

精神医療従事者のための HIV/AIDS ハンドブック



もくじ

はじめに・・・・・・・・・・・・・(角谷 慶子)

精神医療従事者の皆様へ・・・・・・・・・・・・・(白阪 琢磨)

HIV/AIDS の基礎知識・・・・・・・・・・・・・P.7
(上平 朝子)

セクシャルマイノリティの心理とその支援・・・・・・・・P.13
(仲倉 高広)

コラム① 心理テスト・・・・・・・・・・・・・P.17
(仲倉 高広)

コラム② MSM の診療にあたって心がけていること・・P.19
(中山 保世)

コラム③ コミュニティセンター・・・・・・・・・・・・・P.21
(エイズ予防財団)

HIV 陽性者にみられやすい精神疾患とその治療・・・・・・・・P.23
(福田 倫明)

コラム④ HAND を含む神経心理学的問題・・・・・・・・P.29
(角谷 慶子)

コラム⑤ 精神科医療に携わる人に知っておいてほしいこと P.31
(井上 洋士)

薬物療法の留意点～ HIV/AIDS の治療薬と相互作用・・・・・・・・P.33
(福田 倫明)

認知行動療法、その適用のポイント・・・・・・・・・・P.39
(若井 貴史)

薬物依存症の治療・・・・・・・・・・・・・P.43
(梅本 愛子)

コラム⑥ 薬物依存 +MSM+HIV/AIDS のグループを運営してP.47
(仲倉 高広)

スタンダードプリコーション・・・・・・・・・・・・・P.49
(上平 朝子)

HIV 陽性者の社会的支援・・・・・・・・・・・・・P.55
(伊賀 陽子)

コラム⑦ NPO 法人による多様な支援・・・・・・・・・・P.59
(青木 理恵子)

社会資源リスト・・・・・・・・・・・・・P.61
(長岡病院 心理課)

エイズ派遣カウンセリング制度利用の手引き

執筆者及び所属一覧



はじめに

HIV 感染症は近年のめざましい治療薬の進歩により、慢性疾患のひとつとなり、それとともに高齢者患者の施設入所や、認知症、うつ病などの精神科の専門治療を必要とされる患者の増加等の新たな問題が生じています。

Futures Japan が 2013 年 7 月から 2014 年 2 月にかけて実施した Web 調査によると、HIV 陽性者の 24.8%の方が過去 1 年間に精神科・心療内科への受診経験があり、11.8%の方が何らかの精神疾患に罹患されていました。また、過去 1 年間で薬物の使用経験者は 31.2%にのぼり、一方で偏見を恐れ、かかりつけ医に HIV 陽性であることを告げている人は 38.1%にすぎないと報告されています。HIV 感染症は自分たちとはあまり関係がないというイメージをお持ちの精神科医療従事者の方は少なくないでしょう。

しかし、実は案外身近な存在で既に受診しておられ、ただ声を潜めておられるだけかもしれません。セクシャルマイノリテ

ィや HIV 陽性の方に対する支援において、精神科医療従事者の担う役割は大きいと思われます。

HIV 感染症の治療マニュアルや啓蒙書は数多くありますが、精神科医療従事者向けにつくられたものではないので、馴染みのない方が、気軽に手にすることができるようなハンドブックを作成することとし、通常精神科医療をベースにしながらどのように HIV/AIDS の治療にあたれば良いのか明らかにすることを目的と致しました。執筆は HIV 感染症に関し、十分な知識と経験をお持ちの方々をお願い致しました。

この冊子を手にとって読んでいただいた方が、「それほど特別なことではないのだ」と構えずに、セクシャルマイノリティや HIV 陽性の方に接して頂ければ幸いです。

一般財団法人 長岡記念財団
長岡ヘルスケアセンター（長岡病院） 副院長

角谷 慶子

このハンドブックを手にする 精神医療従事者の皆様へ

この20年でエイズ医療は目を見張る進歩があり、今では高血圧症や糖尿病と同じ様な慢性疾患となりました。ただ、治癒薬は無いため、患者さん自身がきちっと服薬を続けて頂く必要があります。最近では、服薬開始の1～2ヶ月でPCRという最新技術でも血中のHIVを検出できないまでにウイルス量を抑える事ができ、他への伝搬も、まずありません（医学ですのでゼロとは申せませんが、ゼロと言えるぐらいの状況だと考えています）。エイズ発症の原因となるHIVによる免疫細胞CD4陽性T細胞の低下も、治療で回復でき、今では、治療でエイズにならないと言える時代になりました。

それだけ治療が進歩し、死ぬ事もない、他に移ることもまず無いHIV感染症を抱える患者は安心かというところではありません。多くの国民に、未だにエイズに対する古い知識と根強い偏見・差別があります。自分の病気を、同僚はもちろんですが、友人や、家族にさえも打ち明けられていない患者が大多数です。

私が現在担当している400人ほどのHIV感染症患者の中にはうつや統合失調症の治療を受けながら抗HIV薬の服薬を続けてくれている外来通院患者さんも少なからずおられます。非常に真面目に通院され、精神科の

薬も抗HIV薬もきっちりと服薬頂いて居るためでしょうが、健康状態、治療状況も良い方々です。

HIV感染症患者で多い併診科に精神科があります。軽重問わずに勘定すれば、半数近いかも知れません。精神疾患の悪化で自傷他傷疑いから入院が必要と判断される場合も時々ありますが、精神科病院は単科病院が多い事もあり、なかなか入院をお許し頂ける施設も少なく、逆に、お許し頂けた施設は限られてしまい、負担になっているのでは無いかと危惧致しております。

わが国に推定で5万人ほどいるHIV陽性者の多くは精神を病み、偏見差別を抱えて生きていると思います。このハンドブックが少しでも皆様のお役に立ち、HIV陽性者の方々やHIV/AIDSに関心を持っていただける切欠となることを祈っております。

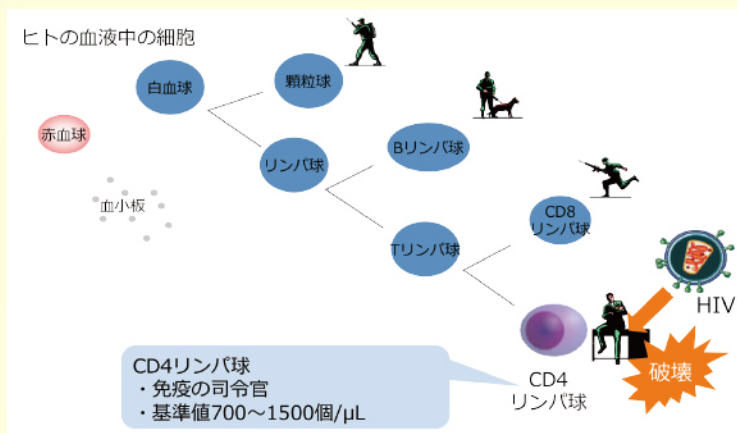
独立行政法人国立病院機構大阪医療センターエイズ先端医療研究部長
HIV / AIDS 先端医療開発センター長

白阪 琢磨

HIV/AIDSの基礎知識

定義

HIVとは、human immunodeficiency virus（ヒト免疫不全ウイルス）というウイルスの名前です。HIVは、主に性行為によりヒトに感染し、HIV感染症と呼ばれる病気の原因となるウイルスです。HIVは、ヒトのCD4陽性リンパ球と呼ばれる細胞に感染します。このリンパ球は主に免疫を担当する細胞です。したがって、適切な治療を行わなければ、CD4陽性リンパ球の数は減少し、やがて免疫の機能が低下します。そして、感染症や悪性腫瘍などの日和見疾患を発症します。これらの疾患は、「AIDS指標疾患」として、23の疾患が定められています。このうち、いずれかの疾患を発症すればAIDS（acquired immunodeficiency syndrome：後天性免疫不全症候群）と呼ばれる病態になります。



疫学

2014年現在、HIVと共に生きている世界の成人および子供の数は、3,690（3,430－4,140）万人です。全世界で、200万人が2014年に新

HIVに感染していますが、2000年と比較して35%減少しました。

日本では、毎年1,000人以上の新規患者が報告され、2016年9月末現在のHIV/AIDS患者数は23,000人を超えています。感染経路の9割が性行為で、日本国籍の男性で同性間性的接触による感染が多く報告されています。

