

HIV感染症と 精神疾患ハンドブック

HIV 感染症患者のメンタルヘルスケアに携わる医療関係者のために

第2版

厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業

HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究

研究代表者 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター
HIV/AIDS 先端医療開発センター長 白阪琢磨

抗 HIV 療法に伴う心理的負担、および精神医学的介入の必要性に関する研究

研究分担者 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター
精神科 廣常秀人

HIV 感染症と精神疾患

ハンドブック

HIV 感染症患者のメンタルヘルスケアに携わる医療関係者のために

第2版

厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業
HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究
研究代表者 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター
HIV/AIDS 先端医療開発センター長 白阪琢磨

抗 HIV 療法に伴う心理的負担、および精神医学的介入の必要性に関する研究
研究分担者 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター
精神科 廣常秀人

執筆協力者（順不同）

白阪琢磨 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター HIV/AIDS 先端医療開発センター
廣常秀人 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 精神科
梅本愛子 大阪府立精神医療センター 医務局
吉田哲彦 大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室
富成伸次郎 京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 健康情報学講座
下司有加 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 看護部
岡本学 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 医療相談室
吉野宗宏 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 薬剤科
安尾利彦 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室

はじめに（第2版）

HIV 感染症が慢性疾患として位置づけられるようになって久しいが、感染告知を受けて間がない時期に初めての医療機関を受診する際の HIV 感染症患者の多くは、今後への様々な不安、また感染告知を受けたショックや傷つきなども契機となり、メンタルヘルスの不調を体験している。また、HIV 感染症を知る以前から精神障害を持っている患者や、経過の中でメンタルヘルスの不調が顕在化・悪化する患者が存在する。

そのような状況に置かれた HIV 感染症患者に対して、全国の HIV 診療拠点病院を中心に包括的な診療・ケアが展開されており、そこでの精神科医や精神保健関係者の関わりは不可欠である。また HIV 感染症の長い療養生活の中では、仕事など社会生活をこなしながら地域での生活を円滑に行っていくために、HIV 診療拠点病院などの総合病院に精神科が設けられていないため、もしくは利便性から地元の精神科クリニックや精神科病院への通院を希望する患者は当然存在する。中には、精神科への入院加療が必要となるケースに対して、HIV 感染症の診療施設によっては自施設で対応できない場合も考えられる。

以上の点から、今後ますます地域ごとに HIV 診療施設と精神科診療施設間の連携が求められよう。

このハンドブックでは、HIV 感染症の診療担当医師やコメディカルスタッフが、HIV 感染症患者のメンタルヘルスの不調に気づき、適切に精神医学的介入へとつなぐこと、および、精神科診療担当医師やコメディカルスタッフが、HIV 感染症患者に必要な介入を行うことを促進することを目的に作られたものである。このハンドブックが、精神医学的な介入を必要とする一人でも多くの HIV 感染症患者の一助となることを祈ってやまない。

平成 26 年 3 月

厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業

HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究

抗 HIV 薬に伴う心理的負担、および精神医学的介入の必要性に関する研究

研究分担者 廣常秀人

独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 精神科

もくじ

はじめに	1
第1章：HIV 感染症患者と精神疾患に関する文献的展望	5
1 HIV 感染症患者における精神障害罹患率	
1-1 海外における HIV 感染症患者の精神障害罹患率	
1-2 国内における HIV 感染症患者の精神障害罹患率	
2 精神障害者における HIV 陽性率（海外）	
第2章：HIV 感染症患者のメンタルヘルスと精神科診療の現状	7
1 HIV 感染症患者のメンタルヘルスー大阪医療センターの場合ー	
1-1 メンタルヘルススクリーニング検査の結果から	
1-2 スクリーニング検査結果の全体的傾向	
1-3 GHQ30（General Health Questionnaire、一般健康質問票）	
1-4 SAMISS（Substance Abuse and Mental Illness Symptoms Screener）	
2 HIV 感染症患者の精神症状と精神医学的介入の現状	
2-1 国立国際医療研究センターおよびブロック拠点病院における精神科受診状況	
2-2 クリニックなど一般精神科診療施設における精神科受診状況	
第3章：HIV 感染症の基礎知識	13
1 HIV と AIDS の違い	
2 HIV 感染者とエイズ患者の累計	
3 感染経路	
4 確定診断までの流れ	
5 HIV 感染症の経過	
6 AIDS について	
7 治療について	
8 日常生活について	
9 利用可能な社会制度について	
10 職務感染予防	
第4章：HIV 感染症と精神疾患	19
1 HIV 感染症と精神症状	
2 HIV 感染症患者に多く見られる精神疾患	

第 5 章：精神症状のアセスメントと精神科医への紹介	23
1 精神科医やメンタルヘルスの専門家（精神保健専門家）へ紹介する際の観察ポイント	
2 精神科コンサルトの基準	
資料・引用文献	27
1 HIV 感染症診療に役に立つ URL	
2 文献	

第 1 章

HIV 感染症患者と精神疾患に関する文献的展望

HIV 感染症患者と精神疾患、主に疫学的な調査研究に関する国内外の文献を展望する。

1 HIV 感染症患者における精神障害罹患率

海外においても community-based の研究はなく、日本では HAART 開始前の一施設における研究のみであった。既存研究では、HIV 感染症患者の方が HIV 陰性者よりも気分障害、不安障害など精神障害罹患率は高く、最も問題となると思われたのはアルコールおよび薬物関連障害であった。

1-1 海外における HIV 感染症患者の精神障害罹患率

・Bing et al.(2001)および Galvan et al.(2002):米国で最も包括的と考えられる HIV Cost and Services Utilization Study において 2,864 人 (男性 2,017 人、女性 847 人)のうち、大うつ病 36%、不安障害 16%、薬物依存 12%、薬物使用 50%、重度飲酒者 8% (これは一般人口の 2 倍)であった。研究の限界としては、精神病、双極性障害、アルコール乱用・依存、物質依存の診断がデザインされていないこと、物質 (アルコール含む)乱用と依存の鑑別 (使用の程度と期間) がされていないこと、HIV 感染症患者中の受療者が研究の対象であることなどが挙げられる。

・Bets et al.(2005): HIV 関連入院経験患者 8,376 名 (6 施設) の入院理由は、AIDS21%、胃腸障害 9.5%、精神疾患 9%であった。アフリカ系の方が白人に比して精神疾患による入院が多かった。

・Stoskopf et al.(2001):カリフォルニア州 (南部 68 全病院) の 1995 年分退院時データの解析によると、378,710 名中 (ER 受診者を含む) 422 名が HIV/AIDS+精神疾患、1,353 名は HIV/AIDS のみ、67,092 名が精神疾患のみの診断であった。人種、性別、年齢に関わらず、精神疾患のある人が HIV/AIDS を持つ可能性は、精神疾患がない人に比べて 1.44 倍であった。HIV 感染の危険因子となるのは、アルコール/薬物依存とうつ病であった。

1-2 国内における HIV 感染症患者の精神障害罹患率

・根岸ら(1990): 16 名の AIDS、4 名の無症候性 (HIV 陽性) 中、10 名の AIDS 発症者に精神症状を認めた。

・平林ら(1997): AIDS 発症者における器質性精神障害の頻度としては、HIV-1 関連 “痴呆” 17.6%、HIV-1 関連微少認知/運動障害 11.8% (HAART 以前の調査期間) であった。

