

HIV 陽性者に関わる 精神科メディカルスタッフ 支援ハンドブック



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 精神科医からみた HIV 感染症.....	22p
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)	
第 4 章 HIV 陽性者に対する心理士の関わりの実際	28p
安尾 利彦 (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	36p
岡本 学 (独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センター)	



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。

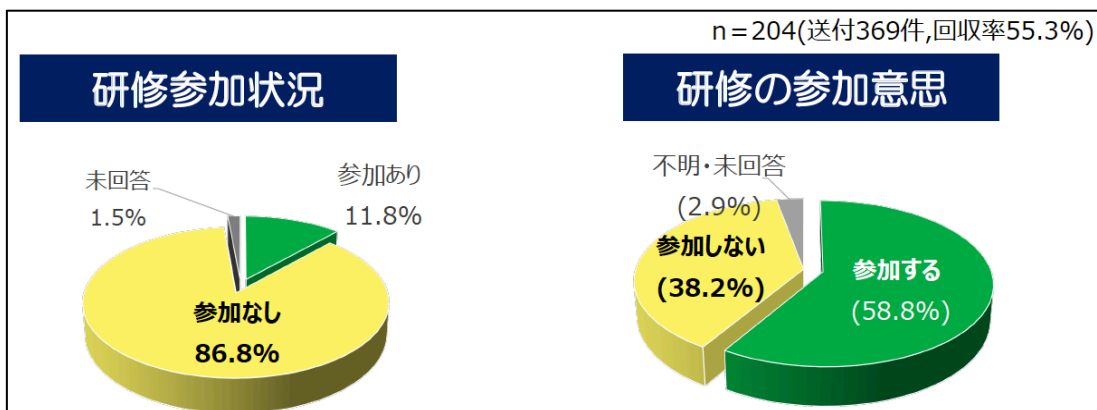
HIV治療を担当されている病院と歩調を合わせて、患者さんの身近な精神科医療機関でも細やかなフォローアップができるよう、HIVの方の精神症状やニーズに詳しい精神科医療の人材育成が望まれます。

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。

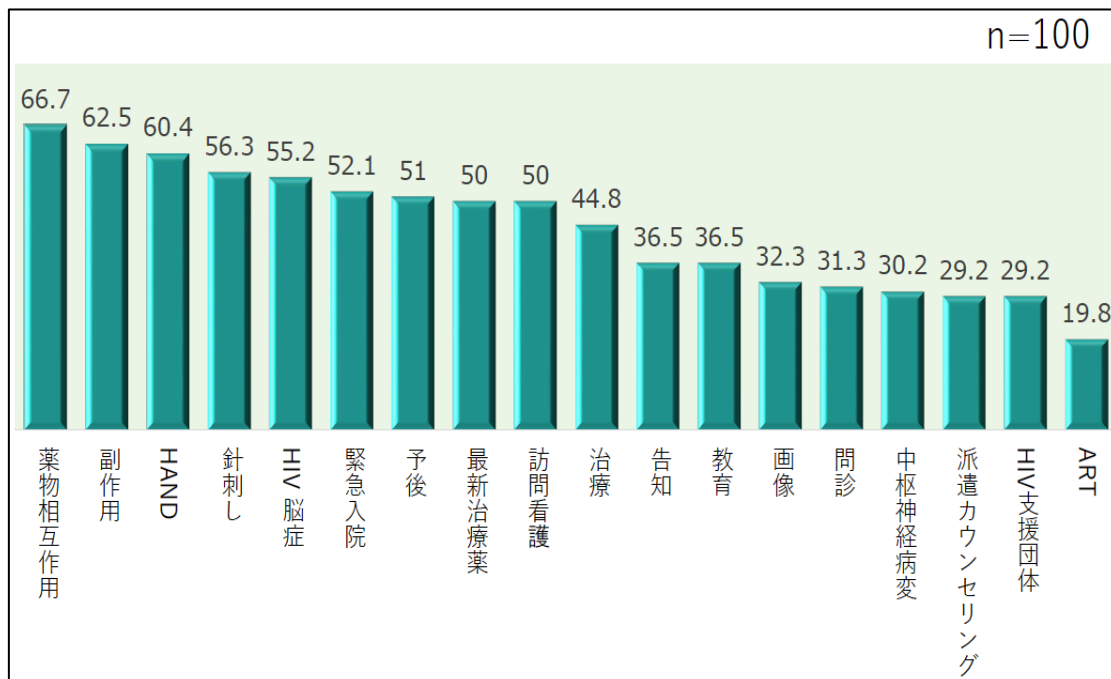
図1. 2018年度 精神科医のHIV研修参加および参加意思調査



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

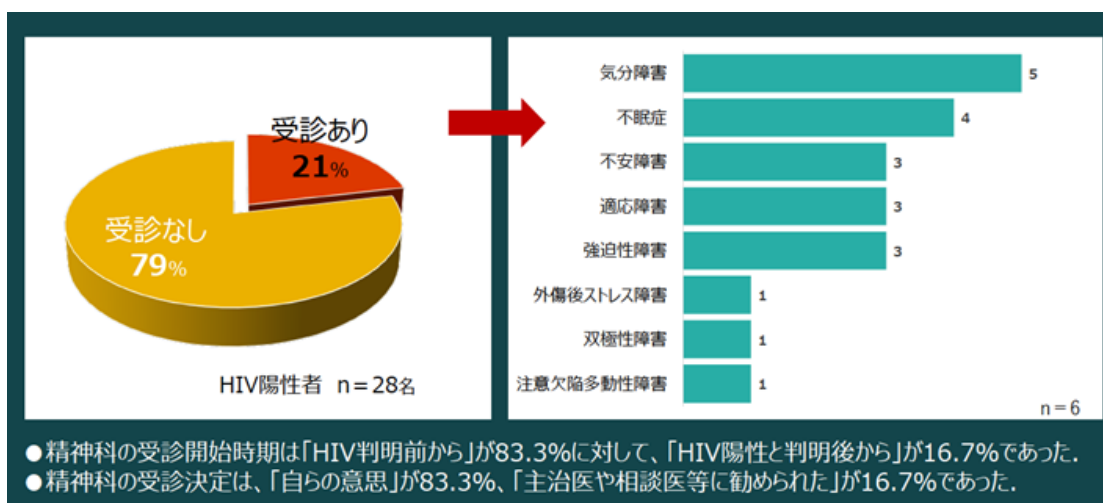
この章は、2021年1月にHIV陽性者28名（全員男性）を対象としたWEBアンケート調査の結果を元にしたものです。