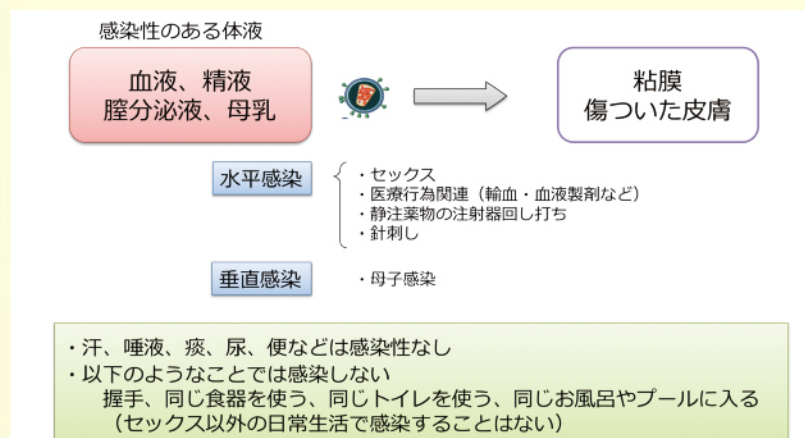
診断

HIV感染症の診断は、血液検査で血清中のHIVの抗原や抗体、ウイルス量を検出して診断します。スクリーニング検査では、偽陽性があるため、必ず確認検査を実施します。

HIVの検査を実施する場合には、必ず本人の同意が必要です。

感染経路

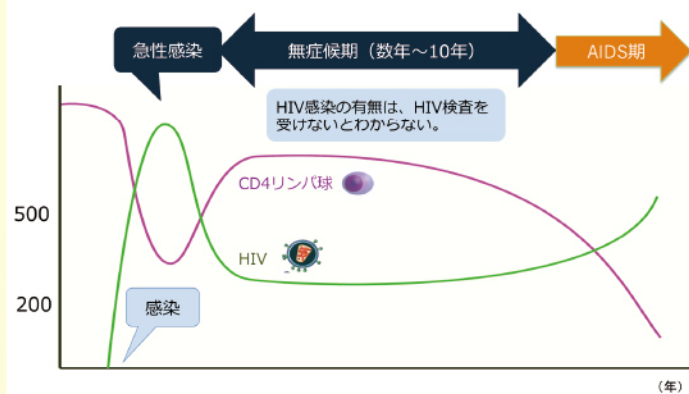
HIVが存在するのは血液、精液、膣分泌液、母乳のみです。HIVが存在する体液が粘膜や傷のある皮膚に付着した場合、感染する可能性があります。主な感染経路は、性行為、血液が体内に入る行為（注射針の回し打ち、傷のある手で血液に触れるなど）、血液が粘膜に入る行為、出産、授乳などです。



症状

HIV 感染症の自然経過を図に示します。急性期、無症候期、AIDS 発症期に分けられます。

HIV感染症の自然経過(図)



①急性期

急性期は、初感染した HIV のウイルス量が急激に増加し、発熱やリンパ節の腫れ、肝機能の悪化など、ウイルスの急性感染症状と呼ばれる所見を認めることがあります。この症状は、多くは自然に改善します。

②無症候期

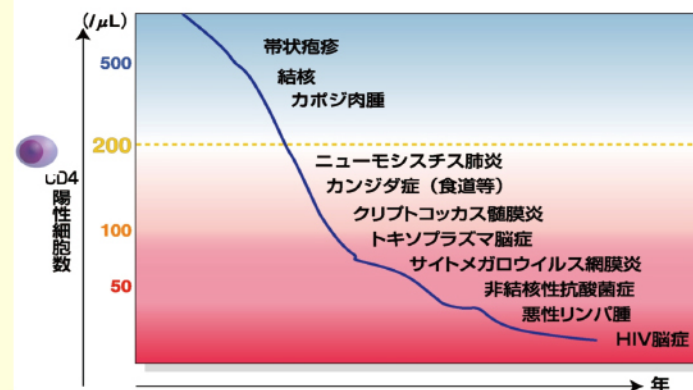
急性期の症状のあと、1年から10年程度の症状のない時期が続きます。この期間、ウイルスの増殖は続いています。体の免疫によって、ウイルス量と免疫が平衡状態となり、ほとんど症状を認めずに経過します。その後、免疫がウイルスの増殖を抑えられなくなり、体中のウイルス量は増加し、血液中の CD4 陽性リンパ球数 (CD4 値) が著しく減少し、免疫の機能が低

下します。病気が進行すると、疲れやすい、熱が出やすい、下痢をしやすい、肌が荒れやすいなどの症状が出ることがあります。また、結核や带状疱疹、口腔カンジダ症など、免疫機能が低下したときにかかりやすい感染症にかかることがあります。

③AIDS 発症期

CD4 値が 200 ~ 350/mm³ 未満になると、健康な人では病気にはならないような弱い病原体が原因となるさまざまな症状が出現します。このような症状を認める AIDS 指標疾患と呼ばれる病気を発症し、AIDS 期と呼ばれる時期になります。

CD4リンパ球数と日和見疾患



治療

抗 HIV 療法は、HIV そのものに対する治療法です。抗 HIV 療法は、highly active anti-retroviral therapy の頭文字をとって、HAART (ハート)と呼ばれていましたが、近年は、ART (アート)と呼ばれることが多くなりました。抗 HIV 療法とは、3 つ以上の薬剤を同時に服薬し、HIV の

血中のウイルス量（HIV-RNA 量）を検出できないくらいまで低値の量（検出感度未満）まで抑え続けて、減少していた CD4 陽性リンパ球数を回復させて、免疫を維持することを目標とする治療です。服薬期間は、薬を中止すると再び HIV が増加してくるため、一生継続することが必要です。

どの薬剤を服用するかは、患者さんのライフスタイル、合併症の有無、薬の相互作用、抗ウイルス効果を考えて選択します。現在、抗 HIV 薬は、3～4 種類の薬剤が一つのお薬になった合剤が登場し、一日一回一錠の服薬で治療ができるようになっていました。現在、抗 HIV 療法のガイドラインでは、全ての HIV 感染者に治療を行うことを奨めています。これは、治療薬が飲みやすく副作用が少なくなったことと、患者さんの病気の予後を改善できること、そして、パートナーへの感染を予防できることがわかったためです。

抗 HIV 薬の内服で大切なことは、薬の血中濃度を保ち、HIV を測定感度未満に抑え、薬の効かない耐性ウイルスの増加を防ぐため、毎日同じ時間に飲み続けることです。抗ウイルス効果を確認し、副作用の有無を検査するために定期的な受診と服薬継続への長期的な支援が必要です。

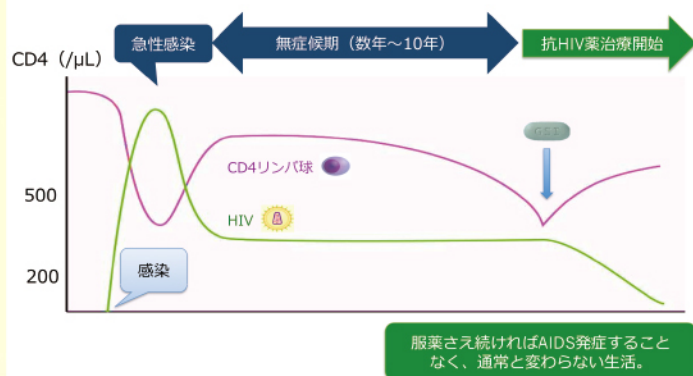
合併症

HIV 感染症は、性感染症の一つです。従って、他の性感染症を合併していることもあります。梅毒、クラミジア、赤痢アメーバ症（腸炎、肝膿瘍）、ウイルス肝炎（A 型、B 型、C 型）などがよくみられます。いずれも治療可能な疾患ですが、かからないように予防教育を行うことが必要です。またインフルエンザや感染性胃腸炎などの一般感染症や高血圧、糖尿病、高脂血症、慢性腎臓病、骨粗鬆症、骨折、悪性腫瘍など HIV に関連しない病気を認めることもあります、通常通り治療が可能です。

予後

HIV 感染症は、抗 HIV 療法により治療可能な疾患です。最近では、抗 HIV 療法の進歩により AIDS で亡くられる方は著しく減少しています。しかし、完治はなく、一生にわたる治療の継続が必要です。抗 HIV 薬の長期毒性、未知の副作用への懸念、高齢化の問題、受診中断者への対応、物質依存症、精神疾患の療養先の問題など、多くの身体的・精神的・社会的課題は続いています。HIV 感染者の早期発見につとめ、一人でも多くの人が適切な医療につながるようにすることが大切です。（上平 朝子）

HIV 感染症の治療



治療の進歩と課題

抗 HIV 療法の進歩：1 日 1 回 1 錠で治療できる時代
全ての人に抗 HIV 療法を：予後の改善と新たな感染の予防

- ・完治ではなく、一生治療が必要である
- ・抗 HIV 薬の長期毒性、未知の副作用への懸念
- ・高齢化の問題
- ・受診中断者への対応
- ・HIV 感染者が抱える様々な心理的問題への対応
- ・器質的病変の有無、副作用等による症状の除外が必要、物質依存症、精神疾患の療養先の問題

セクシュアル・マイノリティの心理とその支援 (MSM を中心に)

LGB (T や A) といった言葉が広がり、性の多様性がいわれているように性に関するとらえ方は、人の数ほど多様であるといっても過言ではありません。「異性愛」といっても、その在り様は、時代と地域や世代などによりさまざまです。同性愛や両性愛も同様です。性を考えるときに、その時々の情勢や道徳、法律、価値基準、平均概念と区別して考え、純粋に精神医学的に考えることは難しいことかもしれません。ここでは、多様性や規範をいったん脇に置き、男性が男性に対し、恋心を抱き、性的接触を行う人々を中心に、共通するであろう心理とその支援について考えていきます。よって、同性愛男性すべてが下記に当てはまるというものではないことに留意してください。