・福西ら(1999): HIV 感染者の精神障害頻度は 179 名中 53 名 (29.6%) であった。内訳は

気分障害 13.4%、せん妄/“痴呆”/健忘および他の認知障害 12.8%、適応障害 2.2%、物質関連障害 1.1%であった。

・平林ら(2000)： HIV 感染者 1227 名中 72 名(5.9%)が精神科を受診していた。診断名は適応障害 18.3%、気分障害 14.1%、物質関連障害 15.5%、ヒト免疫不全疾患による“痴呆” 11.3%、せん妄 9.9%、“精神分裂病”性障害 8.5%、身体表現性障害 7.0%であった。

・平林ら(2001)：DSM-IVの精神科診断に 29.6%が該当した。そのうち精神科受診率が 5.9%と低かったことについては、カウンセラーや MSW など解決が図られている可能性が示唆される一方、HIV 感染者にとって何らかの精神科受診阻害因子があることも示唆された。

・福西ら(1999)：器質性精神障害出現頻度と CD4 値との関連性について、器質性精神障害は CD4 陽性細胞数<100 で著しく発症頻度が増加していた（器質性精神障害発症リスクが 15.3 倍に）。告知から 10 カ月後以内は適応障害、CD4<100 で器質性精神障害の頻度が高かった。

2 精神障害者における HIV 陽性率（海外）

日本での文献はなく海外のみの文献で、精神科入院患者を対象としていた。精神障害とアルコール/薬物使用関連性障害との comorbidity 例では HIV 陽性率が 20%と非常に高かった。

・Cournos et al.(2008)：11 の研究（n=62～931 で、ほぼ全てが精神科入院患者）において、3～22%（血清抗体検査）の陽性率であった。研究対象施設は東海岸が中心であった。

・Schwartz-Watts et al.(1995)および Meyer (2003)：西海岸での自己申告や書類からの研究では、n=223～535 で、2.6～5.5 %の陽性率であった。

・Cournos et al.(1997)：精神科の位相別の陽性率（血清抗体検査）研究では、新入院患者中では 8%、1 年以上の長期入院患者中で 4%、ホームレス施設入所者中では 9%であった。

・McKinnon et al.(1998)：精神障害とアルコール/薬物使用関連性障害（AOD）との併存例における HIV 陽性率は 20%。

・Kessler et al.(1996)：AOD 生涯診断(+)の 51%には、少なくとも 1 つ別の精神障害の生涯診断が(+)であった。また過去 1 年における精神障害既往者の 15%は、AOD の診断基準を満たした。

このように先行研究からも、HIV 感染というライフイベントは精神障害罹患の危険因子となりうること、また精神障害とアルコール/薬物使用関連性障害との併存は HIV 感染の危険因子となりうることを示唆される。

第 2 章

HIV 感染症患者のメンタルヘルスと精神科診療の現状

1 HIV 感染症患者のメンタルヘルス—大阪医療センターの場合—

1-1 メンタルヘルススクリーニング検査の結果から

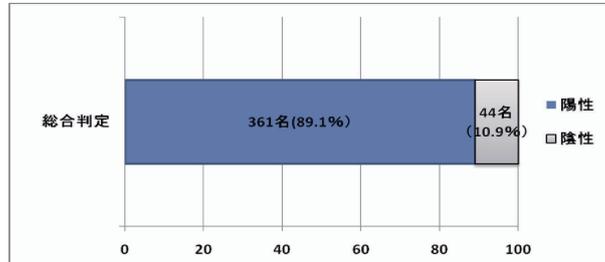
大阪医療センターでは初診で感染症内科を受診する HIV 感染症患者を対象に、メンタルヘルスのスクリーニング検査を行っている。ここで用いているスクリーニング検査は、GHQ30 (General Health Questionnaire、一般健康質問票) および SAMISS (Substance Abuse and Mental Illness Symptoms Screener) を日本語に訳したものである。GHQ30 は、一般的疾患傾向、身体的症状、睡眠障害、社会的活動障害、不安と気分変調、希死念慮とうつ傾向の 6 因子、各 5 項目からなる簡便な検査であり、最近 2~3 週間の状態を記入するようになっている。7 項目以上当てはまる場合、何らかの不調あり (以下、陽性) と判定される。SAMISS は、主に米国で HIV 感染症患者に対して用いられている質問紙を大阪医療センターが日本語に訳したものであり、飲酒状況、物質使用状況、飲酒・物質使用への依存・統制、精神症状 (興奮、抗うつ薬の使用、抑うつ気分、意欲低下、不安、不安発作、心拍・呼吸、外傷体験の有無、フラッシュバックの有無、日常生活に影響が出るほどの出来事) に関する項目から構成される。飲酒は期間を問わず習慣的な頻度を、物質使用や精神症状については過去 1 年間の状態を記入するようになっている。飲酒状況、物質使用、飲酒・物質使用への依存・統制 (摂取頻度や量を統制できているか) の 3 因子については、それぞれ陽性判定となる基準点が決められており、3 因子のうち 1 つでも陽性であれば飲酒・物質使用に関して陽性と判定される。また 9 つの精神症状についてはそれぞれある・なしを回答することになっており、それに応じて陽性・陰性を判定し、9 つのうち 1 つでも陽性であれば精神症状が陽性と判定される。

1-2 スクリーニング検査結果の全体的傾向

ここでは 2008 年 6 月から 2011 年 1 月末現在までのスクリーニング検査の結果を抜粋して紹介する。新規の HIV 感染症患者 405 名を対象に実施したところ、平均年齢は 36.6 歳 (SD=11.0) で、うち男性が 399 名 (98.5%) と大半を占めた。GHQ30 あるいは SAMISS のいずれかで陽性と判定されたのは 361 名 (89.1%) であり、全体のほぼ 9 割に何らかのメンタルヘルスの不調が認められる結果であった (表 1)。

表1 精神保健スクリーニング導入(405名実施結果)
(2008年6月～2011年1月末まで)

- 平均年齢 36.6±11.0歳(男性399名、女性6名)
- 総合判定 陽性361名(89.1%)、陰性44名(10.9%)



1-3 GHQ30 (General Health Questionnaire、一般健康質問票)

各検査についてより詳細に分析したところ、GHQ30の平均点は11.7点(SD=7.55)で、陽性と判定されたのが282名(69.6%)、陰性と判定されたのが123名(30.4%)であった(表2)。表3に6つの因子の平均点についての健常者群および神経症者群との比較を示すが、どの因子も健常者群よりも初診のHIV感染症患者群のほうが高いことが明らかである。

表2 GHQ結果

- GHQ30平均値 11.7±7.55点
- 陽性282名(69.6%)、陰性123名(30.4%)

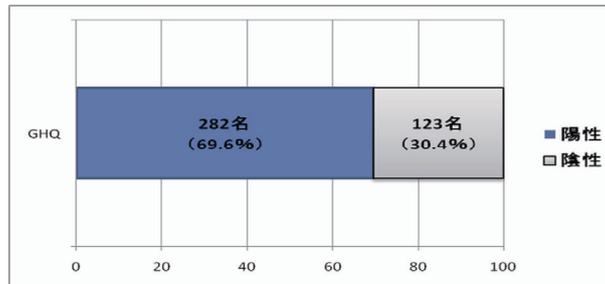
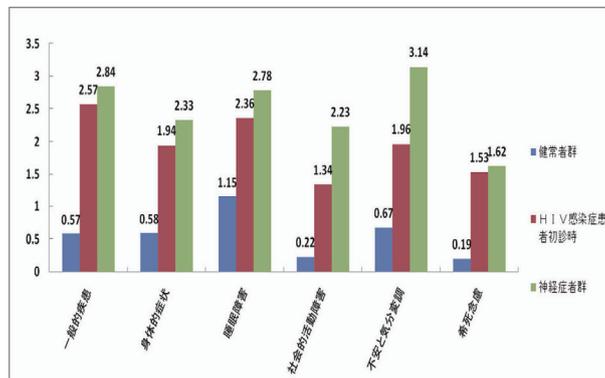