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

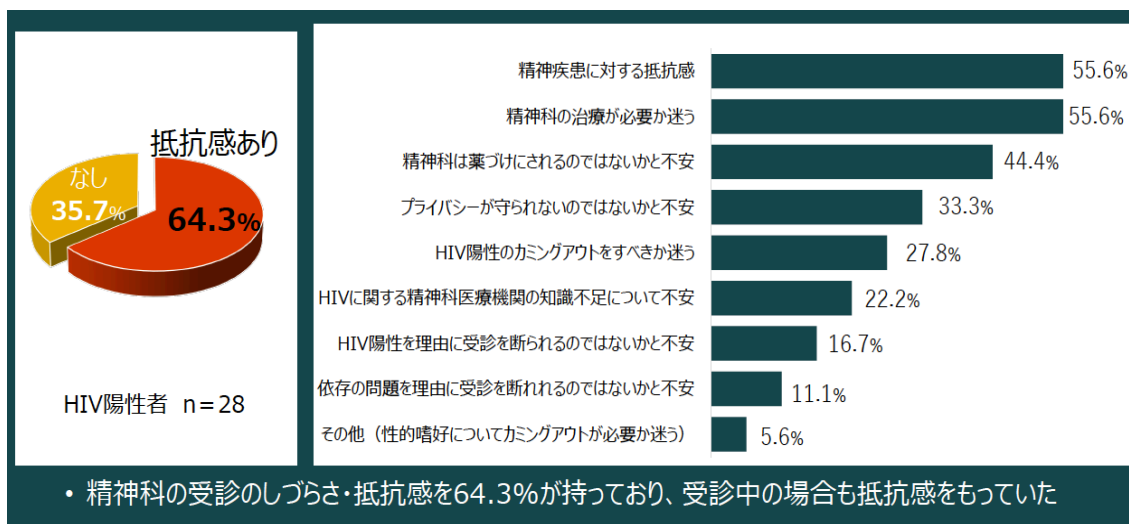


② HIV陽性者の精神科受診のしづらさ・抵抗感

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。

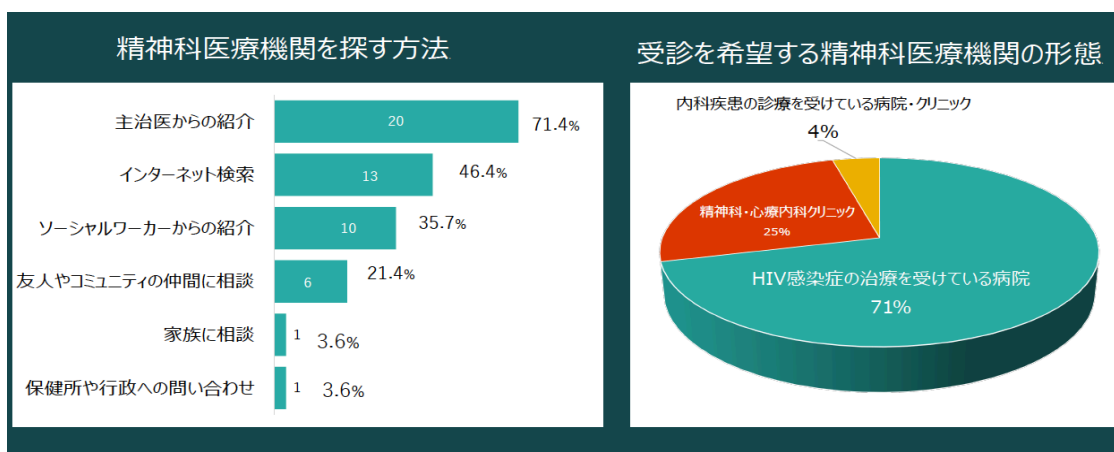
図4. 精神科受診のしづらさ・抵抗感



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

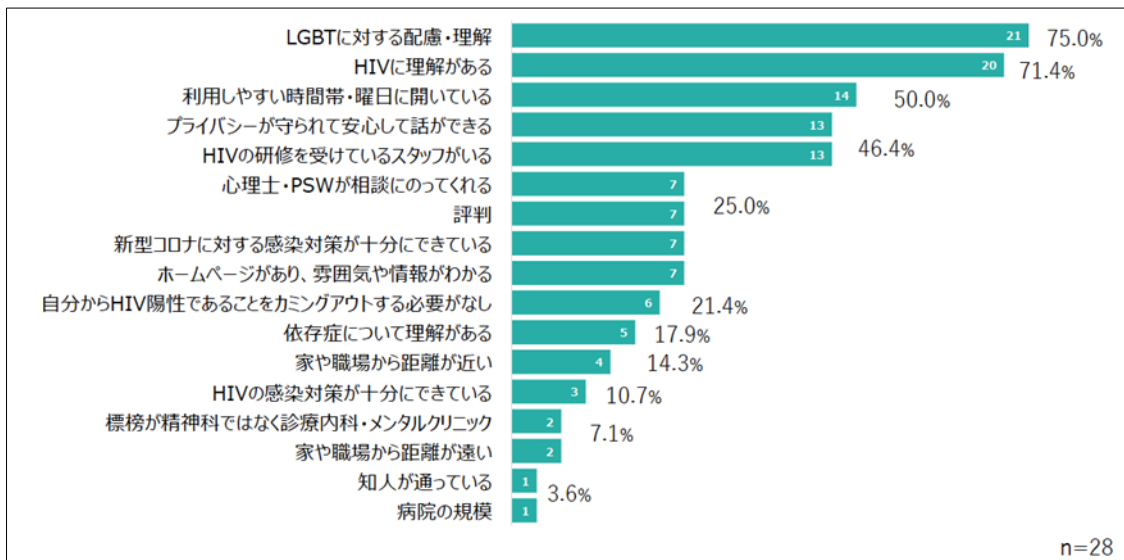


④ HIV陽性者の精神科医療機関の選定の要件

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。

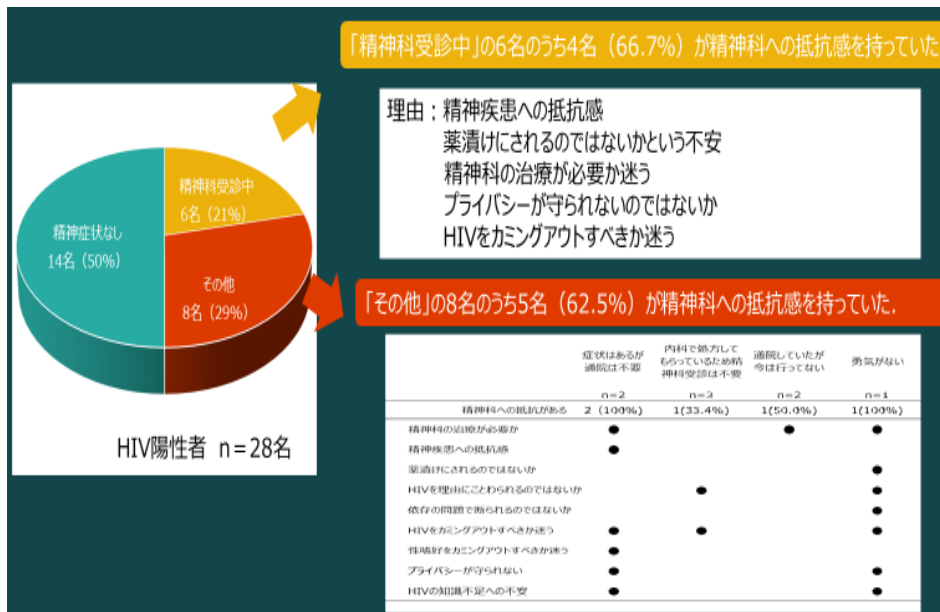
図6. HIV陽性者の精神科医療機関の選定の要件



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

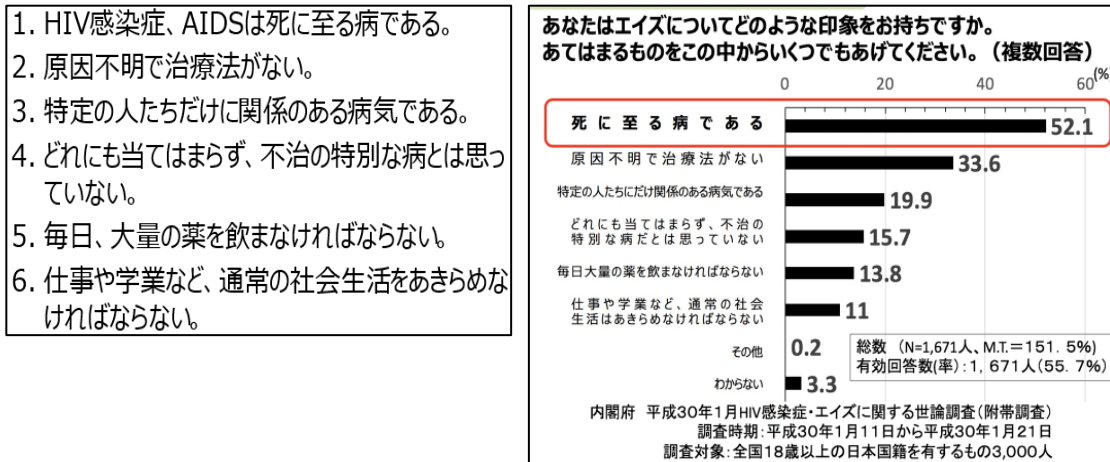


図 1 は、平成 30 年の内閣府世論調査の付帯調査です。これは全国 18 歳以上の日本国籍を有する方、3000 人での調査です。

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。

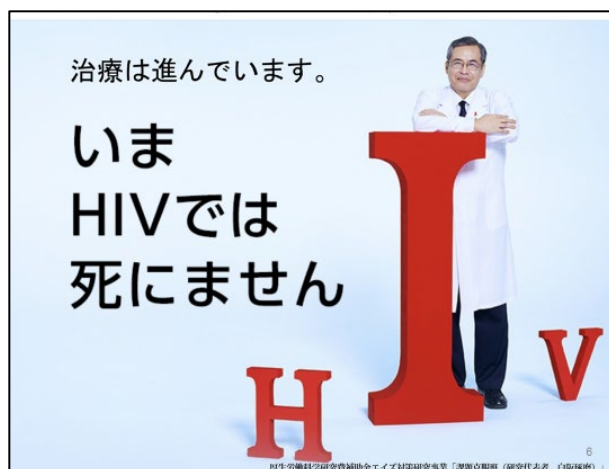
日本では、多くの方がこういう印象をお持ちでないかなと思います。

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

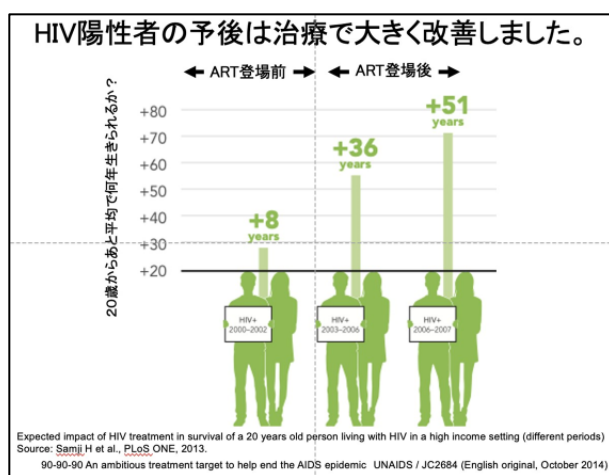
図 2. エイズの新しい常識・その 1



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。

図.4 HIV がない体液

HIVは、いない
汗 涙 唾液 尿 便
うつらない
➢ 話しをする
➢ 手をつなぐ
➢ 風呂、水泳
➢ つり革
➢ 一緒に鍋をつつく
➢ 咳、くしゃみ
➢ ペット
➢ 蚊
➢ キス

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、社交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。

図.5 HIV がいる体液

HIVが、いる
精液 膣分泌液 血液 母乳
うつるかも知れない
○ 性行為
○ 血液媒介
○ 母子感染
・医療上は
体液(胸・腹水、髄液)
にも注意
HIVの感染性 ∝ ウイルス量

【**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、殆どの方はうつりません。

【**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。

でも、HIV はセックスでうつるのでしょ???

図 6. エイズの新しい常識・その 2



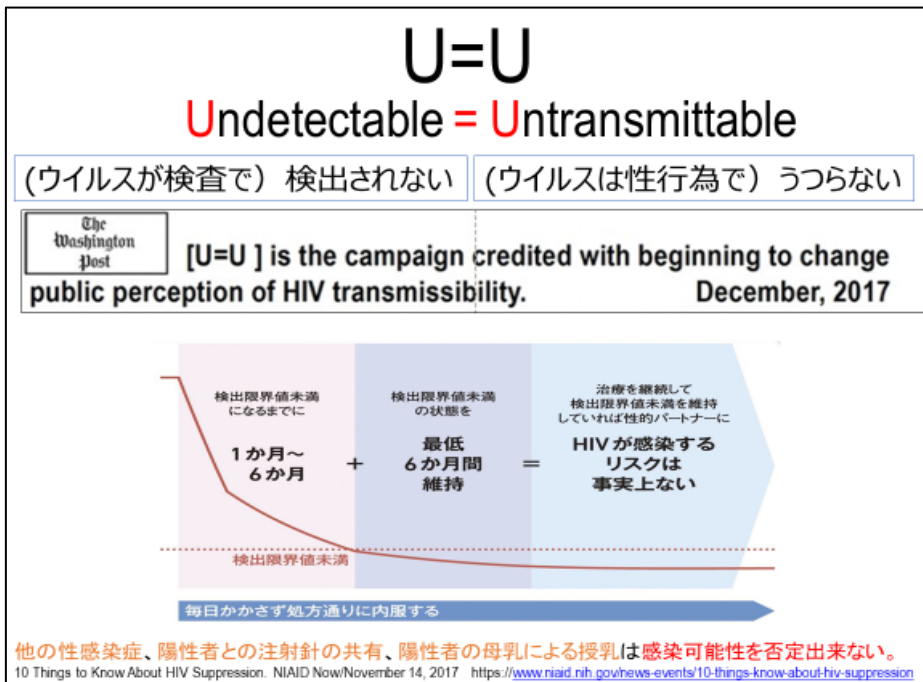
血液内のウイルスが 20 コピー/ml 未満であると検出限界未満、つまり、現在の検査の技術では検出できないぐらい下がっている状況になります。理屈的にはコンドームを使用しなくてもうつらないかもしれませんが、絶対にうつらないとは言えないので、必ずつけてくださいとずっと言ってきました。

