子園の日程発表を見たら、そこまで僕は生きてられるのか、ってなって…」みたいな話が始まって、メンタルの調子が悪いという話だったので、入院を勧めました。しかし、「入院するには、家を処分せなあかん」といった話が出てきて、思考が混乱して判断に繋がらない感じでした。訪問看護の導入も勧めてみましたが、それも電話では難しい状況でした。そこで、「精神科のクリニックと相談支援センターに私の方から連絡させてね」了解をもらって、こちらで引き受けることにさせてもらいました。

## 2) 調整

①精神科の主治医に連絡をしたら、入院勧めたが、本人決められない、という話でした。入院しないのであれば訪問看護は是非勧めようと打合せをしました。

②障害者相談支援センターの PSW にも連絡をして、状況を共有させてもらったところ、翌週の受診に同行してくれました。その結果、入院は本人が希望しなかったため、まずは週 1 回の受診で様子を見ながら、

訪問看護だけは調整することになったという報告をもらいました。こちらからも訪問看護ステーションにも連絡させていただいて、身体科としての情報提供が必要かどうかを確認し、薬の飲み合わせについては精神科のクリニックの近くの保険薬局の方に、当院の薬剤師と連携をしてもらいました。

=POINT=

●情報共有と連携

- 患者、精神科のクリニック、相談支援センター、訪問看護ステーション、薬局の連携を強化し、情報の共有を行う。

●HIV 治療薬の管理状況の把握

- HIV 薬の継続投薬を確保するため、入院時には準備・手配が必要である。
- 薬物の相互作用を確認し、安全な服薬を支援する。

事例 3 : 40 代 男性 国保 障害者医療 両親と同居

# 20 歳代より統合失調症 →大阪医療センター精神科通院

#HIV

- ・精神科病院の受け入れを探しながら、感染症内科外来の受診を調整し、
- ・抗 HIV 薬を院内処方し、処方薬を持参できる準備を調整。

1) 事例

40 代の男性。ニューモシチス肺炎で発症後治療もされ、ウイルス量は検出限界未満で、CD4 は 300 台で安定しています。20 代に統合失調症発症し、当院の精神科に通院中でした。精神科から電話があり、「幻聴と希死念慮…」と言われて、外来診察室へ行くと、本人も父親も精神科入院を希望するということだったので、当日中に入院できる場所を探すことになりました。入院するにあたり HIV の薬を持参してもらった方が安心と判断し、内科を受診し院内処方薬を持参してもらった段取りをしました。内科の医師にも電話して紹介状の作成を依頼し、精神科と内科の紹介状と併せて、入院依頼のご相談をさせてもらい、当日に入院調整できました。

2) HIV 治療薬は出来高

HIV の薬を精神科病院に持参するか問題ですが、診療報酬上の問題があって、精神科救急、スーパー救急の病棟は、「まるめです」「包括点数です」と言われていました。しかし、昨年度の診療報酬改定で、精神科に対しても包括点数外で出来高算定ということに変更になりました。インターフェロン製剤、抗ウイルス剤、血友病の薬に関しては、包括外で、出来高算定できます。

ただ、在庫の問題というか、HIV の治療薬を取り寄せて余ったら困ると言われることもありますが、退院時の『退院時処方』も算定が出来ますので、内科に戻ってきたときに、患者さんから精神科退院するときに「これだけお薬もらったんです」と言ってもらえたら、残数を調整して、次の処方の日数考えることができます。ですから、残った薬はそのまま、退院時処方でも本人に渡してあげてください。

=POINT =

- HIV治療薬は出来高算定可能。
- 入院時にHIV治療薬を新規採用しても、残薬があった場合には退院時処方として患者さんにお渡しすることが可能。

#### 図7. 出来高算定可能なHIV治療薬

### 包括点数＋除外対象薬剤

次の薬剤は、**包括点数外として、出来高算定**

1. インターフェロン製剤  
(HBV・HCVの効能・効果を有する)
2. 抗ウイルス剤  
(HBV・HCV・HIVの効能・効果を有する)
3. 血友病の治療に係る**血液凝固因子製剤＋血液凝固因子抗体迂回活性複合体**

#### 事例4：40代 男性 生活保護

# HIV AIDS 発症なし 内服継続。安定

# うつ病 近医通院中 安定

- ・本人は HIV を知られることは不安
- ・身体障害者（免疫機能障害）ではなく、精神自立支援医療受給者として福祉サービス（就労移行支援）を利用できるよう、手続き援助。