日高 (2007) ¹⁾ の調査によると、ゲイ・バイセクシュアル男性 (男性と性的交流を持つ男性) は、中学高校時代に相当する年齢の 13.1 歳で「ゲイであることをなんとなく自覚」し、13.8 歳では「同性愛・ホモセクシュアルという言葉」を知り、16.4 歳で「自殺を初めて考え」、17.7 歳で自殺未遂 (初回) を経験すると述べています。ついで、20.0 歳で「ゲイ男性に初めて出会った」、「男性と初めてセックスした」と同性との性行為を経験するといわれています。同性と性的接触を持ち、仲間に出会い、心理的に安定するかのようと思われるかもしれませんが、葛藤状況は続いており、20.2 歳には「性的指向を主な理由とした自殺未遂」があります。21.6 歳になっ

てようやく「ゲイの友達が初めて出来た」や 22.0 歳で「ゲイの恋人」が初めてできるといったように、大切な人との出会いは、ずいぶん遅れて経験されます。さらに、いじめられる経験も多く、「学校で仲間外れにされていると感じたこと」がある人は 42.7%、「教室で居心地の悪さを感じたことがある」人は 57.0%、「『ホモ、おかま』などの言葉による暴力被害」を経験した人は 54.5% にもなるとされています。自殺を考えたことがある人は 65.9%、自殺未遂者は 10 代で高く 16.2% で、回答者全員では 14.0% もあります。同性愛男性は、自分自身の性的指向を意識したときにその多くは、違和や葛藤、いじめを経験し、仲間・友人関係や恋愛関係よりも先に性的行為を経験しています。性的指向が同性であるためによるいじめや葛藤へのケアが重要となってくるでしょう。同時に、同性に性的対象を求める「アイデンティティ」を保ちつつ、社会的役割とも一致するコミュニティ・共同体・社会を作ること大切でしょう。

HIV 陽性で男性同性愛の方たちは、感染判明前から、いじめや被暴力のリスクが高く、陽性判明後には、治療継続に加え、さまざまな不安を抱えることが予測されます。支援方法は、通常のいじめや虐待例の支援と基本的には同じです。ただ、①幼少期から異性愛を主とした社会の中で自分のセクシュアリティを隠し否定し、異性愛役割を演じている方も多く、常に同性愛であるために自分を否定されるのではないかと不安が根底にあったり、他者との関係に過敏になり、②他者や同じ同性愛男性から否定されない存在になるために、過度の性的タフネスや肉体改造など邁進し、過剰な順応と過剰な抑制

といった自分自身を二分化（仲倉、2017）している方も少なくありません。葛藤回避などのために、物質乱用におちいる場合もあります。そのため①セクシュアリティを否定しない医療者との専門的人間関係を通して、異性愛役割や過度の順応ではなく、②所属感や一体感への過度に希求している自分に気づき、③自分自身で自分を認めていく過程を支援し、④葛藤対処能力をつけていくことが大切でしょう。

支援や介入の成否は、当事者である陽性者がその介入を受け入れ、実践に移していくかどうかにかかっています。そして医療者と陽性者がどのような人間関係を築いているかによってもその効果は変化するものです。また、陽性者は周囲に理解者を得るまでには時間がかかることがあるため、医療者は心理的サポーターとして存在することも大切でしょう。さまざまな困難を抱える陽性者に対する医療者の公正で誠実な対応が、その後の陽性者の主体的な社会参加への支援につながってきます。期待する結果を実現するためには、医療者は専門知識や技術の基盤に、援助的な人間関係を築く能力が必須となります。

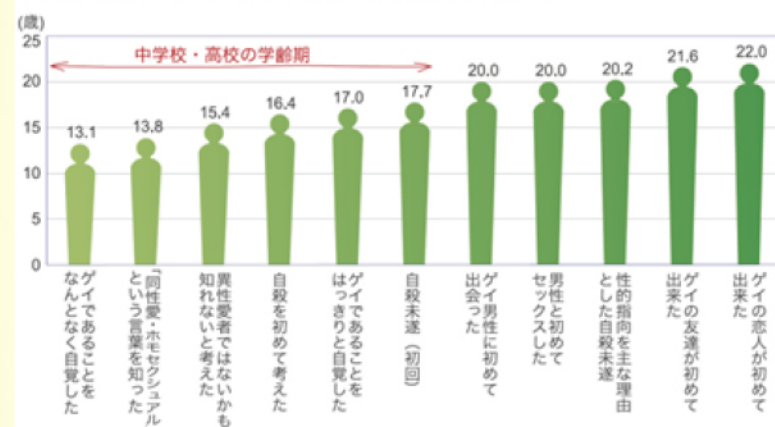
HIV/AIDS は、陽性者のみならずあらゆる人の感情を刺激します。殊に性感染症という側面もあるため、陽性者や、その援助に携わる援助者側の価値観・感を自覚しておくことが肝要になるでしょう。援助者側がもっている印象を排除するのではなく、自覚していくことを目指すのが実際の事です。無自覚であるより自覚している場合のほうが、援助行動はある程度、統制しやすくなります。

（仲倉 高広）

1) 日高庸晴, 厚生労働科学研究補助金エイズ対策研究推進事業芸・バイセクシュアル男性の健康レポート2 厚生労働省エイズ対策研究事業「男性同性間の HIV 感染対策とその評価に関する研究」成果報告

2) 仲倉高広, 同性愛男性の心理療法について一性的な倒錯から生きづらさという視点への変換の試みー, 京都大学大学院教育学研究科紀要第 43 号, 2017

思春期におけるライフイベント平均年齢（有効回答数1,025人）



思春期におけるライフイベント平均年齢（日高、2007 より）



心理テスト

精神科領域では、心理テストは馴染みがあるものです。HIV 陽性であるからと言って特段変わるものではありません。

①神経心理学的問題



しかし、HIV 感染による身体や脳神経への影響を想定することは大事になってきます。意欲低下と観察される場合も、大脳の皮質下の機能低下による場合があるからです。具体的には、IHDS (International HIV Dementia Scale) の日本版を加えたり、精神運動性の低下以外の疑いがある場合は、それを考慮した検査バッテリーを組んだりすることも有用な情報を得ることがあるでしょう。

②物質使用の問題



不眠や不安を訴えておられる場合も、違法薬物などの物質使用の結果かもしれません。よって心理検査バッテリーを組む場合やアセスメントの視点に神経心理学的問題や物質依存の影響を考慮する必要があります。面接時に安心して話せる場を設定し、睡眠に影響を与えているかもしれない物質使用がないか、自傷や自分を消したいと思っていないかなど、直接聞いてみるなど考えられます。



コラム①

③疲弊や孤独などからくるストレス反応

告知直後などの危機的状況や、長期療養による疲弊や医療従事者からの関心の低下、ライフイベントなどによるストレス反応があるかもしれません。HIV 陽性であることを共有できる人が限られてくるため、診療にあたる人の行動に敏感になっている場合もあるでしょう。

④自傷や自殺のリスク・アセスメント

自傷行為や自殺率は高いといわれています。感染告知直後の衝撃は想定しやすいですが、自傷や自殺は感染告知以外にもトリガーが存在します。上記のようなストレス反応だったり、違法薬物からの離脱期だったりします。

⑤内科では精神科ほど心理テストが聞きなれていない

心理テストや精神科受診は、HIV 陽性者や HIV 診療スタッフにとって敷居の高いものかもしれません。ですから、心理テストを実施する場合、HIV 陽性者や HIV 診療スタッフに丁寧な説明が要る場合があります。そして結果の共有も同意を得て、心理テストの結果を日頃の生活場面に即した行動に例えながらの説明が分かってもらいやすいかもしれません。心理テストは、検査を受けた人をはじめ、心理療法やチーム医療、それぞれの専門家のアプローチに活かされてこそ役割を果たします。

(仲倉 高広)





MSM の診療にあたって

心がけていること



うつや不安、依存症などの精神疾患は、HIV 感染症の予防意識の低下や、HIV 陽性者の治療アドヒアランスの低下をもたらす可能性が高いと思われます。例えば、気分の落ち込みや不安を解消するために、より刺激的高リスクの性行為をしたり、うつ病の意欲低下で治療に前向きになれない等があります。精神疾患が重症化する前に治療を開始するためには、精神科に受診しやすい環境づくりが重要です。

まず、来院を検討されている多くの方がみるのがホームページです。当院ではその診療メニューの中に、性のメンタルヘルスや HIV 迅速検査といった項目を並べ、セクシュアリティや HIV 感染症についての理解があることを示します。また、地方自治体の HIV 検査事業を請け負う等、HIV 検査関連の活動に参加することで、MSM や HIV 陽性者の受け入れを積極的に行っていることをアピールしています。



次に、来院された方がセクシュアリティや HIV 感染症について話しやすい雰囲気づくりとして、待合室の掲示板に akta（新宿 2 丁目にある HIV/ エイズをはじめとするセクシュアルヘルスの情報センター）のポスターを掲示し、セクシュアリティやセクシュアルヘルスに理解がある施設だということを表示しています。そして、診療自体は MSM だから HIV 陽性者だからといって特別なこ