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。多くの方が協力し、1000 人近くの方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 7）。「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**」ということを「U=U」とことばで出しました。

図 7. 「U=U」



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 8. 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）



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** 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。**

3. HIV 感染症の基礎知識

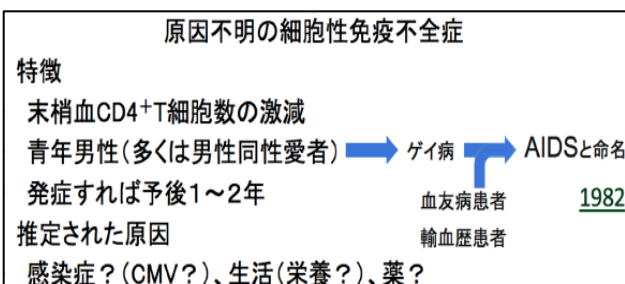
AIDS という病気は 1981 年頃に出てきました。男性同性愛者に多い病気でゲイ病と言われていましたが、血友病や輸血の患者さんも同じような病態を呈し、後天性免疫不全症候群と呼ばれました（図 9）。フランスのモンタニエ達が発見したのがヒト免疫不全ウイルス（HIV というウイルス）でした（図 10）。

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 9. AIDS と HIV の違い

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

図 10. 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 11）。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。

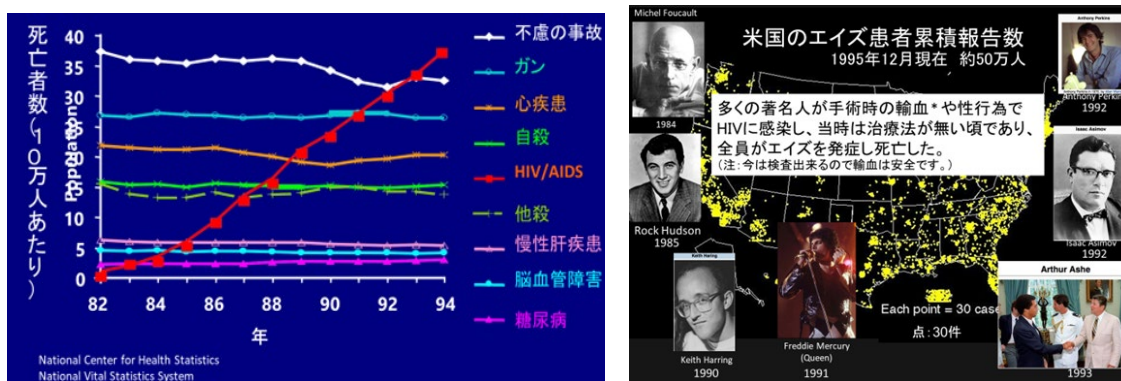
図 11. AIDS 期 (AIDS 指標疾患)

<p>A. 真菌症</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. カンジダ症 2. クリプトコッカス症 3. コクシジオイデス症 4. ヒストプラズマ症 5. ニューモシスチス肺炎 <p>B. 原虫症</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. トキソプラズマ脳症 7. クリプトスポリジウム症 8. イソスポラ症 <p>C. 細菌感染症</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. 化膿性細菌感染症 10. サルモネラ菌血症 11. 活動性結核 12. 非結核性抗酸菌症 	<p>D. ウイルス感染症</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. サイトメガロウイルス感染症 14. 単純ヘルペスウイルス感染症 15. 進行性多巣性白質脳症(JCウイルス) <p>E. 腫瘍</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. カボジ肉腫 17. 原発性脳リンパ腫 18. 非ホジキンリンパ腫 19. 浸潤性子宮頸癌 <p>F. その他</p> <ol style="list-style-type: none"> 20. 反復性肺炎 21. リンパ性間質性肺炎 22. HIV脳症 23. HIV消耗性症候群
--	---

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 12)。

図 12. 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ーには男性同性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 の薬を開発するとなりました。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 それから映画俳優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という状況のなかで、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13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14)。

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13. ダイアナ妃とエイズ啓発



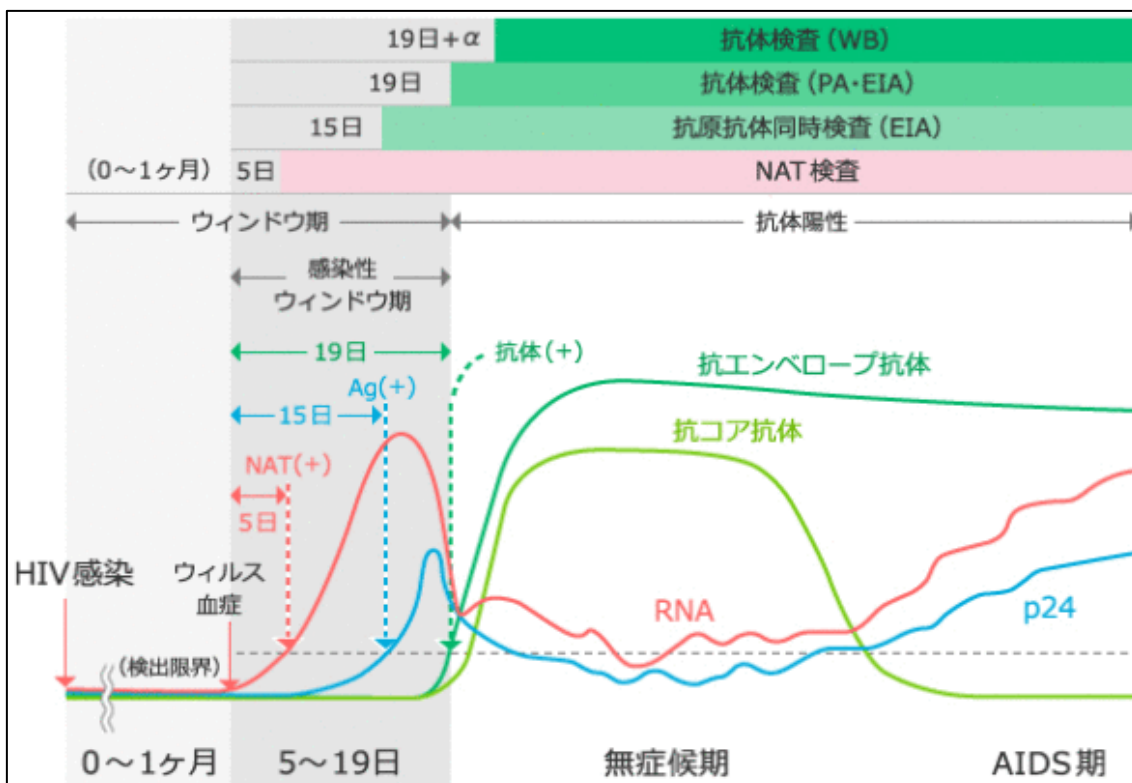
図14. 世界エイズデー

- 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)。
- 

6. HIV 検査

検査は、スクリーニング検査と確認検査の2段階です(図15,16)。スクリーニング検査が陽性だからといって AIDS だと決めつける人もいますので、注意が必要です。妊婦さんでは妊娠すると自分に対して色々な抗体ができ、HIV とよく似た抗体が体内にあったりします。妊婦さんが HIV スクリーニング検査陽性と言われて、確認検査をすると案の定、陰性であることが多いです。

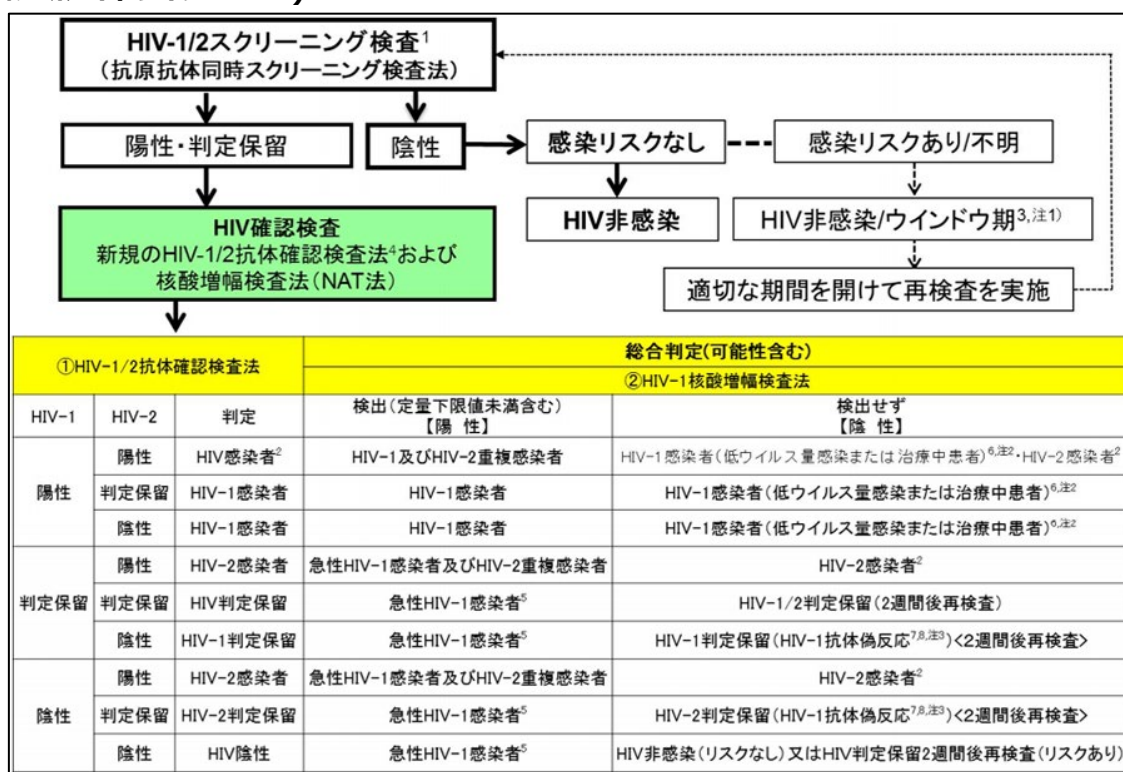
図 15. HIV 感染とウイルスマーカー



【注意事項】

- ・HIV 検査の際は、口頭同意でも良いので、患者さんの同意を得、診療録に記載する。
- ・HIV 検査はスクリーニング検査と確認検査の2段階からなる。前者で陽性でも偽陽性（約0.3%）があるので、必ず確認検査を行う。
- ・HIV 検査で陽性反応が出るのは、早くて感染の約1ヶ月後から。1ヶ月後の検査で陰性の場合、感染が心配な行為の3ヶ月後に念の為、HIV 検査を勧める。