表3 GHQ下位項目

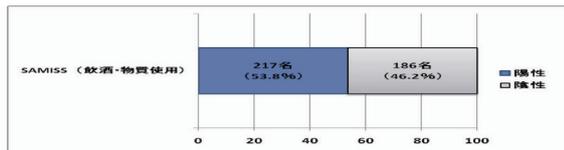


1-4 SAMISS (Substance Abuse and Mental Illness Symptoms Screener) 日本語訳

SAMISS の飲酒・物質使用全体については、陽性が 217 名 (53.8%)、陰性は 186 名 (46.2%) であった。また飲酒状況については陽性 214 名 (52.8%)、陰性 191 名 (47.2%)、物質使用は陽性 19 名 (4.7%)、陰性 385 名 (95.3%)、飲酒・物質使用への依存・統制については陽性 141 名 (35.1%)、陰性 261 名 (64.9%) という結果であった (表 4)。飲酒については半数以上が、アルコール以外の物質については約 5%がその摂取量や摂取頻度に関して過度となっている可能性、また 35%はそれらの摂取の統制に関して困難が生じている可能性が示唆される。また SAMISS の精神症状については、9 つの症状のうちいずれかで陽性となった患者が 216 名 (53.7%)、陰性は 186 名 (46.3%) であった (表 5)。9 つの精神症状については表 6 に示すが、特に意欲低下、不安、日常生活に影響が出るほどの出来事の 3 つについて、陽性と判定されることが多い結果であった。

表4 SAMISS(飲酒・物質使用)

・SAMISS 陽性217名(53.8%)、陰性186名(46.2%)



☆ 下位項目

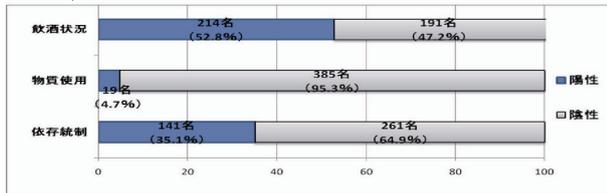


表5 SAMISS(精神症状)

・SAMISS(精神症状) 陽性216名(53.7%) 陰性186名(46.3%)

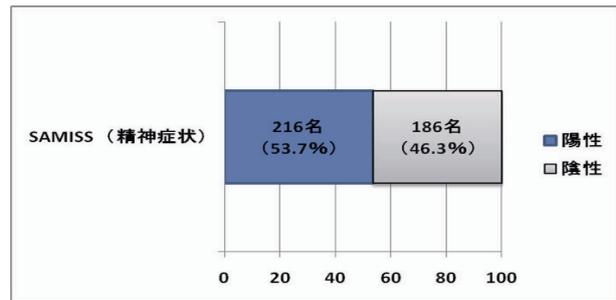
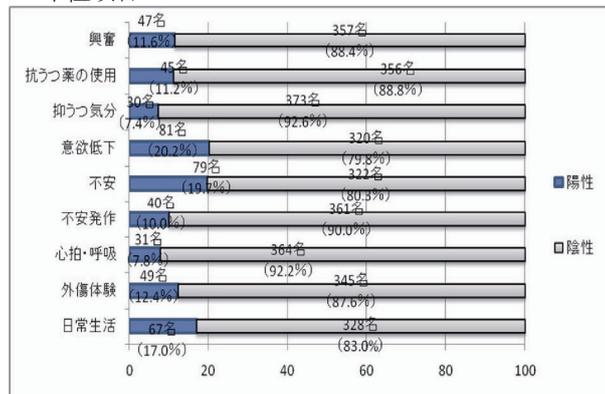


表6 SAMISS(精神症状)

・ 下位項目



2 HIV 感染症患者の精神症状と精神医学的介入の現状

2-1 国立国際医療研究センターおよびブロック拠点病院における精神科受診状況

HIV 感染症患者に対する精神医学的介入の現状については、我々は 2009 年に国立国際医療研究センターおよび HIV 診療のブロック拠点病院を対象に調査を行った。6 施設から回答を得たが、それによると 2005 年 4 月から 2006 年 3 月の 1 年間に各診療施設に新規で通院し始めた HIV 感染症患者 462 名のうち、44 名 (9.5%) が 3 年以内に精神科を受診していることが明らかとなった。精神科受診のきっかけとなった症状としては、感情の障害、睡眠の問題、ストレスによる心身の障害、認知機能の変化が多く認められた (表 7)。また、それに対して付けられた診断名を ICD-10 に則して分類したところ、抑うつ状態など気分 (感情) 障害に属するものが最も多く、次いで適応障害など神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害に属するもの、不眠症など生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群などが多く認められた (表 8)。

表 7 精神科受診のきっかけとなった症状

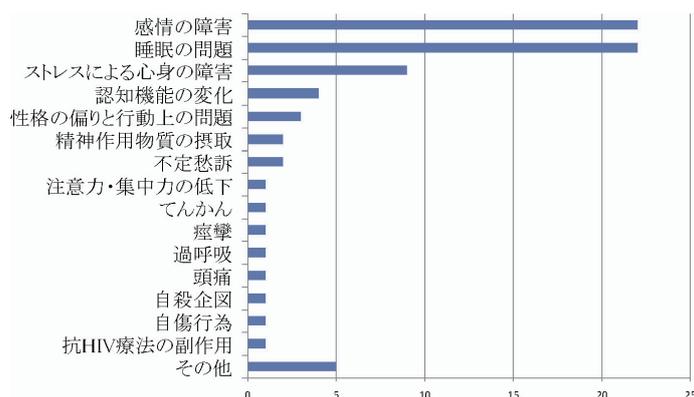


表 8 ICD-10診断カテゴリーによる診断名



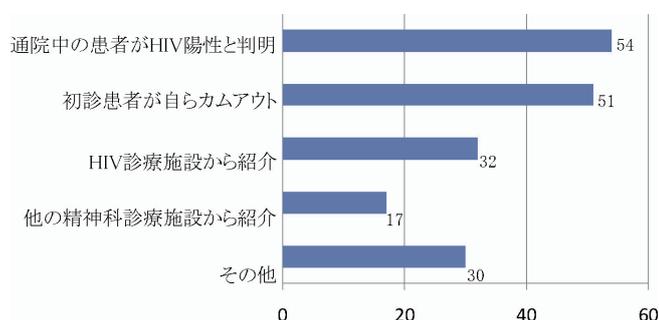
これらの患者の 10.6%は、HIV 感染症のためにかかっている施設とは違う施設の精神科に外来通院している。また、精神科での入院加療が必要となったのは 9.1%であり、このうち HIV 感染症のためにかかっている施設以外に入院したのが 25.0%であった。ブロック拠点病院など HIV 感染症の診療施設内だけでは、入院加療などに関して精神科診療機能に不足が生じる場合や、通院に関する簡便さなどの点から患者のニーズに対応しきれない場合があることが推測される。

2-2 クリニックなど一般精神科診療施設における精神科受診状況

さらに 2011 年に我々は、クリニックや単科精神科病院を含む精神科診療施設（6376 施設）を対象に、HIV 感染症患者の診療経験について調査を行った。回収数は 1,255 であり、回収率は 19.7%であった。内訳は、総合病院が 213 施設（17.0%）、単科精神科が 258 施設（20.6%）、クリニックが 719 施設（57.3%）、その他が 64 施設（5.1%）であった。