コラム②

とはしていません。先入観を持たずに「パートナーの方は男性ですか、女性ですか」と聞くことで、MSMの方が来ることも想定していることを伝えます。MSMであることを隠したい方は最初に事実を開示しない場合もありますが、何回か診察を重ねた後にカミングアウトされる方もいます。MSM や HIV 陽性者に特徴的な疾患として、セックスドラッグとしての薬物依存や、性依存がありますが、依存症の治療は薬物療法では困難であり、自助グループや回復施設に紹介することもあります。当院では専門スタッフが 12 ステップをベースとした回復プログラムを提供しています。

まとめとして、背景に、精神疾患、セクシュアリティ、HIV/AIDS といったトリブルスティグマがあることを認識し、それらを解消するため、導入部分であるホームページやリーフレット、HIV 検査関連の活動でそれらをアピールし、受診に至った際は待合室や診察中に話しやすい雰囲気を作ること心掛けています。診察自体は MSM だから HIV 陽性者だからといって特別なことはありませんが、その特徴はおさえて、薬物依存や性依存などの問題にも取り組んでいます。さらに、HIV/AIDS の治療を行っている病院や HIV 感染者の支援をしている NPO 法人等と連携をはかり、アクセスしやすい精神医療を提供できることを目指しています。

（中山 保世）



コミュニティセンター

公益財団法人エイズ予防財団では、同性愛者に向けてエイズに関する正しい知識や役立つ情報を発信するため全国6地域にコミュニティセンターを開設しています。センターでは地域の当事者を中心としたCBOの協力を得て、ゲイコミュニティにアクセスする人々や多様なセクシュアリティを持つ人々に向けて訴求性のある啓発活動を行っています。また国やその地域の行政、医療関係者とも協働し、連携を図りながら活動しています。



きてね！

東京 akta

コラム③

仙台 zel 仙台市青葉区国分町 3-3-5 リススビル 9F
 東京 akta 東京都新宿区 2-15-13 第2中江ビル 301
 名古屋 rise 名古屋市中区栄 4-18-16 NEWSビル 4F
 大阪 dista 大阪市北区堂山町 17-5 巽ビル 4F
 福岡 haco 福岡市博多区住吉 4-4-21 エバーライフ住吉 1F
 沖縄 mabui 沖縄県那覇市壺屋 1-7-5 民衆ビル 3F



community center
dista

まってるよ。

大阪 dista

厚生労働省委託事業 同性愛者等のHIVに関する相談・支援事業
 公益財団法人 エイズ予防財団 「Community Center Guide」より引用

HIV 陽性者にみられやすい精神疾患とその治療

HIV 感染症と精神疾患

内外の報告によると、HIV 陽性者に何らかの精神疾患を有する割合は約 30% (9 ~ 50%)、一般人の 5 倍近くにのぼるとも言われています。

あらゆる精神疾患が HIV 陽性者にもみられますが、一般人に比較して特に頻度が高いのは「気分障害（うつ病、躁うつ病）」、「適応障害」、「パーソナリティ障害」、「アルコール・薬物依存症」と、HIV による脳侵襲つまり AIDS の進行による「HIV 関連神経認知障害（HAND）」です。

近年の治療薬の進歩により HIV 感染症の生命予後は飛躍的に改善されました。抗 HIV 薬を一生服用し続ける必要はありますが、ウイルス感染の進行を抑制し、健常者と変わらない人生を送ることも可能になってきています。一方、精神疾患が不安定な状態にあると、次のような問題が起こりえます。

- 服薬アドヒアランスが低下し、ウイルスの増殖を招く。その結果、病気が不必要に進行し、AIDS の各疾患の発症をきたし、生命予後が短縮される。
- 不特定多数との性行為、安全でない性行為により新しい感染者を作る。その結果、ウイルスの社会への蔓延に寄与する。
- ストレス対処能力、セルフケア能力が低下し、家庭や社会生活に破綻が生じ、さまざまな心理社会的な問題が発生する。

例えば、きちんと服薬を遵守しウイルスの活動が抑えられていれば、性行為を行っても非陽性者のパートナーに感染させることはありません。ところが怠業によりウイルスの活動性が高まった状態で性行為を行えば、相手が感染することは十分にありえます。

以上のような精神症状の悪化、怠業による問題は、互いにかみあいながら、坂を転げ落ちるように悪循環をきたすことがあります。

HIV 感染症の生命予後が改善した今日では、ますます精神症状の安定が求められているのだといえます。向精神薬を処方する精神科医だけでなく、すべての精神医療関係者、地域・行政が一丸となって HIV 陽性者を支援するチームアプローチの重要性がますます高まっています。

心のケア（精神疾患の治療）の目標

- 抗 HIV 治療へのアドヒアランスを高める
- 安全でない性行為などの危険な行動を抑制する
- HIV 感染症の進行、合併症の発症、入院治療を防ぐ
- 究極の目標として、生命予後を良くし、生活の質（QOL）を高める

HIV 陽性者によくみられる精神神経疾患

「せん妄」

HIV 感染の急性期や、入院を必要とするほど身体状態が悪化した際にみられることがあります。失見当、注意障害、幻覚、不眠、興奮などを伴う一過性の意識障害の一種で、身体状態の悪化に伴い脳の動きが一時的に低下するために生じるものです。せん妄は、HIV 感染症に限らずさまざまなからだの病気でも起こります。比較的急激に発症しますが、治療により身体状態が回復すると元の人格に完全に戻る点が慢性進行性の HIV 関連神経認知障害（HAND）と異なります。

失見当、興奮が強いときは転倒による外傷や暴力行為による危険を防止するため、やむをえず必要最小限の身体拘束や抗精神病薬による鎮静を行います。

「HIV 関連神経認知障害（HAND）」

潜行性に発症し慢性進行性の経過をたどり、初期は思考や動作の緩慢さや集中力・意欲低下が主な症状ですが、やがて振戦、錐体外路症状、筋力低下、麻痺などの神経症状を合併し、末期には認知症や他の神経変性疾患と同様の荒廃状態に至ります。

しかし、今日では抗 HIV 治療の進歩によりこのような重症例は激減しました。最近では、より初期の軽微な認知機能障害をどのように評価するかに関心が向けられています。特に、血清学的にはウイルス活動がよく抑えられているようにみえるのに HAND を発症し、髄液中でウイルス活性が認められる例があります。脳への抗 HIV 薬の移行が不十分であったため脳内にウイルスが巣を作っていると考えられる状態で、より脳組織への移行性の高い抗 HIV 薬が求められています。

「抗 HIV 薬による精神神経系副作用」

エファビレンツ（ストックリン®）による精神神経症状がよく知られています。投与初期にめまい、ふらつきがみられることがあり、2～4週で自然軽快しますが、この間は自動車の運転や高所作業を避けるようにします。また悪夢もよくみられます。長期服用により抑うつ、自殺念慮がみられることがあるので、精神疾患の既往がある場合には避けるべき薬剤です。近年は本邦での使用頻度は減っているようです。

「適応障害」

ストレスの大きい出来事に対して気持ちや考え方をうまく適応させられないために生じる、一過性の不眠・不安・抑うつ状態を指します。一般には離別や失職、経済的破綻などが誘因になりえますが、HIV 陽性者の場合は、

最初に診断を受けた時や、病状が急激に悪化した時に起こりやすいほか、直接 HIV 感染症とは関連のない日常生活上の出来事が誘因になることがあるのももちろんです。向精神薬による対症療法を行うとともに、ストレスの内容に応じた心理社会的支援も検討する必要があると思われます。

「不安障害」

HIV 陽性者では折々に不安症状をみることはありますが、全般性不安障害、パニック障害、強迫性障害といった通常数年単位で罹患するような不安障害の確定診断を受けている例は、一般人と比べて格別に多くはないようです。通常と同じ治療を行います。

「気分障害（うつ病、躁うつ病）」

一般人より明らかに高い有病率が報告されています。自殺率は一般人の3倍程度との報告があります。

未治療のうつ状態ではセルフケア能力が顕著に低下します。不摂生により身体状態の悪化を招いたり、倦怠感や意欲低下により外出・通院がままならず、結果的に抗 HIV 治療の中断に至り（服薬アドヒアランスの低下）、それによる病状の悪化、合併症発生、予後の短縮などの悪循環が次々に進行していきます。

抗 HIV 薬は、規則正しく服用を続け血中濃度を維持することが最も重要です。どんなに良い薬を処方してもらっても、服用が不規則では効果が現れず、ウイルスの増殖を招いてしまいます。

一方、躁状態では気が大きくなり、危険をかえりみない行動を起こしやすくなります。浪費や喧嘩、社会規範を逸脱する行為のほか、HIV 感染に関連するものとしては怠業、安全でない性行為により新しい感染者を作っ

てしまうなどの危険性があります。

一般人においても、十分な治療を受けていない気分障害は家庭・職業生活においてさまざまな不利益をもたらしますが、HIV 陽性者においては「予後の改善、日常生活の質（QOL）の向上」という治療の究極の目標を実現するために、精神医療関係者が非常に重要な役割を担っているということを改めて肝に銘じておきましょう。

「統合失調症」

精神病症状は統合失調症のほか、躁病や重症うつ病などでもみられます。統合失調症の有病率が特に高いという報告はないようです。HIV 陽性者では病気が進行するにつれて精神病症状の出現頻度は増えますが、これはおそらく HAND の一症状とも考えられます。