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。

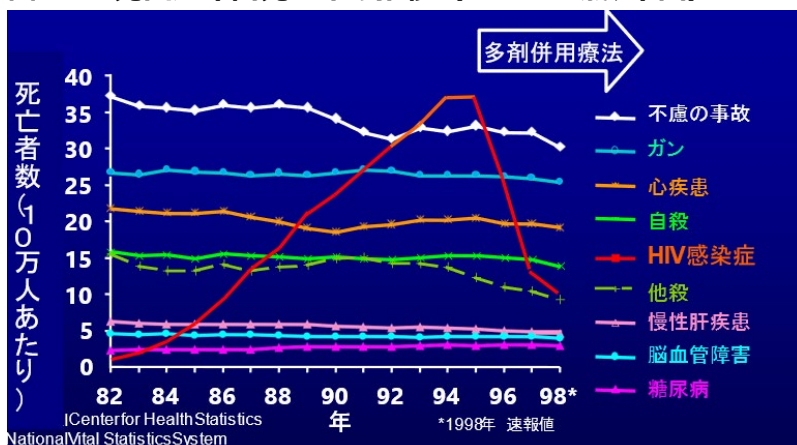
HIV はウイルス粒子内に、3 つの酵素 (逆転写酵素、インテグラーゼ、プロテアーゼ) を持ち、それらによって身体内で HIV が増殖します。今現在、この 3 つの酵素に対する阻害薬を使うことが出来ますので、薬を使えば HIV は増えません。ただし、**HIV が死ぬわけではありません。**

図 17. HIV 感染症/AIDS のパラダイムシフト



アメリカでは、1994 年頃から、数種類の抗 HIV 薬を組み合わせる多剤併用療法が使われ、AIDS は死の病から消えました (図 18)。

図 18. 死因別年間死亡率の推移 (25~44 歳、米国)



現在は、図 19 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 19. 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	GSI
DTG/ABC/3TC	1	制限なし	1	572 Tr1
DTG + TAF/FTC	1	制限なし	2	GSI (HT)
DTG/3TC	1	制限なし	1	SV137

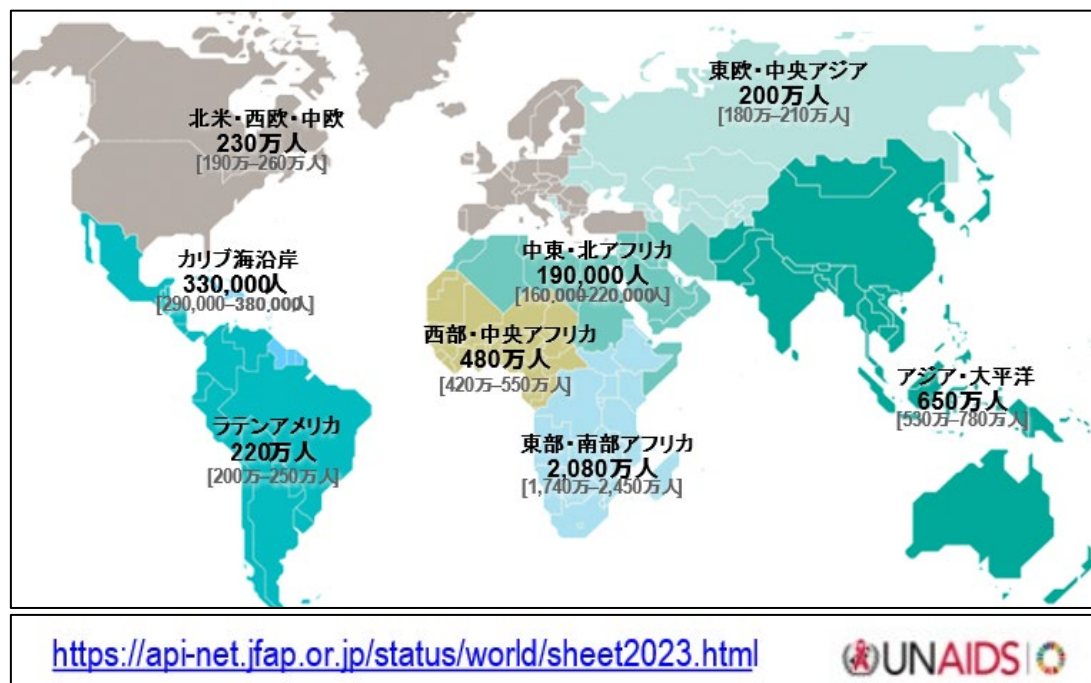
また、まだ議論はありますが、暴露前予防薬（Pre-Exposure Prophylaxis ; PrEP）も開発されています。

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 万人の感染者がいると言われています（図 20）。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 20. 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 21）。

図 21. HIV 感染者数の報告（読売新聞）



UNAIDSは2030年までにAIDSを終わらせると宣言しました (図 22)。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せんが、掛け合わせると $0.9 \times 0.9 \times 0.9$ 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 22. Ending the AIDS epidemic by 2023

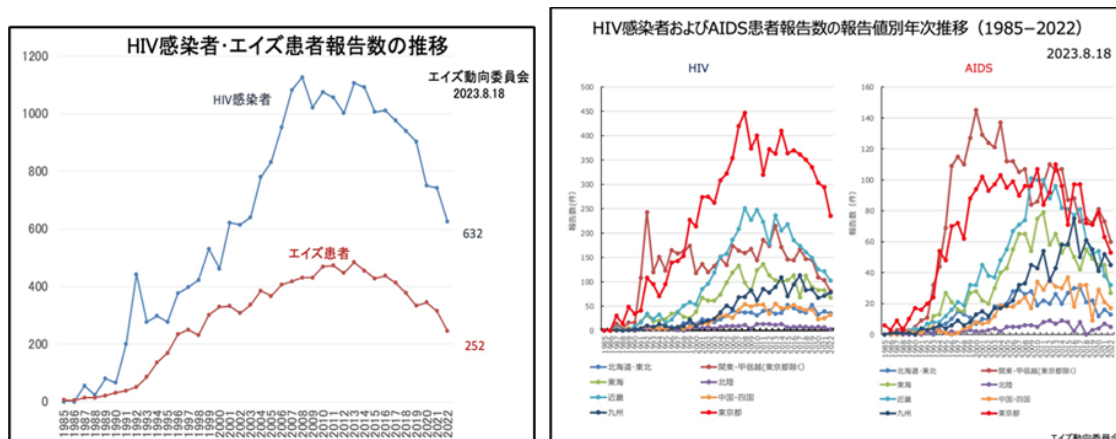


10. 日本の感染状況

図 23 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

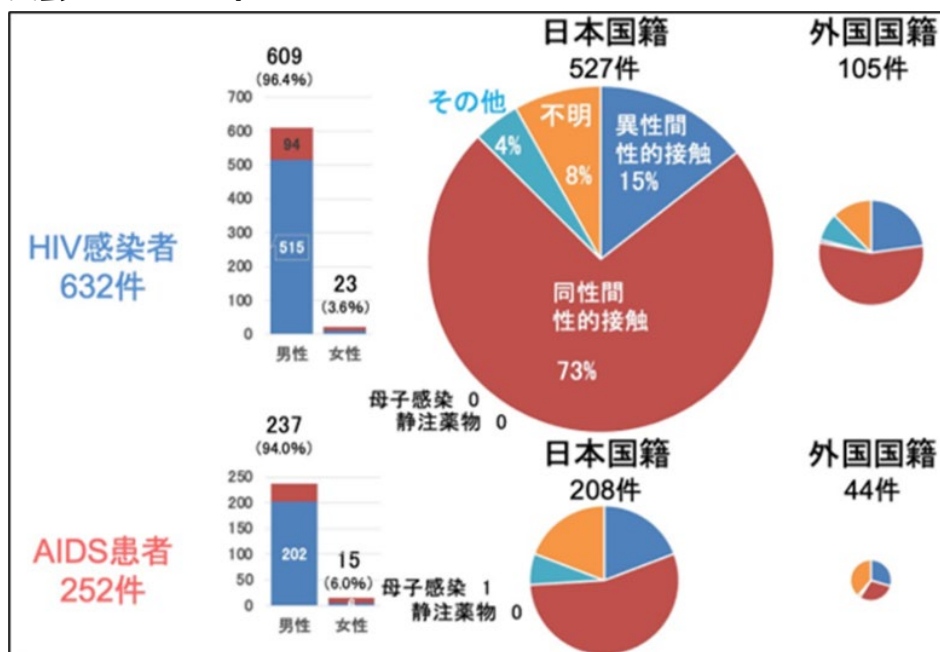
努力で下がってきました。ただし、恐らく数年すると、コロナの影響で検査を受けられなかった方の中から HIV 感染者や AIDS 患者がじわじわと報告されてくるかもしれないというふうに考えています。

図 23. 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 24）。AIDS 患者は様々な地域に分布していますが、HIV の検査を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 24. 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。

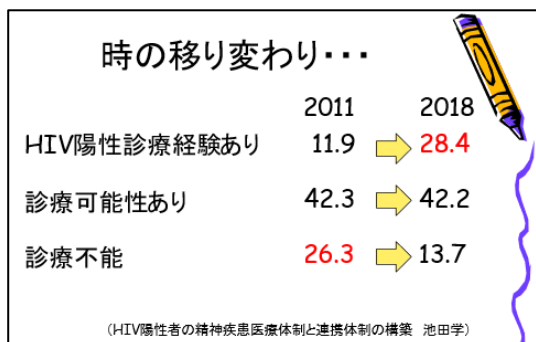
 もっと詳しく知りたい方：エイズ予防財団・API-net

第3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>精神学的症候群</p> <ul style="list-style-type: none"> ・不安障害 ・適応障害 ・気分障害（うつ病性障害、躁病） ・物質関連性精神障害（覚せい剤、違法ドラッグ等） ・精神病性障害 ・発達障害（ASD ADHD?） ・HIV に関連した認知症、HIV 脳症、せん妄 <p>その他の精神科的問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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） ・もともとの性格傾向 ・抗 HIV 薬に関する問題（導入、継続） ・自殺の問題 ・薬物使用

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して使っ
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 からは、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