#### 1) 事例

40代男性、生活保護の方で、AIDS 発症なく、内服で安定されている方です。うつ病で、自宅近

---

くの精神科に通院中の方でした。本人が内科を受診時に就労についての相談を受けました。就労困難な理由を本人に確認すると、HIV ではなくメンタルヘルスが理由でした。精神科主治医との相談状況を尋ねると、「うーん、ちょっとあんまりそこの話してない」と言われたため、私が仲介することになりました。

## 2) 調整

①精神科主治医に相談し、一般就労に向けて、就労移行支援から始める方針になりました。

②本人はHIVを就労移行支援に知られるのはしんどいと言われました。HIVで免疫機能障害として障害者手帳はお持ちですが、ただ免疫機能障害 = HIVと、HIVのことが隠せなくなってしまうことを気にしていました。そこで、就労がしんどい理由はメンタルヘルスであり、精神で福祉サービス利用が出来るように進めていこうという話を本人としました。ケースによっては、本人に直接、障害者就業・生活支援センター相談へ行っていたくような形を取らせていただくこともあります。

= POINT =

- メンタルヘルスの問題が主な就労困難の理由であり、精神科主治医との連絡調整。
- 障害情報の取り扱い
  - 就労移行支援の際、HIV 感染を知られたくないとの要望がある。
  - 障害者手帳には免疫機能障害として記載があるが、HIV 感染を知られたくない場合には、精神保健福祉手帳や自立支援医療（精神）のみを利用することがある。
- 支援計画の検討
  - メンタルヘルスの問題に焦点を当て、福祉サービスの利用を検討。
  - 就労移行支援から一般就労への様子見が必要な場合も考慮。
- サポートの提供：
  - 連絡調整において、エイズ治療拠点病院の関わりを知られたくない場合には、本人に対処を頼むケースもある。

事例 5 : 40代男性 生活保護受給 家族 : 母親のみ

# 統合失調症 何度かの医療保護入院あり

# HIV 内服のみ 安定中

- ・精神科入院中
- ・グループホーム入所に向けて、精神科病院と地域移行・地域定着支援事業所と連携
- ・HIV感染症についてのスタッフ向け勉強会を担当
- ・グループホームでの事前カンファレンスにも同行

#### 1) 事例

40 代男性、HIV は安定しています。統合失調症で、川に飛び降りたり等あり、その度に医療保護入院を繰り返しています。現在精神科入院中ですが、退院する度に何かしらのことがあるため精神科の主治医からは「退院して、家に帰るのがちょっと難しそう。入院を継続しながら、グループホームとかを考えている」というお話でした。精神科病院のスタッフと、地域移行・地域定着支援事業の方とで、グループホームを探すことになりました。ただ、グループホームのスタッフが HIV 陽性者への対応に戸惑う場合があるだろうから、そこは当院で支援を引き受けることにしました。具体的に話が進みそうになったグループホームの方に、MSW である自分と当院の看護師とで出向いて、スタッフ向けの勉強会をさせていただきました。また、入所前の事前カンファレンスにも同席させていただき、グループホームに入って暮らすことになった後にも、治療の継続が出来るか、通院先の変更が必要かを確認しました。精神科病院から距離的に遠くなるということだったので、近くの精神科に引き継ぐかどうか、薬局は 1 か所にまとめるか、といった点を調整しました。

= POINT =

- 精神科と協力し、適切な施設の選定を進める。
- グループホームのスタッフに HIV に関する教育と情報提供を行う。
- グループホームへの入居後、治療の継続が確保されるよう、通院先の変更や薬局を検討。

#### 5. おわりに

HIV の治療や精神科の治療だけでは生活の安定が難しい場合があります。精神科のデイケア、訪問看護、そして就労支援など、さまざまな福祉サービスが連携を必要とするとき、サービス提供者が HIV について不安を感じることがあります。その不安が各専門性の発揮を妨げることがあります。

---

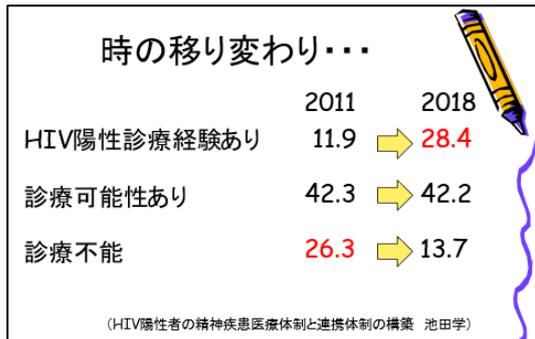
私たちの拠点病院のスタッフは、精神科に関連した福祉サービスを提供する方々が安心して「HIV、大丈夫です」と対応できるよう、サポートさせていただきます。