「パーソナリティ障害」

HIV 陽性者での頻度は高く、30% 近くにはのぼるとも言われています。情緒不安定性、反社会性、依存性、演技性パーソナリティ障害の順に多いとの報告があります。こうした性格傾向は、安全でない性行為による自身の HIV への感染や他人への伝播、服薬アドヒアランスの低下の背景要因となりうるもので、病気の早期進行につながっていくおそれがあります。

「アルコール依存症」

単に飲酒量ではなく、飲酒にもとづく不適応行動や心身におきた弊害、家庭・職業生活への影響をもって診断します。HIV 感染者では非常に頻度が高く、生涯のうちにアルコール依存症になる割合は 50% を超えるという報告もあります。他の精神疾患との合併も多くみられます。

アルコールの影響下における脱抑制、判断力低下、衝動性が、不特定多数との性交渉や安全でない性行為を引き起こしやすくします。この点は躁状態やパーソナリティ障害とほぼ同様であり、怠薬の頻度も高くなります。結果的に HIV 感染症の進行を招き、HAND の発症率も非依存症者と比べて高くなると言われています。

アルコールは肝機能を障害することで抗 HIV 薬の薬物動態にも影響を与え、プロテアーゼ阻害薬（PI）や非核酸系逆転写酵素阻害薬（NNRTI）の効きを悪くし治療を難しくさせることがあります。しかしアルコール依存症があるからといって抗 HIV 薬の投与を遅らせる必要は特にありません。

（福田 倫明）

- ・白阪 琢磨ら、「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，2014
- ・白阪 琢磨ら，「抗 HIV 治療ガイドライン」，厚生労働科学研究費助成金エイズ対策研究事業，2016
- ・Gallego L, Barreiro P, López-Ibor JJ: Diagnosis and clinical features of major neuropsychiatric disorders in HIV infection. AIDS Rev. 2011 Jul-Sep;13(3):171-9.



HANDを含む 神経心理学的問題



近年、重症例の HIV 脳症が減少する一方で、軽度の HIV 関連認知障害 HIV-Associated Neurocognitive Disorder (HAND) の診断治療が求められています。HAND は、記憶、注意、言語、視覚 - 空間的技能、遂行機能等、神経心理学的検査による結果が 1SD もしくは 2SD 以上低い日常生活機能障害の程度をもって、ANI (Asymptomatic Neurocognitive Impairment) 無症候性神経認知障害、MND (Mild Neurocognitive Disorder) 軽度神経認知障害、HAD (HIV-Associated Dementia) HIV 関連認知症に分類されています。米国で行われた大規模な調査¹⁾によると、抗 HIV 薬治療を導入されている HIV 患者 1,316 人のうち、ANI、MND、HAD を合併している者はそれぞれ 33%、12%、2% と報告されています。

しかし、HIV 陽性者が呈する神経心理学的問題は HAND のみではありません。様々な要因で生じる亜急性～緩徐進行性の脳症、加齢やアルツハイマー病、アルコールや違法薬物使用など、多岐にわたります。



物忘れや理解度の乏しさという医療従事者の観察から神経心理学的検査を行い、25 名中の ANI が 4 名、MND が 8 名、HAD が 7 名の診断ができた報告²⁾がある一方で、不眠・食欲不振から始まり、突然会話ができません床を這うという行動がみられ、精神科受診に至った際に頭部 MRI にて病変が認められ、HIV 感染



コラム④



症とそれによる中枢神経系の障害だと分かった例³⁾もあります。行動観察や血液・髄液検査、頭部画像や脳波、神経心理学的検査などの総合的な検査と治療が求められる精神科医療領域では、まずは HAND を含む神経心理学的問題の鑑別が必要となりますが、日本語版 MoCA : MoCA-J (Instruction manual of Japanese version of Montreal Cognitive Assessment) は、時間と負担を HIV 陽性者と検査者に強いてしまいます。IHDS (International HIV Dementia Scale) 日本版や符号テスト (Digit Symbol Substitution Test) の方が臨床的に簡便ではありますが、感度が低いという報告もあるため、神経心理学的な問題をスクリーニングするためには、IHDS 日本版と相関の低い Serial7 や類似、注意、視覚再認などの項目を含めることが望ましいでしょう。最近では 30 分ほどの検査バッテリーで記憶機能、情報処理速度、注意機能、運動機能を測定するタッチパネル型神経心理検査バッテリー開発も進んでいるようです⁴⁾。

(角谷 慶子)

1) Heaton R. K. HIV-associated neurocognitive disorders persist in the era of potent antiretroviral therapy: CHARTER Study. NEUROLOGY 2010; 75 : 2087

2) 森岡悠, 岸田修二, 今村顕史, 関谷紀貴, 柳澤如樹, 菅沼明彦, 味澤篤, HIV 関連神経認知障害が疑われた HIV 感染者の検討, 感染症学雑誌, 2014, 第 88 巻第 2 号, 141-147

3) 中村ら, 精神症状で発症した HIV 関連神経認知障害 (HAND) の一例, Journal of Asahikawa Medical Center, 2015, 1, 49-52

isease Monitoring 2016, 4, 1-5

4) 坂本麻衣子ら, 米国における HAND 診断のためのタッチパネル型神経心理検査バッテリーの開発, The Journal of AIDS Research Vol.16 No.4 2014





精神科医療に携わる人に 知っておいてほしいこと



HIV 陽性者では若い人の占める割合が高いです。若いということは、医療機関に通院した経験がない層であることを意味しています。医師はどんなことをしてくれる人かは概ねわかるものの、看護師や MSW、薬剤師、カウンセラー各々の役割や区別はあまりついていないことも多いです。「通院するたびにカウンセラーと話している」と言っている、よく聞くと看護師であったりします。医療機関や医療スタッフというものがよくわかっていないために、何をどう活用したらいいのか見当がつかない場合も少なくないです。そのため、特に初診時に、どんな医療スタッフがいて、どう活用できるのか、そしていざというときの相談窓口はどこなのか、丁寧に説明する必要があるでしょう。



同じ意味で課題になるのは、症状をどう伝えたらいいのかわからない場合が多い点です。そもそも医療スタッフにどこまで期待したらいいのか、コミュニケーションをどうとればいいかわからない場合も多いです。そのため「これは診療とは無関係」と自己判断した症状については伝えない傾向が強くなります。Futures Japan の調査でも、医療スタッフに相談したかったができなかったとする内容として、体調の変化や気になる症状・つらさがもっとも多かった



コラム⑤



です。なかには「自殺についての思いや悩み」「アルコールや薬物についての悩み」について、相談したかったが相談できなかったという人もいました。相談できなかった理由として「医療スタッフの前では『良い患者』を演じてしまうから」を挙げる人がもっとも多く、「怒られないようにして、『医療スタッフの望む患者』になりきって、診療を乗り切る」という心理が働きがちと推察されます。精神科医療に携わる場合、先回りして想定される症状について確認していくことが重要と言えるでしょう。

ちなみに、Futures Japan では、ADL として、仕事・家事・学業や外出、人とのコミュニケーション、運動などが、健康上の理由で影響を受けている上位に挙げられていました。通常は年齢が高まるほどこうした ADL が低下しますが、この調査では若い層でも ADL が低下していました。さらに分析すると、抑うつ・不安度の高い若い層で、見かけ上、ADL が低下しているためだと判明しました。つまり「日常生活でやる気が出ない」ということが数値に表れていたのです。その意味では、日常生活の状況を聞くことが、メンタルヘルスの状況を判断するうえで重要な材料になりうる、そう改めて思われる結果でした。

(井上 洋士)



薬物療法の留意点

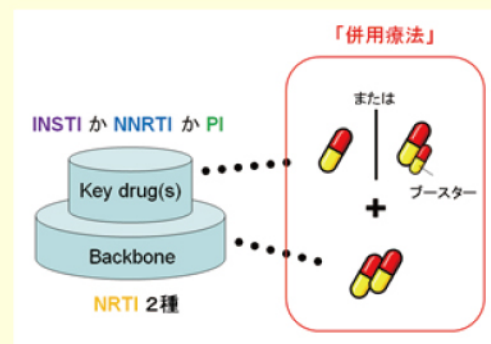
～ HIV/AIDS の治療薬と相互作用

HIV 治療薬の基礎知識

治療薬の開発は日進月歩ですが、現在主流の抗 HIV 薬は表に示すように分類されます。このうち最もよく使われるのは NRTI、NNRTI、PI、INSTI の 4 種です。一般に NRTI の多くは未変化のまま腎から排泄され、他剤との相互作用がありません。一方、NNRTI、PI、INSTI は殆どが肝 CYP450 酵素系を介して代謝を受け、他剤との相互作用に留意が必要です。唯一の例外は INSTI のラルテグラビル（アイセントレス®）で、グルクロン酸抱合でのみ不活化・代謝され、CYP450 酵素系を介した相互作用が全く無い薬剤です。