この調査から、全体の 11.9%がこれまでに HIV 感染症患者の診療経験を有していることが明らかとなった。診療に至った経緯としては、HIV 診療施設からの紹介よりも、もともと通院していた患者が経過の中で HIV 陽性と判明する場合は最も多く、次いで初診患者が HIV 陽性であることを自らカムアウトしたケースが多く認められる（表 9）。ちなみに一般精神科診療施設が診療した HIV 感染症患者の精神症状は、ブロック拠点病院らを対象として行われた上記調査と同様に感情の障害、睡眠の問題、ストレスによる心身の障害が多く、また診断名についてもほぼ同様の傾向が認められている。対象施設全体の 1 割強に診療経験があることや、自然発生的に診療に至る場合が多いことから、一般の精神科診療施設が HIV 感染症患者の診療を行う可能性は十分考えられると言える。

表9 一般精神科診療施設における HIV感染症患者の診療に至る経緯



第3章

HIV 感染症の基礎知識

ここでは HIV 感染症の病態・治療・社会資源などに関する基礎知識をまとめる。より詳細な情報は巻末の資料（各 URL）を参照のこと。

1 HIV と AIDS の違い

HIV とは、Human Immunodeficiency Virus (ヒト免疫不全ウイルス) の頭文字をとった略称で、ウイルスの名前である。HIV に感染した状態を HIV 感染症と言う。AIDS は、Acquired ImmunoDeficiency Syndrome (後天性免疫不全症候群) の略称である。AIDS とは HIV によって体の免疫力が低下し、その結果として日和見疾患*を発病した状態を言う。

* 日和見疾患: 日和見感染症(免疫力の低下に伴い、普段では病気を起こさないような弱いカビや細菌、ウイルスなどの病原体によって発病する感染症)や、日和見悪性腫瘍(免疫力の低下に伴い発症しやすくなる悪性腫瘍)のこと。

2 HIV 感染者とエイズ患者の累計

エイズ動向委員会による平成 25 年 9 月 29 日までの累積患者数の報告を表 10 に示す。

3 感染経路

HIV はヒトの血液中や精液・膣分泌液などにおいて、これらの体液がほかのヒトの粘膜(たとえば、眼・口の中・尿道の先・膣や肛門の中など)や、傷ついた皮膚に触れると感染する可能性がある。すなわち、セックス以外の日常生活で感染することはなく、食器の共用、同じお風呂に入る、トイレや洗濯機の共用、握手、くしゃみなどでは同居者でも感染することはない。

4 確定診断までの流れ

HIV に感染しているかどうかは、抗体検査で診断される。HIV 抗体検査にはスクリーニング検査と確認検査がある。スクリーニング検査で「陽性」と出た場合、HIV に感染している可能性があるが、まだ確実ではない。そのため、続いて確認検査を実施する。確認検査でも「陽性」という結果の場合、HIV に感染していると診断される。

HIV 抗体検査を受けられる場所としては地域の保健センターなどがあるが、巻末資料に掲載されている URL にて検索が可能である。

表 10 HIV 感染症患者及びエイズ患者の報告数の累計（平成 25 年 9 月 29 日現在）

診断 区分	感染経路	日本国籍			外国国籍			合計		
		男	女	計	男	女	計	男	女	計
HIV 感染者										
	合計	11,940	830	12,770	1,331	1,387	2,718	13,271	2,217	15,488
	異性間の性的接触	2,491	673	3,164	385	817	1,202	2,876	1,490	4,366
	同性間の性的接触*1	8,184	4	8,188	485	1	486	8,669	5	8,674
	静注薬物使用	36	2	38	25	3	28	61	5	66
	母子感染	15	9	24	5	8	13	20	17	37
	その他*2	249	38	287	50	25	75	299	63	362
	不明	965	104	1,069	381	533	914	1,346	637	1,983
エイズ 患者	合計*3	5,572	331	5,903	800	377	1,177	6,372	708	7,080
	異性間の性的接触	1,876	222	2,098	277	208	485	2,153	430	2,583
	同性間の性的接触*1	2,506	3	2,509	132	2	134	2,638	5	2,643
	静注薬物使用	22	3	25	23	2	25	45	5	50
	母子感染	9	3	12	1	4	5	10	7	17
	その他*2	154	20	174	24	15	39	178	35	213
	不明	1,005	80	1,085	343	146	489	1,348	226	1,574
HIV 感染者＋エイズ患者 合計		17,512	1,161	18,673	2,131	1,764	3,895	19,643	2,925	22,568
凝固因子製剤による感染者*4		1,421	18	1,439	—	—	—	1,421	18	1,439

*1 両性間性的接触を含む。

*2 輸血などに伴う感染例や推定される感染経路が複数ある例を含む。

*3 平成 11 年 3 月 31 日までの病状変化によるエイズ患者報告数 154 件を含む。

*4 「血液凝固異常症全国調査」による 2012 年 5 月 31 日現在の凝固因子製剤による感染者数

5 HIV 感染症の経過

HIV はヒトの体に入り込むと、白血球の一種である CD4 リンパ球という細胞に感染する。すると徐々に CD4 リンパ球が破壊される。CD4 リンパ球は、ヒトの免疫を担当する司令塔の役割をしている細胞なので、減少するとヒトの免疫のはたらきが弱くなる。CD4 リンパ球の数は、血液検査で測定することができる。HIV に感染しただけでは症状のない人も多いが、HIV に感染してから 2、3 年～10 年程度経過すると、CD4 リンパ球の減少とともに徐々に免疫力が低下し、通常は病原性のほと

んどない微生物による感染症(日和見感染症)などの合併症を発症する。現在では、早期に治療を開始した方が予後が改善することが示されており、少なくとも CD4 リンパ球数が 350/ μ L を切ると抗 HIV 薬による治療を開始するように推奨されている。

6 AIDS について

ニューモシスチス肺炎、サイトメガロウイルス網膜炎など厚生労働省が定めた 23 の合併症のいずれかを発症した場合、AIDS と診断される。CD4 リンパ球数が 200/ μ L を切ると AIDS 発症する可能性が高くなるが、必ず発病するというわけではない。また、多くの日和見感染症は治療によって軽快・治癒が可能である。しかし中枢神経系に日和見感染症を発症してしまうと、依然として認知機能障害・運動機能障害などの後遺症を残すことが多く、服薬の自己管理が困難になったり、車椅子生活や寝たきりになる人がいる。

7 治療について

一旦感染すると体から HIV をなくしてしまうことはできない。しかし現在では HIV の働きを抑える治療薬(抗 HIV 薬)が多数開発され、病気の進行を抑えることができるようになっている。これらは基本的に飲み薬であり、1 日 1~2 回の内服を適切に行えば、HIV の働きを問題ない程度に抑えることができる。CD4 リンパ球が低くなる前*に治療をはじめれば CD4 リンパ球がゆっくり回復し AIDS を発症せずにすんだり、あるいはすでに AIDS を発症していても治療によって CD4 リンパ球が回復する患者も多くいる。適切に治療を開始することで、感染が判明したあとも外来通院しながらそのまま通勤・通学している患者が大勢いる。今や HIV 感染症は高血圧や糖尿病と同じような慢性疾患となったとも言える。

*2013 年現在のガイドラインでは CD4 リンパ球が 350/ μ L 以下ではなるべく早く、351~500/ μ L の症例でも経過観察するよりも積極的に HIV の増殖を抑える治療(抗ウイルス療法、別名 HAART)を開始することが推奨されている。

抗ウイルス療法は、2~3 種類の薬を組み合わせる内服治療である。

内服するにあたっては、いくつかの決まりがある。

①時間を守る

抗ウイルス薬は 1 日 1 回もしくは 2 回が主流である。1 日 1 回の場合は、24 時間に 1 回、1 日 2 回の場合は 12 時間に 1 回というように、時間をきちんと設定して内服する必要がある。これは、血中濃度を一定の濃度以上に保つためである。内服する時間は何時でもかまわない。最も内服しやすい時間を設定することが多いため、個人によって内服時間は異なる。