## 第 6 章 精神科医からみた HIV 感染症

### 1. HIV 陽性者の精神科診察と入院

HIV 陽性者の診察経験がある精神科は、2011 年は 10%程でしたが、2018 年では 3 倍程に増えています（図 1）。また、「診察ができない」と回答した精神科は半分に減っています。

図 1. HIV 陽性者の診察経験がある精神科数の推移



HIV に対する理解が進んできていると思いますし、HIV 陽性者に精神科受診のニーズも増えてきていると示している結果ではないかと思います。精神科医として、HIV が陽性だからといって、特別何かを気にして診察しているわけではありません。あえて挙げるとしたら、プライバシーの保持についてはどの患者さんでも気を付けるようにしています。HIV 陽性者の方は、自分はその存在を受け入れてもらえるかどうかを非常に気にしておられます。入院の場合も他の患者さんに対応は変わりませんが、抗ウイルス薬を飲んでいるかは確認して、処方されている病院に相談することが必要です。

### 2. HIV 陽性者と精神医学的症候群

HIV 陽性者の方は、不安障害、適応障害、気分障害、うつ病性障害の方が大変多いです（図 2）。バイセクシャル・ゲイの方は、自分が他と違うということを気にしておられ、周囲にどう伝えるべきか、受け入れられるのかということで悩み、調子を崩して来られます。また、セックスドラッグとして覚せい剤を使うことも多く、薬物関連の疾患も知っておく必要があるでしょう。昔は、HIV は死に至る病でしたが、今日では慢性疾患となり、HIV に関連した認知症、HIV 脳症やせん妄が増えてきています。その他の精神問題として、心理社会的ストレス、セクシャリティの問題などがあります。

以前は感染症内科の一室で診察しており、患者さんが看護婦さんに眠れないと言ったら「あそこになんか変わった先生がいるから睡眠調整してもらっておいでよ」といってサクッと横に流れてくるという素敵な環境でした。「行ってみたら？」と自然な、きっかけしてもらっています。

深刻な相談としては、薬物依存が挙げられます。他には「仕事をしたい」という相談が、私のびっくりしたテーマです。慢性疾患になり若い人が増え、お薬が 1 日 1 回で良いとなると、やはり就労希望

の方が増えてきています。しかし、学生の方や、或いは就職初期の段階で治療のために離職してしま  
い、ちゃんとした就労経験がない方が多く、**HIV 陽性者の方の就労支援が最近の課題となってい  
ます。**就労にあたっては、「HIV のことを分かって貰って仕事をしたい」という方が殆どで、カミングアウト  
した上で就職されている方も増えてきました。

**図 2. HIV 陽性者にみられる精神医学的症候や精神科的問題**

<p><b>精神学的症候群</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・不安障害</li> <li>・適応障害</li> <li>・気分障害（うつ病性障害、躁病）</li> <li>・物質関連性精神障害（覚せい剤、違法ドラッグ等）</li> <li>・精神病性障害</li> <li>・発達障害（ASD ADHD?）</li> <li>・HIV に関連した認知症、HIV 脳症、せん妄</li> </ul> <p><b>その他の精神科的問題</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・心理社会的ストレス（セクシュアリティ、性感染症、家族との関係）</li> <li>・もともとの性格傾向</li> <li>・抗 HIV 薬に関する問題（導入、継続）</li> <li>・自殺の問題</li> <li>・薬物使用</li> </ul>
---

### 3. HIVと薬物療法

**図 3. 抗 HIV 薬との相互作用**

<p>・プロテアーゼ阻害薬 禁忌 いわゆるマイナー系抗精神病薬全般が問題 …禁忌と指定されているのは ユーロジン、ハルシオン、</p> <p>抗てんかん薬(別名気分安定剤)の血中濃度を上 げる。 バルプロ酸(デパケン) 肝毒性 カルマゼピン(テグレトール) 骨髄合併症 リチウム(リーマス) 血中濃度とリチウム中毒</p> 
---