分類	略称	肝酵素系への影響
逆転写酵素阻害薬（核酸系）	NRTI	未変化のまま腎排泄が多いので、影響は少ない。
逆転写酵素阻害薬（非核酸系）	NNRTI	自身が CYP450 酵素系で代謝を受け、かつ酵素を誘導または阻害する。
プロテアーゼ阻害薬	PI	自身が CYP450 酵素系で代謝を受け、かつ酵素を阻害するものが多い。
インテグラーゼ阻害薬	INSTI	ラルテグラビル（RAL）はグルクロン酸抱合により代謝され、CYP450 酵素系に影響しない。ドルテグラビル（DTG）、エルビテグラビル（EVG）はグルクロン酸抱合のほか CYP450 酵素系でも代謝され、誘導または阻害作用がある。
侵入阻止薬（CCR5 阻害薬など）	－	マラピロク（MVC；本邦唯一の薬剤）は 3A4 で代謝を受けるが、自身は阻害や誘導を起こさない。

実際の臨床では、厚生労働省エイズ対策研究班が作成したガイドラインなどに準拠した標準治療が行われることが多いですが、抗ウイルス効果を高めるために必ず 3 剤以上の併用療法が行われます。通常（1）NRTI 2 剤に（2）INSTI、NNRTI、PI のどれか 1 剤を組み合わせるのが基本ですが、さらに（3）薬物相互作用により他剤の血中濃度を高めるための「ブースター」が加わることがあります。ブースターの代表はリトナビル（ノーピア®、1999 年発売）でしたが、比較的新しいスタリビルド®（2013 年発売）、ゲンボイヤ®（2016 年発売）に含まれるコビスタットもブースターです。



最近では組み合わせの 3～4 剤が最初から合剤になっていたり、一日 1 回の内服でよいものも多く、アドヒアランスの向上に役立っています。

薬物相互作用への配慮

HIV/AIDS の治療も精神疾患の治療も、その目標が「日常生活の質（QOL）を高める」という点にあるのは共通です。抗ウイルス薬と向精神薬との間の薬物相互作用が問題を優先して、薬物を選択するかに検討の余地は

ありますが、通常はより生命予後に直結しやすい HIV 治療を優先して決められることが多いでしょう。したがって現場では精神科医の側に相互作用に配慮した薬物選択を求められることが多いと思います。

精神症状の悪化は、QOL を損なうだけでなく、服薬や通院の中断により抗 HIV 薬のアドヒアランスに影響を与え、HIV/AIDS 治療そのものの予後にも重大な影響を及ぼします。

多数ある抗 HIV 薬と向精神薬との相互作用を熟知することはなかなか大変ですが、下表を参考に薬物選択を行ってみるとよいでしょう。ただしこの表を解釈する上でいくつかの制限があります。

- 表にあげたのは「併用禁忌」薬のうち、分類上向精神薬・抗てんかん薬に属するものだけです。他にも併用禁忌薬が多数ある場合があります。
- 向精神薬・抗てんかん薬のうち、血中濃度に影響を与えるが「慎重投与」となっているものは紙幅の関係で記載していません。
- 各薬剤の薬物動態や相互作用は完全に解明されているものではないので、添付文書に記載がないからといって相互作用がないとは言いきれません。例えば、研究データが乏しい他のベンゾジアゼピン類にも CYP3A4 で代謝を受けるものが多く、併用によりトリアゾラムと同様に相互作用を受ける可能性があります。



【表】主な HIV/AIDS の標準治療薬と向精神薬との相互作用

治療薬の組み合わせ (商品名で記載。合剤を含む)	含有薬 (略号)	エビデンスレベル (注)	薬物代謝の特徴	併用禁忌となる向精神薬、抗てんかん薬等 (×: 禁忌、○: 併用可)				
				プロナセリン ビモジド	トリアゾラム ミダゾラム	ジアゼパム エスタゾラム フルラゼパム クロラゼパム	スボレキサント	カルバマゼピン フェノバルビタール フェニトイン
スタリビルド	EVG/cobi/TDF/FTC	AI	EVG は CYP3A4 で代謝、cobi は CYP3A4、CYP2D6 で代謝を受けかつ阻害する。	×	×	○	○	○
ゲンボイヤ	EVG/cobi/TAF/FTC	AI	EVG は CYP3A4 で代謝、cobi は CYP3A4、CYP2D6 で代謝を受けかつ阻害する。	×	×	○	○	×
トリメク	DTG/ABC/3TC	AI	DTG はグルクロン酸抱合および CYP3A4 で代謝を受けるが影響は少ない。	○	○	○	○	○
プリシタノービア ツルバダ	DRV rtv TDF/FTC	AI	DRV が弱く、rtv が強力に CYP3A4 を阻害。	×	×	×	×	○
アイセントレス ツルバダ	RAL TDF/FTC	AI	RAL は CYP450 代謝系に関与しない。	○	○	○	○	○
デビケイ ツルバダ	DTG TDF/FTC	AI	DTG はグルクロン酸抱合および CYP3A4 で代謝を受けるが影響は少ない。	○	○	○	○	○
コムプレラ	RPV/TDF/FTC	BI	RPV は CYP3A4 で代謝を受けかつ誘導する。	○	○	○	○	×
ストックリン ツルバダ	EFV TDF/FTC	BI	EFV が CYP3A4 を誘導する。	○	×	×	○	○
ストックリン エブジコム	EFV ABC/3TC	BI	EFV が CYP3A4 を誘導する。	○	×	×	○	○

(注) エビデンスレベル: A= 強く推奨、B= 中程度の推奨、I= 無作為化比較試験に基づく、II= 良質の非無作為化試験または長期観察研究に基づく。

向精神薬処方のポイント!!

「抗精神病薬」は少しだけ注意が必要です。

- しばしば併用禁忌となるプロナセリン、ピモジドを避けておけば、問題ありません。

「抗うつ薬」は概ね安全に使用できます。

- 第一選択となる選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（SNRI）、ミルタザピンはどの抗 HIV 薬とも併用禁忌ではありません。
- SSRI の一部（パロキセチン、セルトラリン）、トラゾドン、三環系抗うつ薬は慎重投与となる場合があります。

「抗不安薬」「睡眠薬」は要注意です。

- ベンゾジアゼピン類の多くが CYP3A4 で代謝を受けるため、その阻害作用を有する PI との併用で血中濃度上昇により過鎮静が生じます。
- ブースターとして使用されるリトナビル（ノービア®）は特に阻害作用が強く、多くのベンゾジアゼピン類やスボレキサントと併用禁忌です。
- トリアゾラムは多くの抗 HIV 薬と併用禁忌ですので最初から避けておきましょう。

「気分安定薬」「抗てんかん薬」は一部注意が必要です。

- カルバマゼピン、フェノバルビタール、フェニトインは CYP3A4 を誘導し一部の抗 HIV 薬の効果を減弱させるため、併用禁忌となる場合があります。
- バルプロ酸、ラモトリギン、炭酸リチウムは問題なく使用できます。

「抗パーキンソン薬」も安全に使用できます。

他の情報源

インターネット上で薬物相互作用について調べられるサイトがいくつかありますが、そのうち HIV 治療に特化した英国リバプール大学の下記のサイトが平成 29 年 3 月現在稼働しています。インターフェースは英語ですが非常に見やすく、操作に迷うことはないでしょう。

「HIV Drug Interactions」(University of Liverpool)

<http://www.hiv-druginteractions.org/>

(福田 倫明)

- ・白阪 琢磨ら、「抗 HIV 治療ガイドライン」、厚生労働科学研究費助成金エイズ対策研究事業、2016



認知行動療法、その適用のポイント

HIV 陽性者は精神疾患、中でもうつ病の高い発症率が報告されていますが、その治療技法として高い効果をあげている認知行動療法の適用について述べることにします。

認知行動療法の概要と基本原則

認知行動療法では、さまざまな障害を、ものの捉え方・考え方である「認知」や、目に見える振る舞いである「行動」の障害として捉え返し、認知や行動を変えることによって生活の不便を解消していこうとします。環境と人間の間で、さらには人間内の認知・感情・行動・身体の間で、どのような悪循環のパターンが存在しているかを同定し、ネックとなっている認知や行動を変えることによって悪循環を断ち切ることを試みます。

認知行動療法が奏効するためには、「共同的経験主義」と「ソクラテスの質問法」という2つの基本原則を守る必要があります。共同的経験主義とは、セラピストが患者クライアントと協力して問題に取り組み、事実（データ）を重視し、事実から結論を帰納してくる姿勢をもち続けることです。また、ソクラテスの質問法というのは、古代ギリシアの哲学者であるソクラテスのように、質問によって相手に気づきを促し、相手の考え方を変えていく方法です。認知行動療法は相手の考える力を使う介入法であり、適切な質問によってクライアントの考える力を引き出し、活用していくことが大切です。

3つの背景理論

認知行動療法には、背景となる理論が主として3つあります。

①認知モデル

これは、認知が感情や行動に影響を与えるのであり、それによって問題が維持されているのであるという考え方です。認知モデルにしたがえば、過度の不快感情や繰り返される不適応行動が問題となっており、これらを直接に変えることが難しい場合でも、それを引き起こす認知を同定し、認知を変えるように働きかければ、問題は解消するということになります。

②オペラント条件づけ

これは行動の結果に応じて、その行動の自発頻度が変化するというものです。ある行動に、次回も欲しくなるような結果が伴えば、その行動の生起頻度は上がり、逆に、次回は欲しくないような結果が伴えば、その行動の生起頻度は下がります。また、行動の前後で何の変化も起きなければ、その行動は最終的には消去されていきます。これを活用すれば、自分や相手の特定の行動を増やしたり減らしたりできるのです。