②飲み忘れない

内服を忘れると、血中濃度が極端に低い時間帯ができる。①のように一定の時間に内服しなかったり、飲み忘れたりといったことが 1 か月の間に 3~4 回生じると、耐性ウイルスという薬の効きにくいウイルスが出現しやすくなり、服薬していてもウイルスが増殖してきてしまうことがあるため、定期的な内服が重要である。

抗ウイルス療法に対して向精神薬が影響を及ぼすことがあるが、これについては次章を参照のこと。

8 日常生活について

HIV 感染症患者には非 HIV 感染者に比べて抵抗力が低い状態の人もいるが、特に日常生活において制限はない。食事・運動も基本的には従来通りである。

9 利用可能な社会制度について

HIV 感染者が利用している社会制度には、医療(主に医療費)に対するものと生活に対するものがある。HIV 医療に適用される制度は精神医療に適用される制度とは異なるため、HIV 感染症と精神障害それぞれについて制度の申請が必要である。

① 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業(特定疾患と同様)について

20 歳以上の血液凝固因子障害(血友病に限らず)と血液製剤による HIV 感染(2 次・3 次含む)の人が対象であり、医療費の他、入院時の食事療養費、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)の自己負担が無料になる。

② 身体障害者手帳について

「ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害(免疫機能障害)」として身体障害者手帳の対象になる。1～4 級の等級があり、免疫能等の検査データと自覚症状によって決まる。感染経路や抗 HIV 療法の有無は限定されていない。これを取得することにより様々な福祉サービスが利用可能になる。13 歳未満と 13 歳以上の二つの等級基準がある。

③ 自立支援医療(更生医療:免疫)について

免疫機能障害の身障手帳を持っている 18 歳以上の人々が、抗 HIV 療法、免疫調節療法、日和見感染症の治療及び予防に該当する治療を受けることを保障する制度である。医療費の自己負担が 1 割負担となり、所得によって自己負担の月額上限額が定められる。重度かつ継続に相当する。都道府県及び政令指定都市の指定を受けた医療機関・訪問看護ステーション・薬局でなければ利用できない。訪問看護ステーション・薬局の指定は自立支援医療(精神)の指定とは異なる。

④ 自立支援医療(育成医療:免疫)について

18 歳未満の場合には、身障手帳の有無は問われない。内容は③自立支援医療(更生医療:免疫)と同様である。

⑤ 重度心身障害者(児)医療費助成制度について

自治体によっては、障害者の医療を保障するため、医療費の自己負担を軽減する仕組みがある。「マル障」や「マル福」など呼び方も異なるが、所得制限の有無とその基準、該当する障害区分と等級、対象となる医療の内容、現物給付か償還払いかなど、自治体によって異なっており、それぞれ確認が必要である。訪問看護に適用されない場合や、訪問看護は別途手続きを必要とする場合もある。

⑥ 調査研究事業について

AIDS の発症予防に役立てるため、健康管理費用を支給し、報告した健康状態の情報をもとに、予防のための研究を行う事業である。血液製剤による HIV 感染者（2 次・3 次を含む）のうち、AIDS を発症していない人（日本赤十字社が製造した製剤投与による感染を含む）が対象となる。支給額は CD4 陽性リンパ球 $200/\mu\text{l}$ 以下の人に月額 51,800 円、それ以外の人に月額 35,800 円である。

⑦ 健康管理支援事業について

血液製剤による HIV 感染者（2 次・3 次を含む）のうち、AIDS を発症しかつ裁判上の和解が成立している人が対象となる。支給額は月額 150,000 円である。

⑧ 障害年金について

HIV 感染症についても認定基準があり、平成 23 年 4 月 1 日以降適用として認定基準が更新された。1～3 級まであり CD4 値が 350 未満であれば 3 級に、CD4 値が 200 未満であれば 2 級に該当する可能性がある。「精神の障害用」の診断書と HIV 感染症について「その他（血液・造血器・その他）」の診断書を合わせて申請される場合もある。

10 職務感染予防

HIV の感染源は、血液・精液・膣分泌液・母乳である。唾液・汗・涙・尿・便などには肉眼的に血液がまじっていないければ感染のリスクはない。そして、感染源となるものが直接体内に侵入しないかぎり、感染は成立しない。

医療従事者における HIV 感染血液による針刺し・切創などの職業暴露から HIV の感染が成立するリスクは、経皮的暴露では約 0.3%、粘膜暴露では約 0.09%と報告されている。この感染リスクは、B 型肝炎ウイルスや C 型肝炎ウイルスと比べると明らかに低い。

暴露時の対策については、[抗 HIV 治療ガイドライン](#)に詳しいため、そちらを参照のこと（巻末資料に記載している大阪医療センター HIV/AIDS 先端医療開発センターのホームページからダウンロード可能。トップページ→HIV 診療のためのリソース）。

第4章

HIV 感染症と精神疾患

これまで述べてきたように、HIV 感染を知る以前から、あるいは知ってから後の経過の中で、何らかの精神症状や不適応状態が認められる患者は少なくない。また越智ら（2006）の調査によれば、HIV 感染症患者の 17.5%に抑うつ傾向、24.3%に特性不安の高さ、13.0%に認知機能の低下が認められている。さらに同じ調査において、過去に抗 HIV 薬の飲み忘れがあった群に精神科受診歴がある患者が多いことも指摘されている。海外の文献においては、このような精神障害と抗 HIV 療法の服薬アドヒアランスの関連性を指摘するものも少なくない（Whetten,et al, 2008; Pence,et al,2007; Sternhell,et al,2002; Paterson,et al, 2000）。HIV 感染症患者のメンタルヘルスの状態を把握し、それに対して精神医学的介入を行うことの重要性は明白である。

1 HIV 感染症と精神症状

HIV 感染症患者は元々の性格傾向、心理社会的ストレス、HIV 感染そのものによる中枢神経系への直接的作用、あるいは抗 HIV 薬の副作用などから、様々な精神的苦痛、精神症状、認知機能障害などを生じうる。また、患者本人が抱える心理社会的問題、精神症状、認知機能障害は抗 HIV 療法に対するアドヒアランスにも影響を与える。HIV に関連した精神障害としては、HIV 脳症（HIV 関連認知/運動コンプレックス）、適応障害、物質関連障害（アルコールや薬物の乱用・依存）、気分障害（うつ病、躁うつ病、躁病）、不安障害、せん妄、精神病性障害などが挙げられる。

精神・神経症状を副作用として呈しうる代表的な抗 HIV 薬としてはエファビレンツ（Efavirenz、EFV と略される。商品名はストックリン）がある。エファビレンツは抑うつ（希死念慮を伴う）、不眠、焦燥、幻覚、集中力低下などの多彩な精神症状を生じうる。こうした精神症状の出現は服薬開始直後から 4 ～ 6 週間に多く見られ、特に開始直後は十分な観察が必要である。重篤な精神症状を呈するのは精神疾患の既往、家族歴を持つケースが多い。また、HIV 感染合併症の治療薬である副腎皮質ステロイド、アシクロビル、ガンシクロビル、イソニアジド、アムホテリシンなども副作用として精神・神経症状を引き起こすことがあるため、注意が必要である。

抗 HIV 薬には向精神薬との相互作用が指摘されているものが多い。現在のところ、プロテアーゼ阻害薬を中心に、ピモジド、トリアゾラム、ミダゾラム等が禁忌となっている。また、プロテアーゼ阻害薬のほとんどは、フェノバルビタール、フェニトイン、バルプロ酸、カルバマゼピン等の抗てんかん薬との併用で互いの血中濃度を変化させる（表 11、12）。

厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究班 HIV 診療における外来チーム医療マニュアル 改訂第 2 版 (独立行政法人国立病院機構大阪医療センター HIV/AIDS 先端医療開発センター 研究代表者 白阪琢磨) より抜粋

表 11 相互作用 (ベンゾジアゼピン系)

■相互作用(ベンゾジアゼピン系) X:添付文書 禁忌
 ↑↓:血中濃度変化 *↑*↓:抗HIV薬の血中濃度変化

分類	一般名(商品名)	NVP	EFV	ETR	IDV	SQV	RTV	NFV	FAPV	LPV/r	ATV	DRV	RAL	MVC
発熱薬 (TDM 施行)	サイクロスポリン (サンディミムン、ネオール)					↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑		
	タクロリムス (プロgraf)					↑	↑	↑	↑	↑		↑		
スフロイド	チキサメタゾン (チカドロン)			*↓	*↓	*↓	↑		*↓	*↓		*↓		
吸入剤	フルチカゾン (フルタイド)					↑	↑	↑	↑	↑		↑		
	ブデソニド (バルミコート)					↑	↑	↑	↑	↑				
経口避妊剤 (別の避妊法を推奨)	エチニルエストラジオール (トラジオール21)	X	↓	↑AUC22% 用量変更なし	↑	↓	↓	↓	↓	↓	↑30mg 以下	↓		
	エストラジオール			↑			↓	↓	↓	↓				
解熱剤	イブuprofen	X	代謝産物↓											
	アセトaminophen						X							
ベンゾジアゼピン系	アルプラゾラム (コンスタラ)				↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑		
	クロラゼパム (メンドソ)					↑			↑					
	トリアゾラム (ハルシオン)		↑		X	X	X	X	X	X	X	X		
	ジアゼパム (セルシン)			↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑		
	フルラゼパム (フルミン)					↑			↑					
	ミダゾラム (ドルミカム)				X	X	X	X	X	X	X	X		
	ロラゼパム (ワイバックス)		↑Cmax16%											

表 12 相互作用 (抗うつ・抗精神病・抗けいれん薬)

■相互作用(抗うつ・抗精神病・抗けいれん薬) X:添付文書 禁忌
 ↑↓:血中濃度変化 *↑*↓:抗HIV薬の血中濃度変化

分類	一般名(商品名)	NVP	EFV	ETR	IDV	SQV	RTV	NFV	FAPV	LPV/r	ATV	DRV	RAL	MVC
抗うつ薬	三環系 (アミトリプチリン、イミプラミン等)					↑			↑					
	セルトラリン (ジェイロコト)											↓		
	トラゾドロン (ダゾル・スリリ)				↑		減量	↑		↑		↓AUC49%		
	パロキセチン (パキシル)								↓60%			↓AUC39%		
抗精神病薬	ジモジド (オーラップ)				X	X	X	X	X	X	X	X		
	プロナセリン (ロナセン)				X							X		
抗けいれん薬 (TDM 施行)	カルバマゼピン (テグレート)		↓AUC27% Cmax20% Cmin35% *↓AUC36% Cmax21% Cmin47%	*↓ 抑制しない	*↓	*↓	↑	*↓	*↓	*↓		↑AUC45%		*↓ MVC 600mg×2へ 増量
	フェニトイン (アレビアデン)		*↓	*↓	*↓	*↓		*↓	*↓	*↓		*↓		*↓ MVC 600mg×2へ 増量
	フェノバタール (フェンバール)			*↓	*↓	*↓		*↓	*↓	*↓		*↓		*↓ MVC 600mg×2へ 増量
抗パーキンソン薬	プロモクリプラドン (パーロゾル)						↑							
麻薬・非麻薬系	フェンタニル (フェンタネスト)					↑	↑							

HIV 感染症くすりの手引き (ポケット版) より抜粋

2 HIV 感染症患者に多く見られる精神疾患

以下、HIV 感染症患者に比較的多く見られる精神疾患について説明する。

HIV 脳症： HIV 脳症は HIV 感染症患者に起こる脳障害であり、AIDS 期に顕著になる場合が多い。その症状は、いわゆる皮質下性認知症を呈し、記憶力低下、集中力低下、情報処理スピードの低下、思考の緩慢化、巧緻運動能力の低下を認め、さらには幻覚・妄想がみられる。末期には認知症に至り、無動無言の寝たきりとなり死亡する。近年の抗 HIV 療法の導入により HIV 感染症は長期間にわたりコントロール可能となりつつあり、HIV 脳症の発病率は著明に減少した。しかし、HIV 脳症の軽症型と考えられる軽度の認知および運動障害 (milder cognitive and motor disorder : MCMD) の出現が新たに深刻な問題となってきている。同時に、HIV 脳症は今もなお AIDS による死亡原因の主要危険因子であり、未だに HIV 診療において極めて重要な疾患である。

診断の際には前述のような精神症状・神経症状を臨床的に確認するとともに、神経心理学的検査にて確認する。特異的な所見としては、髄液中の HIV 抗体と HIV の PCR での検出以外にはないが、他の脳障害を除外するために髄液検査や脳波・画像検査を行う。画像検査では、典型的には大脳皮質及び基底核の萎縮を認め、左右対称性の深部白質のびまん性の信号変化が認められる。脳波では前頭部あるいは全般性の徐波化が認められる。髄液検査では蛋白の増加や単核球を主とする細胞数の増加を認める事が多い。

HIV/AIDS 医療で開発されたものとしては、JHDS (Japanese Version of the HIV Dementia Scale 日本語版) があり、主に注意、精神運動速度、記憶想起、構成に関する神経心理検査で、HIV 脳症のスクリーニング検査として活用されている。

前述の通り抗 HIV 療法の導入によって多くの症例で HIV 脳症の進行が止まったり、神経症状の改善が認められたりするようになった。しかし、抗 HIV 療法中でも HIV 脳症が発症する可能性があることなどから、HIV そのものを根絶することができない現在の全身的治療法のままでは、HIV 脳症も根本的に治療することはできないと考えられている。

物質関連障害(アルコールや薬物の乱用・依存)：覚せい剤などの違法薬物使用者が多い。また、複数の薬物の使用経験者も多い。薬物使用者全般の特徴であるが、薬物の使用が重篤な健康被害を起こすことを知りながらも、自身の健康被害を「否認」するが多い。ソーシャルワーカーやカウンセラーと協力しつつ、断薬への包括的な支援を行う必要がある。ダルクや AA 等のセルフヘルプグループが有効なこともある。

適応障害： HIV の感染を受け入れられない場合、抗 HIV 療法開始により患者の生活を変化させざるを得ず新たな生活環境に適応できない場合、必要以上に身体の変調や薬物の副作用に過敏になり、不安や抑うつに陥ることがある。

睡眠障害：不眠を主訴に精神科を受診する HIV 感染者は多い。単なる睡眠障害のみならず、うつ病、不安障害、適応障害が背景に潜む場合が多い。

気分障害：一般人よりも HIV 感染者の気分障害の有病率は高い。うつ病、躁うつ病、躁病といった気分障害のうち、HIV 感染初期においては、抑うつ気分、意欲の低下、睡眠障

害といたうつ病の症状を呈す場合が多い。睡眠調整、支持的¹精神療法、認知（行動）行動療法、カウンセリングなどとともに早期に薬物療法を開始する。

不安障害：HIV感染者はあらゆる不安障害に罹患する可能性がある。不安に対処しきれずパニック発作を繰り返し生じ救急外来を受診する場合もある。不安障害に対する一般的な薬物療法とともに、カウンセリングや支持的¹精神療法、認知（行動）療法を実施する。