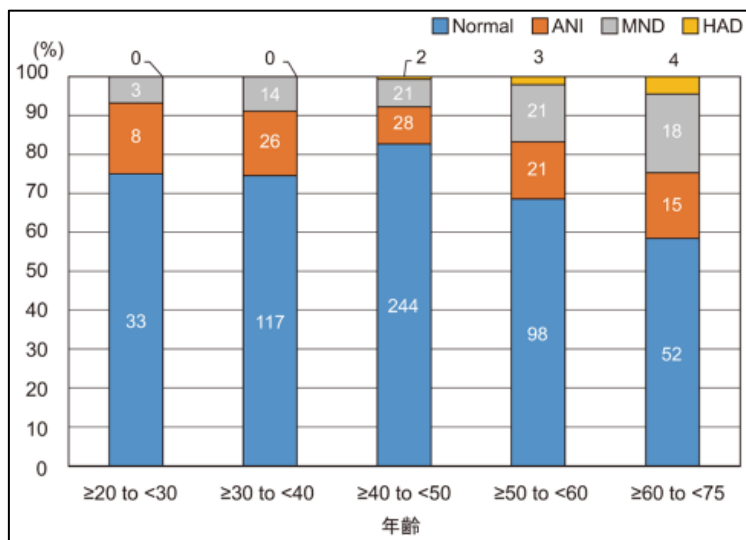


図 5. HIV による認知機能障害が起こり得る認知機能と、神経心理検査との対応

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い、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しまったので、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。

第4章 HIV陽性者に対する心理士の関わりの実際

1. HIV感染に伴う心理的危機

HIVは慢性疾患であると位置づけられて久しいですが、今でも、人に言えない苦しさ、孤独感を感じられているHIV陽性者は多くおられます（図1）。

「墓場まで持っていきます」、「癌だったら言えます。でもHIVは言えません」という表現を聞くことも少なくありません。社会における役割や自己存在がゆらくこともあります。

図1. HIV感染者の心理的問題

- ・人に言えない苦しさ、孤独感
- ・社会における役割や自己存在の不確かさ
- ・払拭しきれない不安

2. HIV感染症という慢性疾患の特徴

①治療しなければ死に至る、②予防や治療をしなければ感染する疾患である、という2つの特徴が様々な現実的な問題を投げかけ、心理的にも危機や困難を引き起こします。

① 治療しなければ死に至る

HIVの感染告知を受けることは、当然ながら自分が命の危機にあることを突き付けられる体験です。病者という自己イメージが急に生まれ、気持ちや人間関係にも様々な揺れが出てきます。自分が生きている意味について考えるなど、実存的な課題も生じてきます。

また、免疫力が低下していることで、自分の内側と外側の両方に脅威があり、境界があいまいで、そのどちらにも脅かされる体験や、自分の健康をコントロール出来ているという感覚が乏しいという体験をされているように思います。

通院、服薬、制度利用上の手続き、仕事や学業と治療の両立など、どうやって生活を成り立たせていくのか、経済的にやっていけるのか、という現実的な不安が押し寄せてきます。これまで自分の人生を自分で計画し、ある程度コントロールできていたはずが、果たしてこれまでのようにやっていけるのだろうかという不安が体験されるようです。

② 予防や治療をしなければ感染する疾患である

元南アフリカ大統領・Nelson Mandela氏は、「AIDSに罹った人の命を奪うのは多くの場合、病気自体ではなく、その人を取り囲むスティグマである」と言われています。

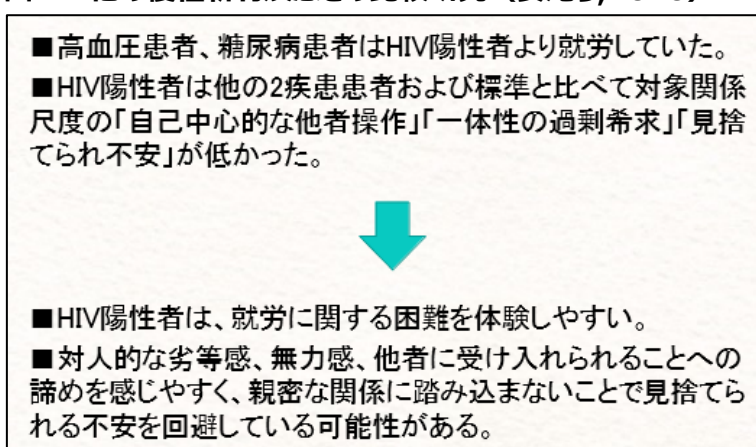
親密な他者との間に重大な秘密をもつことになったり、他者からの差別・無理解・拒密を直接・間

接に体験したり想像したりすることは、強い恥や恐れ、怒りの体験です。**社会で否定的な扱いをされるという体験は恐怖であり、自己イメージや対人関係、就労などに影響が及びます。**

また、HIV 陽性者は、「他者に接近することは許されない」、「他者にとっての重荷、他者を傷つける危険な存在である」といった体験をしやすいようです。「もう誰のことも好きになれない」「好きになると怖くなるから、好きになる前にそれ以上踏み込まない」といった語りをする方も少なくありません。

図 2 は、他の慢性疾患（高血圧、糖尿病）の患者と HIV 陽性者の比較をした調査の結果です。

図 2. 他の慢性新刊疾患との比較研究（安尾ら,2020）



HIV 陽性者は、高血圧・糖尿病の患者より就労している方が少ない傾向にありました。また、対象関係尺度を使って比較した結果、「親和不全」、「希薄な対人関係」がすべての疾患の患者で標準より高かったです。

更に HIV 陽性者は、「自己中心的な他者操作」、「一体性の過剰希求」、「見捨てられ不安」が高血圧、糖尿病の患者より低いという結果でした。

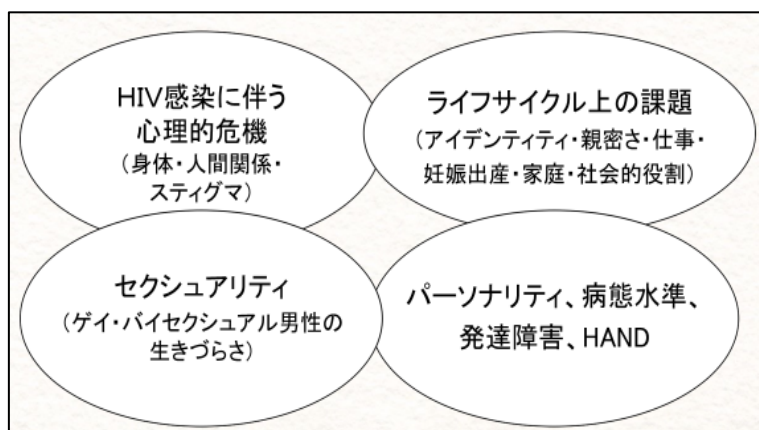
「自己中心的な他者操作」は、自分の優位性を基に他者が自分の思うとおりに他者を操作できるという感覚、「一体性の過剰希求」は、他者を独立した存在として認めず、自分の要求が相手に受け入れられるだろうという感覚、「見捨てられ不安」は、他者から自分が批判されたり遺棄されたりすることの恐れであると解釈されています（井梅ら、2006）。

それらが低いということは、**HIV 陽性者は就労を含めた対人関係に関する困難を体験しやすく、また対人的な劣等感、無力感、他者に受け入れられることへの諦めを感じやすく、親密な関係に踏み込まないことで初めから見捨てられないようにすると同時に、見捨てられる不安を回避されていると考えられました。**

3. HIV に適応することの難しさ

HIV 感染を知ってから生じる、身体上、人間関係、スティグマという HIV 感染に伴う心理的な危機だけでなく、セクシャリティによる生きづらさ、それぞれが置かれた人生の時期に直面するライフサイクル上の課題、あるいはベースにあるパーソナリティや病態水準、発達障害や HAND 等の要素が重なり合っており、場合によっては HIV への適応が困難となることがあります（図 3）。多面的なアセスメントが必要です。

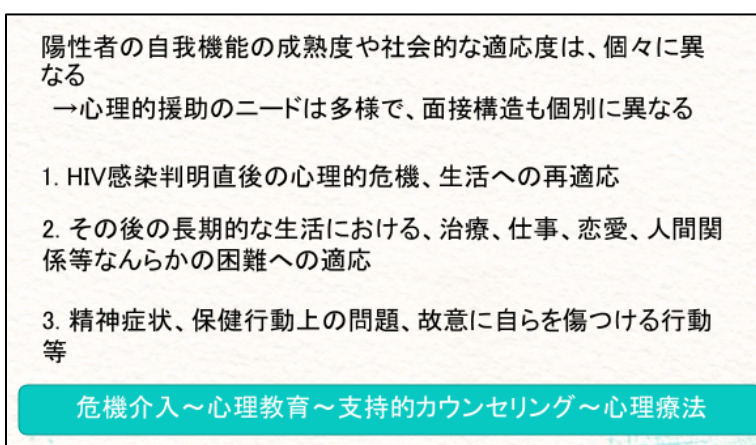
図 3. HIV と関連する課題



4. HIV 陽性者への心理士の関わりの実際

HIV 陽性者の自我機能の成熟度、社会的な適応度は様々であり、心理的援助のニーズも多様で、それゆえに面接構造も個別に異なります。

図 4. HIV 医療における心理臨床



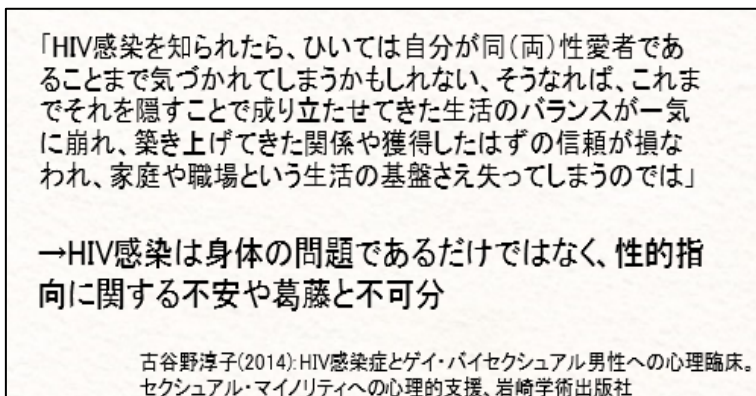
大きく 3 つに分けると、① HIV 感染判明直後の心理的な危機や生活への再適応の時期の関わり、②その後の長期的な生活の中で、治療、仕事、恋愛、人間関係等何らかの困難が生じた時の関わり、③精神症状保健行動上の問題、故意に自らを傷つける行動等への関わり、があります