③レスポナント条件づけ

パブロフの犬の実験が有名ですが、生得的に反応（唾液の分泌）を誘発する刺激（食べ物）と中性的な刺激（ベルの音）を対呈示することによって、中性的な刺激に対しても反応が誘発されるようになるというものです。その後、中性的な刺激の単独呈示を繰り返せば、元のように反応が誘発されなくなります。この消去のメカニズムを用いて過度な不安反応や恐怖反応を和ら

いく方法が、エクスポージャー（曝露法）です（ただしエクスポージャーの作用機序については、他の説明もなされています。詳細はサイズモア（2015）をご覧ください）。

導入や適用のコツ

本格的に認知行動療法を行う場合は、以上の3つの理論をしっかり頭に入れ、見立てに応じて適用していくことになります。認知行動療法的な見立てについての詳細は、クイケンら（2012）をご覧くださいとて、ここでは実際に導入し適用するコツについて触れたいと思います。

まずうつ病であれば、認知の偏りが問題を持続させている可能性が高いです。認知モデルに基づいて、認知を変えるための介入を行うことが効果的です。状況・認知・感情という3つの欄のあるコラムをクライアントにお渡しし、不快感情を経験した出来事を記入していただきます。そして面接では、セラピストとクライアントが共同して、同じ場面をどのように捉えたり考えたりすれば楽になるかを考えていくのです。

ある行動が多すぎたり少なすぎたりするのが問題であれば、オペラント条件づけの理論に基づいて介入していくとよいでしょう。問題となる行動が多すぎる場合は、その行動によってどのような結果を得ているのか、クライアントにとっていただいたデータに基づいてアセスメントし、同じ結果を得られる別の適応的な行動を共に考え、育てていきます。行動が少ない場合は、行動に対してご褒美的なものを用意します。

パニック症や強迫症など、過度の不安や恐怖が問題となるケースであれば、レスポナント消去を目指してエクスポージャーを導入するのが基本です。

クライアントとの対話の中で心理教育をしっかり行い、苦手な状況を丁寧に聞き取って不安階層表を作り、直面できそうな状況から、徐々にハードルを上げながらエクスポージャーしていきます。成功体験を積み重ねていただくことがポイントになります。

以上のように、認知行動療法を個々の事例に適用するためには、2つの基本原則を守りながら、3つの背景理論の枠組みで、使えそうなところから導入していくことが求められるでしょう。（若井 貴史）

文献

クイケン・パデスキー・ダッドリー、認知行動療法におけるレジリエンスと症例の概念化、星和書店、2012

サイズモア、セラピストのためのエクスポージャー療法ガイドブック、創元社、2015



薬物依存症の治療

はじめに

HIV 陽性者に、薬物使用歴のある者が多いことは以前より知られています。そして、薬物使用が服薬アドヒアランスを低下させ、ADL を低下させるだけでなく、HIV 感染リスクを高める事もよく知られています。

平成28年、嶋根¹⁾は3つのHIV 拠点病院で「HIV 陽性者の55%に薬物使用歴があり、約17%は過去1年以内にも薬物使用が認められた。」と報告しています。

使用薬物のトレンド

松本²⁾によって、わが国で使用される依存性薬物の「比率」が2年ごとに報告されています。平成26年、我が国で使用される主たる依存薬物は、第1位は「覚せい剤」です。これは、「覚せい剤」の順位はここ20年来変わっていません。平成24年に、初めて危険ドラッグが報告され、使用比率第2位として報告され、平成26年での調査でも急増している様子がみられ第2位と報告されました。その後の法規制により変化していると推測され、平成28年の報告が興味深いところです。第3位は「処方薬」、つまり、睡眠薬・抗不安薬といった医師が処方する薬です。以下、「有機溶剤」、「多剤」、

「鎮咳剤」、「大麻」、「鎮痛剤」と続いています。それぞれの薬物の特徴は、紙面の都合上、詳細は成書を参照してください。

HIV 陽性者の使用薬物も多くは覚せい剤です。セックスドラッグとして使用されることが多いです。

依存症とは

薬物依存症とは、依存性のある薬物を使い続けているうちに心身に異常が生じ、薬物を使いたいという気持ち（渴望といいます）が強くなり、自分ではコントロールできない状態になり、仕事、家族・友人関係等の生活のさまざまな場面でいろんな支障がでているにも関わらず、薬物を使い続けている状態です。家族、友人や上司が、どんなに叱っても怒っても、止めることは出来なくなっています。本人を罵倒してしまうと、逆に、自尊心が傷つき、薬を使って嫌な気分を解消したいと再使用し悪循環に入ってしまうこともあります。

治療

HIV 陽性者の薬物使用歴を持つ者の60%が「薬物の止め方」を知りたいと希望しています¹⁾。依存症の治療は、まさに「薬物を止める事」です。治療法の一つに、SMARPP に代表されるような「薬物依存症に対する認知行動療法」が有用であることが知られており、徐々に全国の様々な機関で実施されるようになっていきます。依存の程度の軽重も問題ですが、「止めたい」という本人の気持ちに寄り添って、その人なりの薬物を使わないでも過ごせる生活の方法と一緒に探していきます。

HIV 陽性者の依存症の特徴

「生きづらさ」ゆえに薬物に依存するという点では、HIV の感染の有無とは関係なく、HIV 陽性者の依存症と一般患者の依存症に大きな違いはないと考えます。

しかし、「薬物の止め方を知りたい」と望む HIV 陽性者に「薬物依存症に対する認知行動療法」を導入する際にぜひとも配慮していただきたいことがいくつかあります。

それは、これまでの診療から感じた HIV 陽性者ならではの「生きづらさ」の特徴です。①HIV 陽性者は、MSM (man sex with man) が多く、自身のセクシャリティーを家族にさえ隠しながら、窮屈な日常の生活を送っている方が多いこと、つまり、平素から世間に知られたくないことが多いこと、②HIV は感染症であること、③治療薬の進歩とともに HIV 感染症そのものは慢性疾患の一つとなりつつありますが、いまだに偏見の多い疾患であること、④時が至れば HIV 治療薬を飲み続けなければならないこと等です。

しかし、実は、精神保健の専門家は依存の治療のみならず、一般精神医療の場面は、そういった「生きづらさ」に対する配慮を、自然に行っているのではないのでしょうか。

おわりに

嶋根¹⁾の報告は、HIV 陽性者の支援・治療を行っている者には衝撃的でした。HIV 陽性者に薬物使用歴が多いことは知っており、薬物依存症の治療に苦労している仲間がいることは分かっていましたが、自分には関係のない事と思っていたからです。数字として提示されると、にわかに現実問題として担当の患者さまの中にも高確率で薬物使用歴があり、自身も依存症の

治療の一員となる可能性が高いことを初めて知りました。今後、精神保健福祉の専門家の支援・助言が求められています。「生きづらさ」の特徴を踏まえれば、HIV 陽性だからといって支援の手法に大きな変化はありません。精神医療の専門家から何かと敬遠されがちな依存症の治療ですが、本章が HIV 陽性のみならず、依存症にも苦しんでいる患者さま、その家族・支援者、そして皆さんに役立てば幸いです。(梅本 愛子)

引用文献

- 1) 嶋根卓也, 物質依存症に対する医療システムの構築と包括的治療プログラムの開発に関する研究: 平成 28 年度: 精神・神経疾患研究
- 2) 松本俊彦, 全国の精神科医療施設における薬物関連疾患の実態調査: 平成 26 年度: 厚生労働科学研究





薬物依存+MSM+HIV/AIDSの グループを運営して



物質依存からの回復に向けた NA (Narcotics Anonymous)、ダルク (Drug Addiction Rehabilitation Center)、SMARPP (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program) などのプログラムは、どれも物質使用者自身が依存症であるということを軸に自分に向き合い正直になることから始まります。しかし、HIV 陽性であることや、セクシュアル・マイノリティであること、さらにはその二つがあることで、既存のプログラムに居場所がないと感じる方もおられます。そこで、少しずつではありますが、HIV 感染症を併せ持ち、ゲイ男性である物質使用者のグループができています。

グループを運営する際に留意すべきことは、グループを参加者が信頼し、安心し、一人の人間として敬意が払われていると感じられるような居場所とすることに尽きます。

①そのためには、そこで話し合われたことは他言しない。これは「居場所」や参加者個人を護り、自分と向き合うための必須条件だと思っています。

②ときにスリップ（再使用）してたり、当日休んでも、次はいつかが想定できるよう、日時と場所を一定にする事も大事です。



③近くにオープングループがあったので、私どもはクローズドグループにしました。メンバーを増やすかどうかもグループで話し合い、参加者の合意で決めています。グループを開始しようとするその地域に即した構成が大事かもしれ



コラム⑥

ません。

④グループの開始当初は、参加者の共通点や違いが話題になります。そこでも「同じです」で発言を終わらず、その人なりの言葉で語ってもらうなど、個人の体験を大切にしています。個人個人の違いや正直な思いは、ときに陰性感情や個人内や個人間の葛藤を引き起こしたりします。そのような葛藤やネガティブな気持ちも敬意をもって受けとめ、周りはどう感じるかも話せる、そのような開かれた空間になるように留意しています。