抗 HIV 治療ガイドライン（2021 年 3 月  
発行）によると、抗 HIV 薬と併用禁忌や併  
用注意薬が多いので注意が必要です。

不眠に対する基本的な療法、治療方法  
としては、マイナー系睡眠薬は出しても 2 種  
類まで、うつの可能性があれば副作用を利用  
して、抗うつ薬を睡眠薬の代わりに使っ  
ています。

年に 1,2 回、採血が必要であるので、抗精神病薬や抗てんかん薬などを使用している方は、感  
染症チェックの採血をする際に併せてお願いしたりしています。

#### 4. HIV 関連認知症

Subclinical な状態は、感染者の 20～30% に出現します。抗レトロウイルス療法（HighlyActiveAntiretroviralTherapy ; ART）によって、軽症例の方が増加し、慢性期の 50～60 代が急速に増えてきています。

特徴としては、皮質下認知症であり、進行性の認知機能低下、運動機能障害、行動異常などがあります。

青が問題なし、オレンジが無症候性神経認知障害（ANI）、グレーが軽度神経認知障害（MND）、イエローが HIV 関連神経認知障害（HAND）です。

図 4 から、年齢別の HAND 有病率は、加齢とともに増えていることが読み取れます

図 4. 年齢別の HAND 有病率

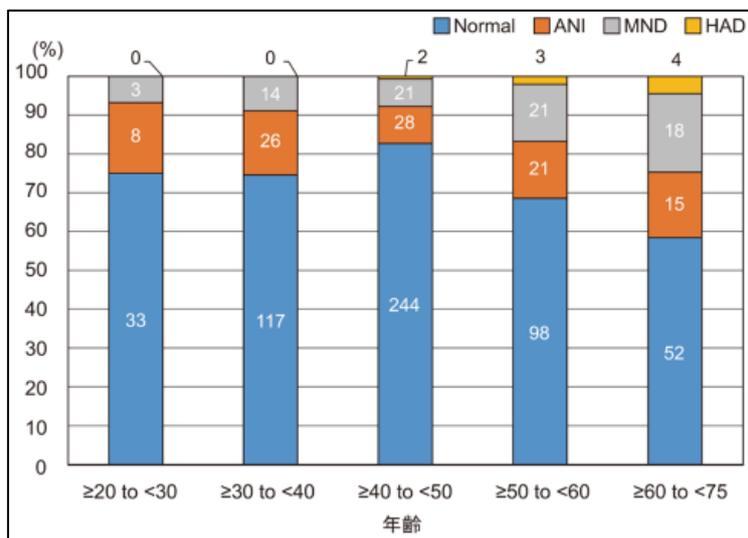


図 5. HIV による認知機能障害が起こり得る認知機能と、神経心理検査との対応

神経心理検査と対応認知領域（木内ら）	
領域	神経心理検査
言語	言語流暢性検査（カテゴリー・文字）
注意/作動記憶	数唱（順唱・逆唱）
遂行機能	Trail Making Test-B
学習	物語（即時再生）、Rey 複雑図形検査（即時再生）
記憶	遅延再生
情報処理速度	符号、Trail Making Test-A
運動技能	Grooved Pegboard（両手）
視空間構成	Rey 複雑図形検査（摸写）

**図 6. 医師がとる神経学的所見**

神経心理学的所見	初期	手指の稚拙運動の緩徐化、不安歩行、表情の乏しさ、振戦、パーキンソン様歩行
	後期	深部反射亢進、錐体路症状、四肢麻痺、把握反射などの前頭葉症状、尿便失禁、ミオクローヌス
精神症状	初期	無気力、注意力の障害、情緒反応
	後期	記銘力障害、見当識障害、無言状態
神経心理学的所見	初期	精神運動機能の緩徐化、交互変換運動の緩徐化、記憶障害
	後期	無反応

図 6 を参考に、受診した際に、表情や注意力、話し方などを観察しながら診察をしています。

## 5. 架空症例

### 架空症例提示①

- ・ 20代男性
- ・ 関東の大学在学中に社会不安障害を起こし、休学、実家の九州で療養していたが、HIV陽性が判明し大学病院で加療を受ける。
- ・ 就労を目的として、親戚のいる大阪へ転居してきた。
- ・ 紹介状を持ち当院を初診。



- ・ 当初はおどおどして言葉少なげであった。
- ・ 2週間に1度の受診を繰り返している内に自分のことを知りたいと述べた。
- ・ 心理検査実施。  
全IQ 110 であるが 言語理解がやや低めであった。