精神病様症状：幻覚・妄想といった精神病様症状は、通常HIV感染症の後期合併症である。時に、HIV感染後に統合失調症を発症もしくは顕在化する場合もありうるので鑑別を要する。

中枢神経疾患：悪性リンパ腫、トキソプラズマ症、CMV脳症、PMLなどに伴い精神症状を発現することがある。

抗HIV薬剤関連：副作用として精神症状が起きやすい抗HIV薬があり、抗HIV薬と向精神薬との相互作用にも注意を要する。

厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究班 HIV診療における外来チーム医療マニュアル 改訂第2版（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター HIV/AIDS先端医療開発センター 研究代表者 白阪琢磨）より抜粋

第5章

HIV 感染症診療における

患者の精神症状のアセスメントと精神科への紹介

この章は主に、HIV 感染症の主治医およびコメディカルを対象に、患者の精神症状をいかにアセスメントし、精神科へと紹介するかについて概説する。

HIV 感染症の主治医は、患者が抱える心理社会的問題や苦悩に理解と共感を示し、精神症状が認められる場合には精神科医に紹介することを検討すべきである。

また、例えばアドヒアランスが不良の患者に対しては、HIV 感染症、服薬の意義、薬の副作用について正確な理解ができていないか、疑わしければその都度確認することも重要であるが、時にこれらの背景として心理的要因（否認や逃避による防衛機制）だけではなく、HIV 感染による認知機能低下のために理解が不十分な場合や、抑うつ気分など精神症状がある場合が考えられる。このような場合にも、精神科医によるアセスメントを依頼することが重要となる。

精神科医に紹介する場合に、患者が主治医の提案を受け入れるためには、主治医と患者間の信頼関係がそれ以前から構築されていることが肝要であることは言うまでもない。

1 精神科医やメンタルヘルスの専門家（精神保健専門家）へ紹介する際の観察ポイント

診察場面などで、以下のような点が観察される場合は、精神障害、心理的問題、社会的問題などの徴候が見られるので、精神科医、カウンセラー、ソーシャルワーカー（MSW、PSW）に紹介することを検討する（表 13 および図 1）。

表 13 紹介する際の観察ポイント

睡眠	食行動	対人関係	外観
<input type="checkbox"/> よく眠れていない <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 途中よく目が覚める <input type="checkbox"/> 朝早く目が覚める <input type="checkbox"/> 眠った気がしない	<input type="checkbox"/> 食欲減退・亢進 <input type="checkbox"/> 拒食・過食・嘔吐 <input type="checkbox"/> 偏食・異食 <input type="checkbox"/> 人前では食べられない	<input type="checkbox"/> 消極的・拒否的 <input type="checkbox"/> 引きこもり <input type="checkbox"/> 依存・過剰な期待 <input type="checkbox"/> 被害・加害的認識 <input type="checkbox"/> 話し方の不自然さ <input type="checkbox"/> 無断欠勤・欠席	<input type="checkbox"/> 清潔・着衣の乱れ <input type="checkbox"/> 表情の乏しさ・不自然さ <input type="checkbox"/> 頭髪の変化（抜毛・自己髪切断） <input type="checkbox"/> 体痕（注射痕・傷跡） <input type="checkbox"/> 姿勢（硬直・弛緩）

2 精神科コンサルトの基準

また精神保健医療関係者の中でも特に精神科医に HIV 感染症患者を紹介するにあたっての基準を表 14 に示す。

表 14 精神科コンサルトの基準

記憶力低下、集中力低下、思考の緩慢化、巧緻運動能力の低下が認められる、または疑われる－HIV 脳症との鑑別
抑うつ気分、意欲・気力低下、喜び・楽しみといった感情の喪失、睡眠障害、性欲の低下、食欲の異常などの抑うつ症状が 2 週間以上、ほぼ毎日続く
持続する睡眠障害（不眠、過眠）
常に心配事や不安があり、気持ちが落ち着かない
大きなストレス（HIV 感染告知、喪失体験など）の後、苦悩、情緒・気分の不調のために対人関係、社会に適応できなくなる。個人の性格の偏り・脆弱性に因るところが大きい－適応障害 *他の精神障害がなく、もともと社会的規範から逸脱した価値観を有しているために社会に適応できない場合は、有効な治療が困難である場合も多い。
考えなくてもよいと分かっていることあるいは不合理な観念が強迫的に頭の中に浮かんできてもなかなか離れない。同じことが気になって何度も確認してしまう。
せん妄
アルコールや薬物の問題を抱えている
幻覚・妄想・自我障害などの精神病症状

なお、医療機関によっては認知機能障害は精神科ではなく神経内科が担当することがあるため、状態像によってコンサルトする診療科をあらかじめ確認しておくことも必要であろう。

厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究班 HIV 診療における外来チーム医療マニュアル 改訂第 2 版（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター HIV/AIDS 先端医療開発センター 研究代表者 白阪琢磨）より抜粋

資 料

1 HIV 感染症診療に役に立つ URL

大阪医療センターHIV/AIDS 先端医療開発センター

<http://www.onh.go.jp/khac/index.html>

大阪医療センター感染症内科の紹介だけでなく、HIV 感染症の基礎知識や関連するウェブサイトの紹介など、HIV 感染症患者の診療のための様々なリソースが掲載されている。

HIV マップ

<http://www.hiv-map.net/>

HIV/AIDS に関する総合情報サイト。ゲイ・バイセクシュアル男性をはじめ、HIV 感染症に全ての人にすぐに役立つ予防・検査・相談・支援の窓口や基礎知識などが掲載されている。

HIV 検査・相談マップ

<http://www.hivkensa.com/>

全国の HIV/AIDS の検査や相談の窓口に関する情報が掲載されている。

API-net

<http://api-net.jfap.or.jp/index.html>

公益財団エイズ予防財団が運営するサイト。HIV/AIDS の予防啓発などに関する情報が掲載されている。

HIV 感染症とカウンセリング

<http://www.hivandcounseling.com>

HIV 感染症患者へのカウンセリングに関する説明や、全国の自治体の派遣カウンセリング制度の窓口一覧など、HIV 感染症患者の心理的支援のために必要な情報が掲載されている。

2 文献

越智直哉、小川朝生、西野悟、織田幸子、仲倉高広、安尾利彦、尾谷ゆか、抗 HIV 療法に

伴う心理的負担、および精神医学的介入の必要性に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 多剤併用療法服薬の精神的、身体的負担軽減のための研究班 平成 17 年度研究報告書、2006.

Whetten K, Reif S, Whetten R, and Murphy-McMillan LK. Trauma, mental health, distrust, and stigma among HIV-positive persons: implications for effective care. *Psychosomatic Medicine* 2008; 70: 531-538.

Pence BW, Miller WC, Gaynes BN, Eron JJ. Psychiatric illness and virologic response in patients initiating highly active antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficit Syndrome* 2007; 44:159-166.

Sternhell PS and Corr MJ. Psychiatric morbidity and adherence to antiretroviral medication in patients with HIV/AIDS. *Aust N Z J Psychiatry* 2002; 26: 528-533.

Paterson DP, Swindells S, Mohr J, Prester M, Vergis EN, Sgulter C, Wagener MM, Singh N. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine* 2000; 133:21-30.

Bing EG, Burnam A, Longshore D, Fleishman JA, Sherbourne CD, London AS, Turner BJ, Eggan F, Beckman R, Vitiello B, Morton SC, Orlando M, Bozzette SA, Ortiz-Barron L, and Shapiro M : Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 58:721-728, 2001.