(図 4)。個々の HIV 陽性者のニーズによって、心理士の関わり方は危機介入や心理教育、支持的なカウンセリング等様々です。

5. ゲイ・バイセクシャルの HIV 陽性者に関わるために知っておきたいこと

古谷野淳子先生は、「彼らは皆、自分らしい幸せの形を捜し求めて、ひそかにあがいたり、努力したり、耐えたりしている。それを見つける道のりには、当事者以外には想像のつきにくいさまざまな困難や、重荷になることがある。どう援助するかを考える前に、**セクシュアル・マイノリティとして生きるとはどのような体験なのか**、そのことにより広く関心をもち、より深く想像をめぐらすことをしてほしい。**私たちは身近なところに居る彼らのことを、あまりにも知らな過ぎたと思う。人と人として、もっと出会わなければ。**」と述べています。

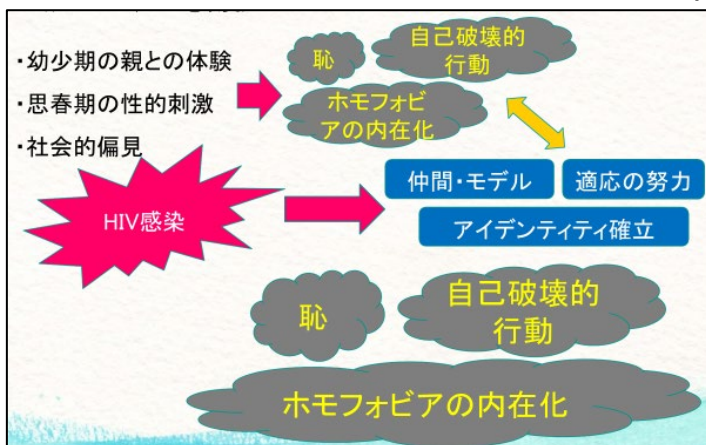
図 5. ゲイ・バイセクシャルの陽性者の恐れ



HIV 陽性者の多くはゲイ・バイセクシャルの男性ですが、性的指向に関するアイデンティティの確立や葛藤の程度、人間関係の持ち方やライフスタイル、心理面と行動面の合致度は人によって様々です。**HIV 感染は身体だけでなく、性的指向に関する不安や葛藤と不可分であると言われています。**(図 5)

グリー・グロスマン先生は、ゲイの HIV 陽性者の心理的な苦痛の一番中核は恥の感覚であると指摘しています(図 6)。幼児期、ヘテロセクシャルの娘がヘテロセクシャルの父に「将来お父さんと結婚する!」というようなロマンス様の感情を抱き、父がそれを喜びとともに受け取ることは容易に想像できますが、ゲイの男児が向ける同様の感情はヘテロセクシャルの父から拒絶されやすいと思われま。ほかにも、例えば体育の着替えを男女別室で行うなど、思春期の手前からヘテロセクシャルは大人の配慮によって過度な性的刺激から守られますが、ゲイの男性は絶え間ない性的刺激によって羞恥心や困惑を喚起され続けてしまいます。加えて社会的な偏見もあり、同性愛嫌悪(ホモフォビア)の内在化につながり、これらの発達上の体験によって恥の感覚が強まるといわれています。それでもゲイ、バイセクシャルの男性は努力して、仲間やモデルを見つけたり、適応しようとしますが、そんななかで HIV 感染が分かることで、「自分のやってきたことはやはり間違いだったんだ」と感じ、恥の気持ちが再燃したり、内在化されたホモフォビアが再び強くなったり、自己破壊的な行動が生じたりすると考えられています。

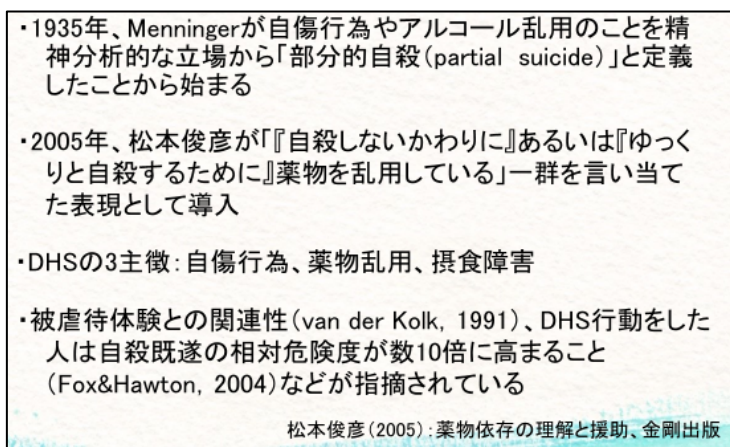
図 6. ゲイの HIV 陽性者の心理的苦痛・恥 (グロスマン,2014 を改変)



6. HIV 陽性者の自己破壊的な行動

故意に自分の健康を害する症候群 (Deliberate Self-Harm Syndrome; DHS) とは 1935 年、Menninger が自傷行為やアルコール乱用のことを精神分析的な立場から「部分的自殺」と定義したことから始まり、日本では 2005 年、松本俊彦先生が導入されました。

図 7. 故意に自分の健康を害する症候群 (Deliberate Self-Harm Syndrome; DHS)



故意に自分の健康を害する症候群 (Deliberate Self-Harm Syndrome; DHS) の 3 主徴は、自傷行為、薬物乱用、摂食障害です (図 7)。

精神科医の中西幸子先生 (2011 年) によると、**HIV 陽性者は適応障害やうつ病などを発症することが多く**、適応障害の中心が不安あるいは抑うつ気分だと、対応が困難となるのは行動面の障害を伴う場合であり、具体的には外来通院の中断、内服の自己中断、職場放棄、ひきこもり、大量飲酒、薬物乱用が挙げられるとされています。

HIV 陽性者の検死のうち、**自殺は 9.4%**でした。また、**故意に自己を傷つける行動は 20%、自殺念慮が 26.9%、自暴自棄・自傷は 19.7%**というデータがあります (図 8)。

図 8. HIV 陽性者の DHS

・陽性者は適応障害やうつ病などを発症することが多く、適応障害の中心は不安あるいは抑うつ気分。対応が困難となるのは行動面の障害を伴う場合であり、具体的には外来通院の中断、内服の自己中断、職場放棄、ひきこもり、大量飲酒、薬物乱用が挙げられる(中西ら、2011)。

・HIV陽性者の検死のうち9.4%が自殺をしており、また故意に自己を傷つける行動(Deliberate Self Harm)が20%、自殺念慮が26.9%、自暴自棄・自傷は19.7%(Catalanら、2011)。

中西幸子,赤穂理恵(2011):HIV/AIDSにおける精神障害.総合病院精神医学 23(1),35-41.

Catalan J.et.al.(2011):HIV infection and mental health: Suicidal behavior-Systematic review. Psychology. Health & Medicine, 16(5).588-611

7. 自己治癒仮説

依存症になりやすい人は自分の感情を十分に認識したり、受け入れたり、あるいは表現したりしない、自己調節の不全だと言われています。

依存性物質には、苦痛をほんのつかの間だけ緩和・変化・耐えられるものにする効果があります。嗜癖行動もまた、感情、自尊心、人間関係、さらにはセルフケアに関する調整不全を修正しようとする試みだと言われていました。自己治癒仮説とは、依存や嗜癖は苦痛を避けるためであり、自分で自分の気持ちを治療しようとする試みなのではないかという仮説のことです。

ゲイ・バイセクシュアル男性において考えると、恥ずべき存在である自分のことをネグレクトする、つまり、物質使用などの自己破壊的な行動になったり、恋愛において手に入りにくい対象や自分を傷つける対象やその場限りの性的な関係を求める人がいます。前出のグロスマン先生はこの点に関して、幼少期、接近したい対象であったお父さんが自分の手に入りにくい・拒絶的だったことと関係すると解釈をされています。

8. 援助者に求められる態度

性の話題に含まれていることをよく理解すれば、その方自身の理解に繋がると考えています(図9)。

図 9. 性に関する理解

- ・人間の性が、生き方や人格と深く結びついたものであるという理解を持つ
- ・自分自身の「性に触れること」に対する苦手意識や恐れ、性にまつわる価値観を自覚しておく
- ・自分の中のホモフォビアを自覚し、しかし中立的な態度で接する(性的指向への葛藤が強い人に接する際に、否定的感情を言わせなくさせる恐れ)
- ・性に対する率直さと、非常にプライベートなことに触れていることへの自覚、繊細さ

野島一彦ら(2000):HIVと心理臨床、ナカニシヤ出版

「中立的な姿勢で十分な関心を払って耳を傾けるカウンセラーに対して、性指向も含めた自己開示をすること、自分のなかにある願いや希望、違和感やひっかかりなどを言葉にしてみてもそれを受け止められることは、『私は私として存在しているよなのだ』という内的な感覚をもたらすものである。

社会の中で同性愛に対する否定的なニュアンスの刺激に触れ、心が揺らぐこともあるであろうゲイ・バイセクシュアル男性にとっては、この存在を承認される感覚を得ることがことさらに必要なことだと思う。

その感覚の積み重ねが、彼らのアイデンティティをより確かなものにし、自分の力で人生の問題解決に向かっていく基盤になるのではないか。」

古谷野淳子(2014):HIV感染症とゲイ・バイセクシュアル男性への心理臨床
セクシュアル・マイノリティへの心理的支援、岩崎学術出版社

上記は性の話題に触れる際のポイントです。ただし、援助者側が「LGBT いいじゃないか、何も問題ない！とても応援してます！」という一面的に肯定的な態度でいると、性的指向への葛藤が強い人に否定的な感情を言わせないようにしてしまうかもしれないことも、気にかけておかなければいけません。また、**性に対する率直さと非常にプライベートなことに触れていることへの自覚や繊細さが必要**であることも指摘されています。

HIV 陰性のゲイ・バイセクシュアル男性にとっても、成長過程の様々なタイミングで必要な支援と繋がること、自分について語れることが、HIV 感染のリスクを減じる可能性があるのではないかという指摘もされています。

9. ブロック拠点病院の心理士の関わり

拠点病院には心理士がおり、派遣カウンセリング制度によって、各自治体から派遣カウンセラーが拠点病院に出向いて面接をすることもあります。HIV 診療の枠組みの中で受けるカウンセリングは、原則的に無料で実施されています。

精神科に通院中の HIV 陽性者のなかには、精神科の診療施設において有料でのカウンセリングや心理療法を望まれるケースもあり得ます。精神科の診療施設やクリニックでもカウンセリングの導入