就労支援事業所を活用し、現在、就労中。



20代男性で、関東の大学在学中に社会不安障害を起こし、九州の実家で療養に行かれました。療養中に、体のだるさを訴え地元の大学病院を受診、HIV陽性であると知らされました。治療の過程で、大学の方は退学になりました。就労経験もないため、親類のいる大阪に来ようかということで就労を目指して大阪に転居して、初診にいられました。最初は言葉少なげでしたが、自分の得意を知りたいと希望があり、心理検査を実施した結果、全IQ110でした。この結果をもって、自ら就労支援事業所に行くことと決め、サポートを受けながら就職をされました。現在も就労中で、非常に安定した生活を送っております。

### 架空症例提示②

- ・ 30代男性
- ・ HIV感染症
- ・ 薬物依存症・覚せい剤中毒後遺症

治療

就労を希望しているが、なかなか、行動に移せない。

家族と同居し、支援的な関わりをしているが時々、父親に対して攻撃的となる。



- ・ 嫌なことがあると覚せい剤を使用してしまっていた。
- ・ 覚せい剤の使用が無くても、空調や冷蔵庫の音が気になりだすと被害妄想が悪化し家庭内暴力へと移行。(覚せい剤中毒後遺症)
- ・ 抗精神病薬を処方するが症状が治まると飲まなくなる。
- ・ オランザピンを基剤に加療していたが、眠気が嫌、就活に支障をきたすとのことであった。現在プロナセリンで症状はない。今後の課題は、就労？



30代男性でHIV感染症、薬物依存症、覚せい剤中毒後遺症の方でした。就労希望はありましたが、対人恐怖が強くなり就職活動の過程で引きこもりになってしまいました。同居のご家族はサポートタイプでしたが、自立というものを目の当たりにすると精神症状が悪化し、「お前なんか駄目だ」、「いつまで親に頼ってるんだ」などと聞こえ、家族に攻撃的となることがありました。嫌なことがあると覚せい剤を使ってしまう、覚せい剤の使用が無くても被害妄想が悪化して家庭内暴力へと移行し、覚せい剤中毒後遺症の症状が出ていると考えられました。

現在は、抗精神病薬によって落ち着いています。就労に向けてお一人で頑張っていました。同じく

精神科に通院していたパートナーと出会い、就労支援について教えてもらったということで就労支援施設の見学を検討しているとのことでした。

### 架空事例③

- ・ 30代男性
- ・ ビルから飛び降りようとしているところを警察に保護された。支離滅裂な発言で疎通が取れない。押さえていないと頭を打ち付けたりする。
- ・ 緊急措置診察が行われて、該当入院となった。
- ・ 持ち物に、抗ウイルス薬 (ART) と覚せい剤があった。

- ・ 数日前家族内でもめ事があり出奔、家族から保護願いが出していた。
- ・ 飛び降り自殺を計画していた。
- ・ 覚せい剤は、怖さを紛らわすために使用。
- ・ 覚せい剤の使用歴はあるが、依存症はない。

治療

- ・ 覚せい剤による幻覚妄想状態の加療
- ・ うつ病の加療

30代の男性で、ビルから飛び降りようとしているところを警察官に保護、支離滅裂な発言で疎通性が取れず、取り押さえていないと頭をガンガンと打ちつけるような状態でした。

緊急措置入院が行われて該当入院となって当院お越しになられます。疎通が取れなかったため、持ち物を確認すると抗 HIV ウイルス薬 ART と覚せい剤を持っていたため、HIV 陽性者であると分かりました。警察より、トラブルがあり家出をしていたと分かりました。覚せい剤は平素から使っているわけではなく、飛び降りのためにかなりの量の使用したため幻覚妄想状態になっていました。まずは覚せい剤に対する幻覚妄想の治療、その後うつ病の加療をさせていただきました。

残念ながらこの方は覚せい剤を持っていらっやだったので、そのまま警察に行くということになりましたが、上記のような治療をさせて頂いたというケースです。

## 6. さいごに

クリニックには、たくさんの方が実は受診されているのではないのかなと思います。相手の緊張を和らげ、信頼関係の構築が重要です。



「アンダンテ」(作 木村文隆)

### 編集協力者

金井講治 大阪大学キャンパスライフ健康支援・相談センター

長瀬亜岐 医療法人おひさま会おひさまクリニック西宮

平川夏帆 公益財団法人エイズ予防財団・リサーチレジデント/大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室