Galvan FH, Bing EG, Fleishman JA, London AS, Caetano R, Burnam MA, Longshore D, Morton SC, Orlando M, and Shapiro M : The prevalence of alcohol consumption and heavy drinking among people with HIV in the United States: results from the HIV Cost and Services Utilization Study. *J Stud Alcohol* 63:179-186,2002.

Betz ME, Gebo KA, Barber E, Sklar P, Fleishman JA, Reilly ED, Mathews WC, for the HIV Research Network : Patterns of diagnoses in hospital admissions in a multistate cohort of HIV-positive adults in 2001. *Med Care* 43:3-14, 2005.

Stoskopf CH, Kim YK and Glover SH : Dual diagnosis: HIV and mental illness, a population-based study. *Community Ment Health J* 37:469-479, 2001.

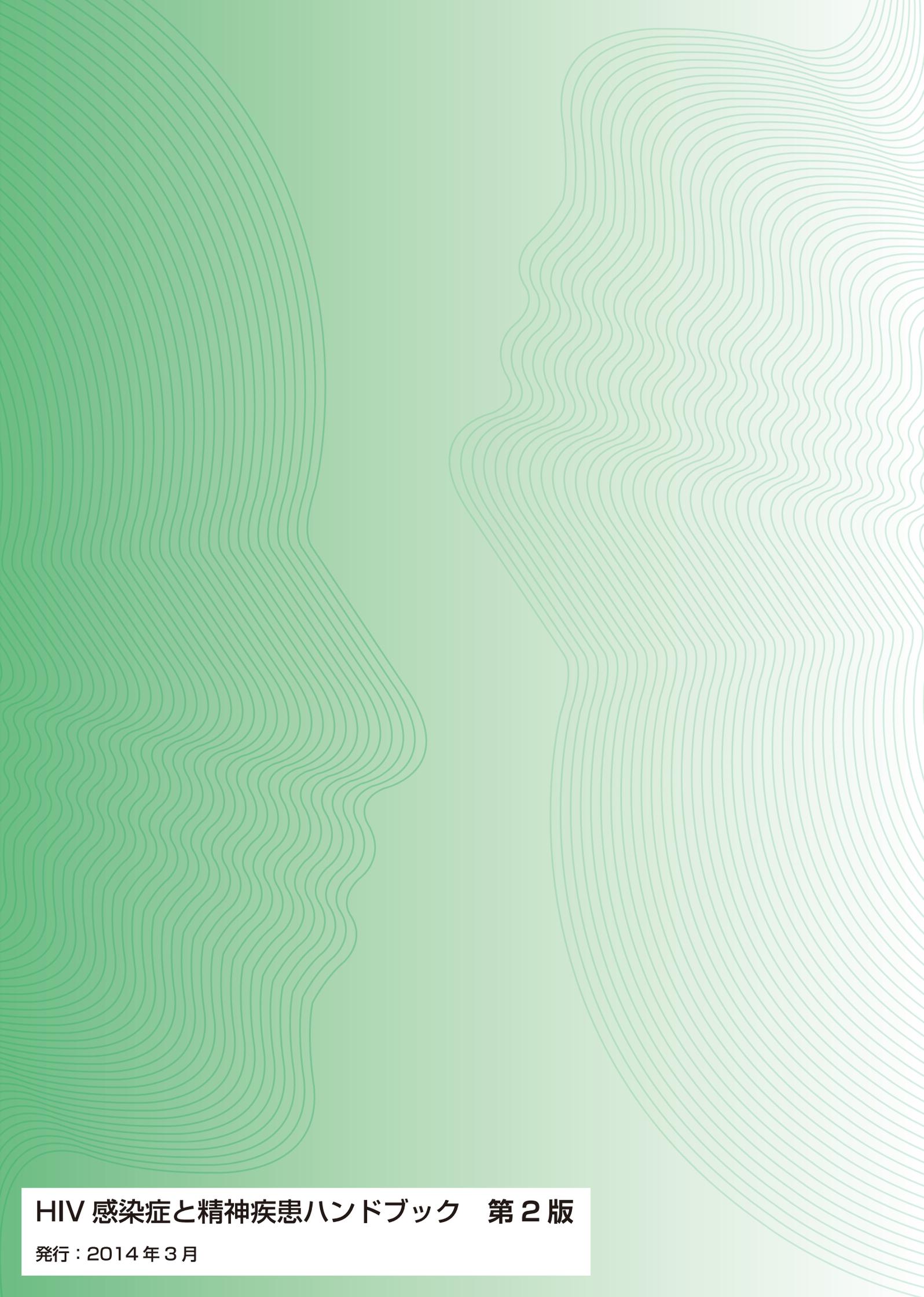
Cournos F and McKinnon K: Epidemiology of Psychiatric Disorders Associated with HIV and AIDS. *Comprehensive Textbook of AIDS Psychiatry*. New York, Oxford University Press, 2008.

根岸昌功, 保坂隆: エイズ診療における Consultation-Liaison Psychiatry. *精神科治療学* 5: 609-613, 1990.

平林直次, 八島章太郎, 富澤治, 八巻蔵人, 清水宗夫 : AIDS(acquired immunodeficiency syndrome)発症者に認められる器質性精神障害. *総合病院精神医学* 9 : 41-48, 1997.

福西勇夫, 平林直次, 松本智子, 山中京子, 保坂隆, 堀川直史 : HIV 感染症患者にみられ

- る精神障害—精神障害出現頻度と免疫学的指標との関連性の検討—。臨床精神医学 28 : 1233-1242, 1999.
- 平林直次, 笠原敏彦, 赤穂理絵, 木曾智子, 磯本明彦, 花岡知之, 酒井健, 遠藤麻子 : 精神神経症状を呈する HIV 感染症・エイズ患者に対する精神医学的診断・治療および援助に関する研究. 平成 11 年度 HIV 感染症の疫学に関する研究報告書, p628-p633, 2000.
- 平林直次, 赤穂理絵, 笠原敏彦, 木曾智子 : HIV 感染者に認められる精神障害. 日本エイズ学会誌 3 : 99-104, 2001.
- Schwartz-Watts D, Montgomery LD, and Morgan D : Seroprevalence of human immunodeficiency virus among inpatient pretrial detainees. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 23:285-288, 1995.
- Cournos F, and McKinnon K : HIV seroprevalence among people with severe mental illness in the United States: a critical review. *Clin Psychol Rev* 17:259-269, 1997.
- McKinnon K, and Cournos F : HIV infection linked to substance use among hospitalized patients with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 49:1269, 1998.
- Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, and Leaf PJ : The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization, *Am J Orthopsychiatry* 66:17-31, 1996.
- 廣常秀人, 安尾利彦, 早林綾子, 大谷ありさ, 仲倉高広, 森田眞子, 藤本恵里, 関山隆史, 吉田哲彦. 抗 HIV 療法に伴う心理的負担, および精神医学的介入の必要性に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 服薬アドヒアランスの向上・維持に関する研究 平成 20 年度研究報告書, 2009.
- 廣常秀人, 梅本愛子, 吉田哲彦, 疇地道代, 安尾利彦, 大谷ありさ, 倉谷昂志, 仲倉高広, 森田眞子, 藤本恵里, 宮本哲雄. 抗 HIV 療法に伴う心理的負担, および精神医学的介入の必要性に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究 平成 22 年度研究報告書, 2011.
- 白阪琢磨. HIV 診療における外来チーム医療マニュアル改訂第 2 版. 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究班, 2011.
- HIV 感染症くすりの手引き (ポケット版). 服薬アドヒアランス研究会, 2009.
- 鯉渕智彦, 白阪琢磨. 抗 HIV 治療ガイドライン. 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究班, 2013.



HIV 感染症と精神疾患ハンドブック 第2版

発行：2014年3月