をして頂くことは HIV 陽性者の選択肢が増えるため、望ましいことではないかと思ます。適宜、連携を図りながら支援が出来ればと思ます。

図 11. 今後の連携のために

- ブロック拠点病院には、心理士がいます(常駐)。
- 中核拠点病院の多くにも、心理士がいます(週1日)。
- 拠点病院では、各自治体の派遣カウンセリング制度が使えることが多いです。<https://hiv-hospital.jp/counseling/>
- 上記はいずれも原則的に無料で実施されています。
- 多くのHIV陽性者が精神科診療施設を利用されています。
- 精神科診療施設等において、有料でのカウンセリング・心理療法を望むケースは少数ですが、なくはありません。精神科の病院やクリニックでも導入の試みをしていただくことは、患者さんの選択肢が増えるので望ましいことだと思ます。
- 適宜連携を図らせていただければ幸いです。

10. さいごに

これまで述べてきたように、HIV 陽性者のなかにはスティグマや偏見の恐れから就労が難しくなり、きっと誰も自分を受け入れてくれないだろうと孤立している方がおられます。

図 12 は、HIV についてその人がどう思っているかが、その方のものの見方、選択、行動、関係性に影響を与え続けているのだという視点を持って HIV 陽性者のことを理解してみてください、というグロスマン先生からのご提案です。

実際に、**自分のことを話して、受け止められ、「力になるよ」と言われたことが、とても支えになったと体験されている HIV 陽性者は数多くおられます。**様々な場所で HIV 陽性者を支える輪が広がれば、自分について捉えなおすことや、少しでも前に進むことにつながるのではないかと信じていますし、それを一緒にやろうと思ってくださいる方が増えることを願っています。

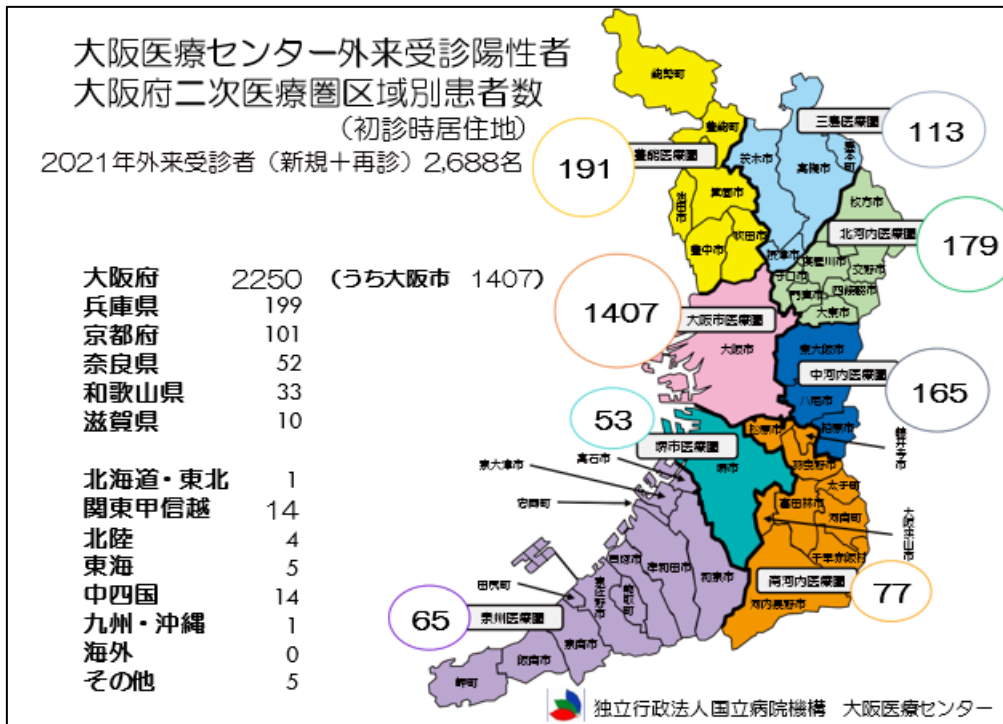
図 12. 医療者だから関われること (グロスマン,2014)

- ・患者は、HIVに関連する自身の情緒的苦痛を自覚していないかもしれないが、それが背景にあって作られる不安・信念・願望は、彼自身のものの見方、選択、行動、関係性に影響を与え続けている。
- ・ノンジャッジメンタルで共感的な医療者は、患者の恥を弱毒化し、セルフケアを強化することができる。
- ・医療者によるケアと関心は、自分に価値があるという感覚を患者に伝え、愛し愛される自己イメージを育むことができる。

第5章 HIV陽性者の精神科受診ニーズと受診支援・調整

大阪医療センターでは、4000人を超えるHIV陽性患者が通院していますが、新規患者は2200～2300人ぐらいになっています。また、HIV陽性者の患者は高齢化しつつあります。

図1. 大阪医療センター外来受診陽性者（大阪府二次医療圏区域別患者数）



HIVの診療をしている病院が限られているため、遠方からでも大阪医療センターに通院していただきます。ただし、精神・メンタルの問題を抱えながら、仕事と治療と両立を考えると、職場や自宅の近医でなければ通院の継続が難しいと思っています。

1. HIV陽性者のメンタルヘルス

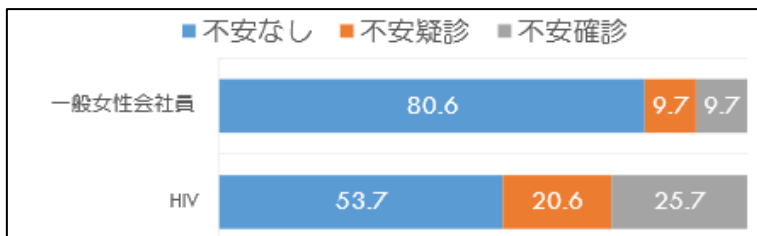
本章は、HIV陽性者の方向けに、2019/11/27～2020/7/31の期間にWeb調査の結果をもとに解説していきます。

有効回答数は908人で、性別は、男性96.8%、女性2.4%、トランスジェンダー1.3%でした。
性的指向：ゲイ83.5%、バイセクシャル8.8%、ヘテロセクシャル5.5%でした。

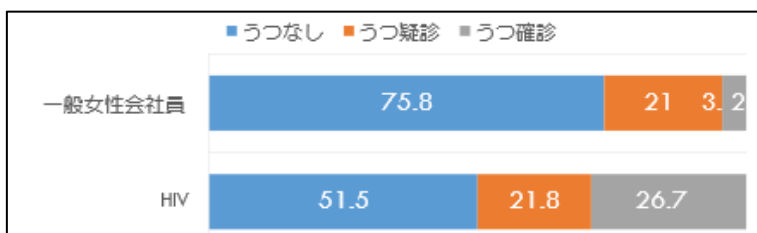
HIVの陽性者では、不安があると回答したのは46.3%、うつがあると回答したのは48.5%であり、一般女性会社員と比べて不安・うつが強い傾向にありました(図2)。

図 2. Hospital Anxiety Depression Scale(HADS)による不安と抑うつの評価（全国の Web 調査 ; Futures Japan）

(1) 不安の評価

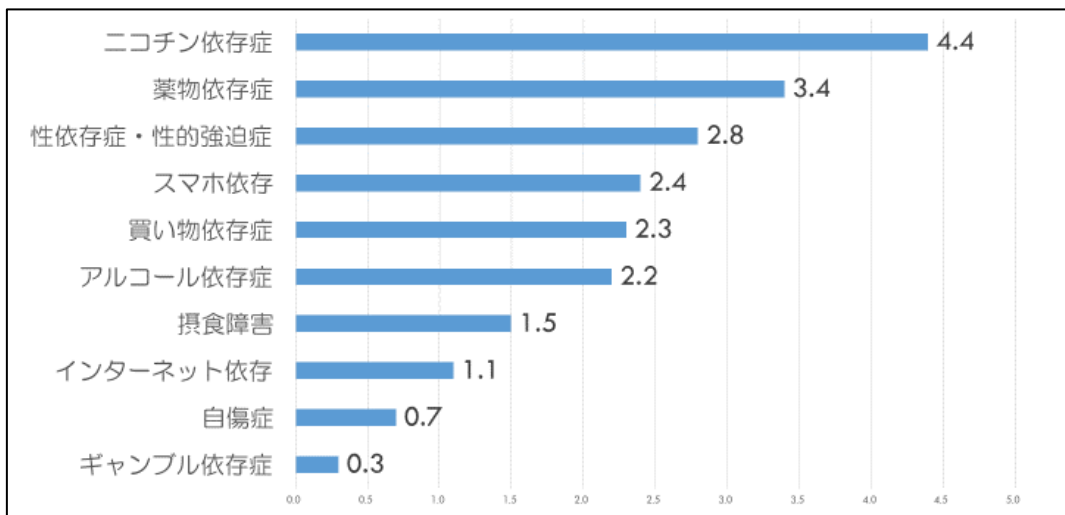


(2) 抑うつの評価



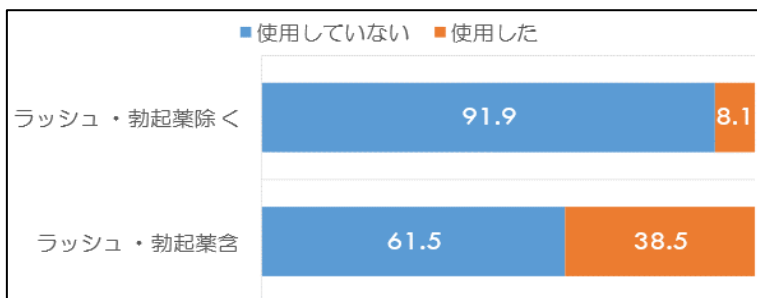
HIV 陽性者が医師から診断された依存症を調査した結果、ニコチン依存症が 4.4%、薬物依存症は 3.4%、性依存・性的強迫症は 2.8%、スマホ依存は 2.4%、買い物依存は 2.3%でした（図 3）。

図 3. 「医師から診断された依存症（自己回答）」



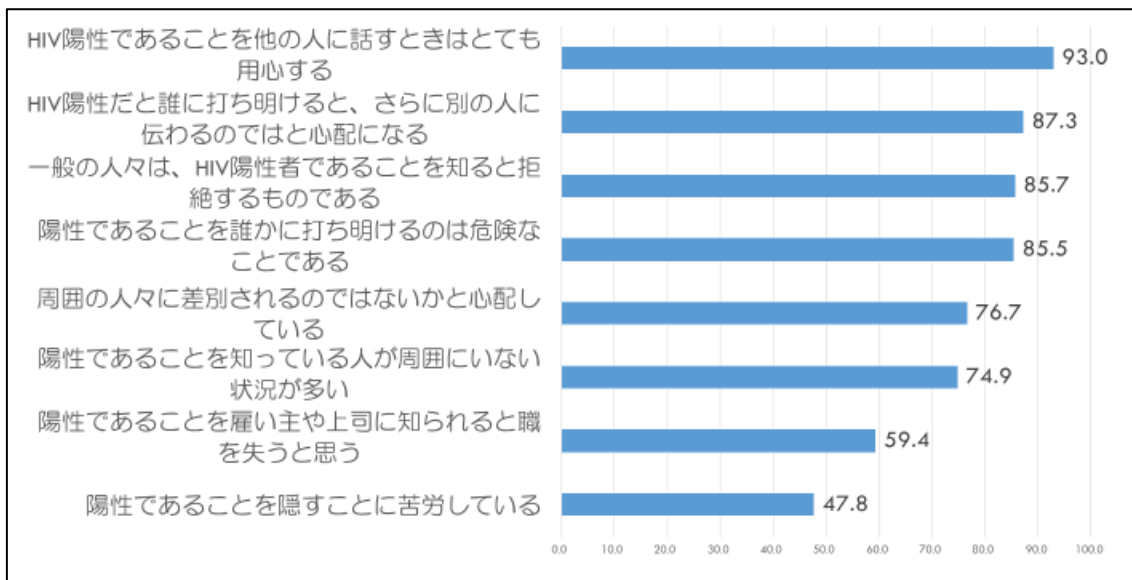
HIV 陽性者に、過去一年以内のレクリエーションドラッグ、セックスドラッグの使用経験の有無を尋ねました。ラッシュ・勃起薬を含む一般的手段以外のレクレーションドラッグを使用したとの回答は 38.5%が使用したと回答し、一般的手段よりも多い傾向にありました（図 4）。

図 4. 過去一年以内にレクレーションドラッグの使用経験の有無



HIV 陽性者に、HIV に対する社会からどのようなスティグマを感じているかを調査しました（図 5）。「まったくそうではない」、「あまりそうではない」、「ややそうである」、「そうである」の 4 件法で回答を得、「ややそうである」、「そうである」と回答した者の割合を示しています。「HIV 陽性であることを他の人に話すときはとても用心する」では、93%がそうだと回答しており、「HIV 陽性だと誰かに打ち明けると、さらに別に人に伝わるのではと心配になる」、「一般の人々は、HIV 陽性者であることを知ると拒絶するものである」、「陽性であることを誰かに打ち明けるのは危険なことである」では 85%以上がそうだと回答しており、多くの HIV 陽性者が社会からのスティグマを感じていました。また、就労に関しても「雇い主や上司に知られると職を失うんじゃないか」と感じると 59.4%が回答しました。

図 5. スティグマの感じ方



2. ゲイ・バイセクシュア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・バイセクシュア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・バイセクシュア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・バイセクシュア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)

3. エイズ治療拠点病院の精神科のいろいろと関わるきっかけの様々

エイズ治療拠点病院の精神科の体制は様々です。ソーシャルワーカーが HIV の陽性者の方の精神科受診を考えると、ご本人からご相談を受ける時、ご家族やパートナー、HIV を診ている内科の先生、精神科の先生、コメディカル、看護師さんや薬剤師さん、カンファレンス、患者さんと面接している中で、様々なきっかけで精神科の受診至ることもあります。

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) CD 4 > 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。

血友病については週 3 回自己注射で通院度は 3 か月ごと、抗 HIV 薬の内服でウイルス量は抑えられていて定期受診は 3 か月ごとでした。

職場での人間関係で抑うつ状態になってしまい、精神科は未受診でした。精神科については近医を希望されたので、引き受けてくれる病院を探しました。薬害被害者の方だけが利用できる特定疾病療養費、先天性血液凝固因子障害等治療研究事業 (図 6) をお持ちでしたが、事前登録が必要な場合があるので、丁寧にお手伝いをする必要がありました。

薬害被害者の方についてはどんな治療にも先天性血液凝固因子障害等治療研究事業 (図 7) を適用できるのですが、都道府県によって、手続きの仕方が様々です。兵庫県であれば、クリニック、薬局と兵庫県の契約は不要ですが、通院先の届け出が必要です。受診先に手続き方法のご理解が必要なので事前調整をしました。

近くのクリニックで、精神科初診としてお引き受け頂けることになり、大阪医療センター・内科の紹介状だけをご用意しました。メンタルの理由で休職する時には、傷病手当金の手続きをされる場合があります。傷病手当金の書類は、本人が書く欄、職場が書く欄、医師が書く欄の 3 つがあり、医師が先に記入することが多いので、医師の記載を職場が見ることになります。病名書く欄が複数あるため、例えば「1 うつ病」「2.HIV」と書いてしまうと、書類を職場に安心して出せなくなってしまうので、メンタルのことだけで休業するのであれば、できれば HIV とは書かずに頂くようにご相談しました。

図 6. 薬害 HIV の方が利用できる制度

医療費関係	所得保障関係
1. 「特定疾病療養費」 1. 高額療養費の一種 2. 月額上限10,000円 3. 血友病A、B、透析の方も	1. 健康管理費用 ア. CD4 (T4) 200以下の方 月額53,000円 イ. ア. 以外の方 月額37,000円
2. 「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業」 1. 特定疾患と同様の仕組み 2. 月額自己負担0円 3. 事前登録した医療機関に限られる。(都道府県による) 4. 血液凝固因子障害の方も利用	2. 発症者健康管理手当 ・ エイズを発症している人 ・ 月額150,000円
5. どんな治療にも適用	(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)

図 7. 公費 5 1 (先天性血液凝固因子障害医療費助成)

1. 特定疾患と同様の仕組み 2. 月額自己負担0円 3. 事前登録した医療機関に限られる。 (都道府県による) 4. 血液凝固因子障害の方も利用 5. どんな治療にも適用 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)
--

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

- ・統合失調症は自宅近くのクリニックと保険薬局。
- ・地域の障害者相談支援センター（母体は精神科）の利用あり。
- ・調子が悪くなり、内服薬の変更を検討していくことになった。

精神面の調子が悪くなってきたため、内服薬の変更を検討していくことになりました。入院や訪問看護を打診したのですがご本人が決めきれなかったため、クリニックの精神科の先生と担当の PSW に相談する旨の了承をとりました。

入院の方針になった時に、残薬が入院中に足りなくなりそうだったため、入院するならどうするかを考えていました。結果としては外来通院の回数を増やして、内服を調整していく方針で訪問看護を導入することになりました。訪問看護ステーションの方には連絡し、HIV は十分コントロールが出来ているが内科的に何かあれば連絡してほしいことを伝え、お薬の相談をしました。大阪医療センターの薬剤師から、本人が利用している保険薬局の薬剤師に連絡をして貰い、内服薬の相互作用の確認を引き受けてもらいました。最終的には自宅での暮らしで調整が付き、今も元気になって頂いています。

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（ニューモシスチス肺炎にてエイズ発症治療後。）

- ・父親とともに精神科受診時、幻聴と希死念慮が認められ、本人・父親とともに精神科入院を希望。

幻聴と希死念慮があり入院を希望されたため、受診された当日に受け入れ先を探すことになりました。薬が無いという理由で精神科の入院を断られることを避けたかったので、感染症内科外来の受診を調整、抗 HIV 薬を院内処方し、処方薬を持参できる状態で入院の手続きをしました。

図 8. 様々な診療報酬上の入院

<p>入院基本料</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 一般病棟入院基本料 ● 療養病棟入院基本料 ● 結核病棟入院基本料 ● 精神病院入院基本料 ● 特定機能病院入院基本料 <ul style="list-style-type: none"> ● 一般・結核・精神 ● 専門病院入院基本料 ● 障害者施設等入院基本料 ● 有床診療所入院基本料 ● 有床診療所療養病棟入院基本料 	<p>特定入院料</p> <p>さまざまなバリエーション</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 回復期リハビリテーション病棟入院料 ● 地域包括ケア病棟入院料 ● 特殊疾患病棟入院料 ● 特殊疾患入院医療管理料 ● 緩和ケア病棟入院料 ● 精神科救急入院料 ◎ ● 精神科急性期治療病棟入院料 ◎ ● 精神科救急・合併症入院料 ◎ ● 精神療養病棟入院料 ● 認知症治療病棟入院料
---	--

以前は診療報酬上の問題で精神科入院を断られたこともありましたが、現在は、精神科の包括点数の病棟に関しても、包括点数外として出来高算定できる薬がいくつか設定をされています。

HIV のお薬は基本 30 個入り、1 ボトルで売っています。例えば 28 日入院してもデッドストックにならず、退院時処方も出来高算定できますので、残った HIV 薬は退院時に退院時処方としてご本人に処方してください。内科に戻られたら残薬の調整ができますので、残った分は退院時にまとめて退院時処方できます。

図 9. 包括点数と除外対象薬剤

<p>次の薬剤は、包括点数外として、出来高算定</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 3 では、内科外来から精神科入院のご相談だったため、外来処方できたのですが、内科入院から精神科に転院になると、内科では退院時処方できない（算定が出来ない）ため、退院日に合わせて調整が必要です。

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。)

- ・本人と大阪医療センター受診時に、就労について面接。
- ・就労困難な理由はメンタルヘルス。本人の了承のうえで、精神科医に相談。
- 就労移行支援で生活リズムの再建と様子を見ていくところから始めることに。

本人に就労の希望はあったものの、福祉サービスの担当者に HIV 陽性者であることを知られるのが不安だとお話あり、「精神の自立支援医療を使っている人」として福祉サービスを利用するという提案をしました。了承されたため、役所の方にもその旨をお伝えし、「身体障害者手帳、免疫機能障害」ではなく、「自立支援医療（精神通院）」として、就労移行支援を利用できるように調整しました。

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。

精神科退院後は、グループホーム入所を検討しました。HIV についてご理解を頂きたく、グループホームでの事前カンファレンスにも同行しました。

5. さいごに

HIV の治療だけでも、精神科の治療だけでも、すぐに生活の安定が取り戻せない人はいらっしゃいます。加えて、残念ながら必要な精神科医療に繋がりにくいこともあります。

福祉サービスを提供する方、精神科のクリニックや病院のスタッフの方がお困りの際には、AIDS 治療拠点病院のスタッフが一緒に出来ることがあります。お互いにそれぞれ得意なところを活かしながら、それぞれの患者様の支援が連携の元で上手くいくといいな、と思っています。



「森のシンフォニー」(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