⑤ファシリテーターやリーダーの属性が参加者と違ったりすると、共通感覚や一体感を持てていない感じになり、自己開示への抵抗が生じることがあります。一人一人が違っていいという理念と矛盾する自らの感情に意識を向け、ルールや役割を守ることがグループや「居場所」・参加者を守ることであると私は考えています。独自の存在であるという感覚と、ときに体験できる一体感の両立を目指しています。

(仲倉 高広)



参加者の一言

私は、言いつばなし、聞きつばなしだけでは、周りにもどう思われているのか不安になり、不安が解消されず大きくなってしまいます。不安が、最後には、薬物に手を出してしまうのではという思いに行きついてしまいます。参加者から意見を言ってもらったり参加者に思いを言ったりできる、そのような場が私をホッとさせてくれています。(平助)

普段、なかなかオープンにすることができない自分自身のことを安心して話すことができます。参加の有効期限のチケットは、自分でその券を破らない限り、手許にあると思います。(トミー)

スタンダードプリコーション（感染予防）

目の前にいる人が、どのような病原体に感染しているのかは、見ただけではわかりません。検査を実施し「感染あり」か「感染なし」で対応を変えるだけでも感染予防は十分ではありません。検査を受けていない感染症や診断ができない未知の病原体に感染しているかもしれないからです。

そこで、すべての人が何らかの病原体をもっている可能性があるともなしで対処するのがスタンダードプリコーション（標準予防策）です。

スタンダードプリコーションとは、血液および体液、汗を除くすべての分泌物や排泄物、傷のある皮膚や粘膜は、感染性があることを前提として対応することで、患者さんと医療従事者、双方の感染の危険性を減少させる予防策です。

経路別予防策は、スタンダードプリコーションの上に実施される予防策で、病原体の感染経路によって、空気感染予防策、飛沫感染予防策、接触感染予防策にわかれます。

通常、HIV への感染予防策は、スタンダードプリコーションの実施のみで十分です。

大切なことは、スタンダードプリコーションについて理解し、必要な場面で確実に実施することです。

このスタンダードプリコーションで最も重要なステップは、手指衛生と手袋やマスク、ガウン、エプロン、ゴーグルといった個人防護具です。

標準予防策の実際

全ての患者に対して行う感染予防策です

1. 手指衛生（手洗い・アルコール手指消毒薬）
2. 個人防護具（手袋、マスク、エプロン・ガウン、ゴーグル）
3. 周囲の環境対策
4. 適切な患者の配慮
5. 咳エチケット
6. 注射器、注射針の安全な使用
7. 腰椎穿刺時のマスクの着用

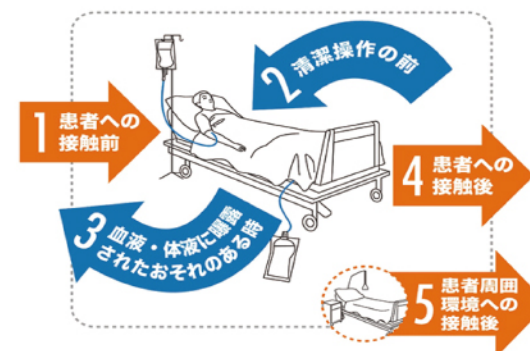
手指衛生

手指衛生は全ての感染対策の基本です。手指衛生は、流水と石けんによる手洗い、もしくは、目に見える汚染がない場合は、アルコール手指消毒薬を使用します。手指衛生は、必要な場面で正しい手順で行うことが必要です。

・手指衛生が必要な場面

血液、体液、損傷のある皮膚や粘膜に触れた場合は、直ちに手指衛生を行います。手袋や防護具をはずした後もすぐに手指衛生を行います。

医療において手指衛生を行う5つの場面



個人防護具

『手袋』が必要な場面

- 血液や体液、粘膜、傷のある皮膚やその他の感染性のある物質に直接触れることが予想されるとき
- 便または尿失禁のある患者などの汚染されている可能性のある皮膚との接触が予想されるとき
- 汚染しているまたは汚染が疑われる患者ケアの器具、環境表面に触れるとき

『マスク・咳エチケット』が必要な場面

- 咳やくしゃみで鼻汁等呼吸器分泌物の増加などの症状があるすべての人（患者、面会者、医療従事者など）はサージカルマスクを着用する
- サージカルマスクを装着していない状態でくしゃみや咳をする場合、口と鼻をティッシュで覆い、分泌物を空中に拡散させないようにする
- 使用したティッシュペーパーはすぐに廃棄する
- 呼吸器分泌物に触れた後は手指衛生を行う

これらは、HIVの有無に関係なく、全ての患者に実施されるスタンダードプリコーション：標準予防策です。

血液の処置

手袋の着用

血液を扱う場合は、手袋を着用します。手袋をはずす際に手に血液が付着することがあり、また手袋には目に見えない小さな穴が開いていることもありますので、はずした後にも手を洗うことが重要です。

ケガの際の止血

ガーゼなどで傷口を圧迫して止血します。床や物品に付着した血液は、ペーパータオルでふき取ります。血液や体液で汚れたゴミは、ビニール袋に入れて密封して廃棄しましょう。

血液が付着した衣服や物品の処理

必ず手袋を着用し、流水で水洗いします。HIVは通常水洗いのみで十分です。大量の血液で汚染された場合は、1%次亜塩素酸ナトリウムを含む洗剤でふき取る、または0.5%次亜塩素酸ナトリウムを含む洗剤の液に30分以上浸しておく、などの方法で消毒を行います。この方法で、HIV、B型肝炎を含む大部分の病原体は消毒できます。

手元に手袋がないなど、素手で血液に触ってしまった場合

なるべく早く、流水で洗い流しましょう。自分の手に傷がない場合や、あっても傷口が塞がっているような場合は問題ありません。もし、手に治りきっていない傷があって傷口に血液が入った可能性がある場合、病院受診をする必要があるか、責任者と相談しましょう。

※こんなことでは HIV に感染しません。



話をする
体に触れる
手をつなぐ
お風呂、水泳



一緒にご飯を食べる
食器を共有する



咳、くしゃみ
蚊に刺される
ペット



HIV の針刺し曝露後対策

曝露後予防 (Post-Exposure prophylaxis ; PEP) について

HIV の針刺し曝露により感染する確率は、HBV の 100 分の 1、HCV の 10 分の 1 で 0.3% です。粘膜への曝露により感染する確率は 0.09% とされています。ただし、感染の確率は、曝露された血液の量や含まれているウイルスの量によって異なります。もし、HIV 感染者由来の血液・体液に曝露された場合には、まず落ち着いて、できるだけ早く抗 HIV 薬の内服を行います。曝露後に適切な予防内服を行うことにより HIV の感染性を減少させることができます。これを PEP (ペップ) と呼びます。

HIV の曝露後予防のための推奨される抗 HIV 薬のレジメンは、核酸系逆転写酵素阻害薬のテノホビル / エムトリシタビンとインテグラーゼ阻害薬

のラルテグラビルの 4 週間の内服です。このレジメンは、抗ウイルス効果が良好で、副作用も少なく、飲みやすい薬ですが、服薬が難しい場合は、他の組み合わせに変更もできます。HBV や HCV など HIV 以外の感染症の合併にも注意し、必要な対策を行いましょう。一連の処置については、記録をとり、プライバシーは厳守してください。

また、これらの医療従事者等に発生した針刺しや体液曝露の後、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、平成 22 年 9 月 9 日に労災保険の療養の範囲として認められています。

PEP は、全国の HIV 診療拠点病院でも対応しています。ただし、一部の病院では、薬の在庫が無いこともあります。薬の入手方法や相談できる体制をあらかじめ整えておくことが大切です。 (上平 朝子)

HIV の職業的曝露後の予防内服 好ましいレジメン



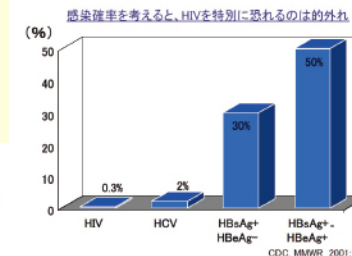
ラルテグラビル (RAL) 400mg 1回1錠 1日2回

+

テノホビル / エムトリシタビン (TDF/FTC) 1回1錠 1日1回

専門医へのコンサルテーションはどのような暴露でも推奨されます。

暴露1回あたりの感染リスク



独立行政法人 国立国際医療研究センター
エイズ治療・研究開発センター (ACC) より提供
<http://www.acc.go.jp/accmenu.htm>

HIV陽性者への社会的支援

HIV 感染症は先入観をもたれやすい疾患です。先行するイメージが支援の妨げになることもよくあります。経験がないことには戸惑いや不安を抱き、自信のなさから、専門家に委ねようという気持ちが生じるのは自然なことです。しかし一部の専門家にしか支援ができない環境では、利用できるものが限られ、その人らしい生活を営む助けにはなりません。

ここでは社会的支援の立場から精神科領域の支援がより円滑に提供できるよう、HIV 陽性者支援の特徴や利用できる資源を整理してみたいと思います。

HIV 陽性者への経済的支援

HIV 感染症は治療可能な疾患ですが、服薬開始後の治療費は高額で、月に約6～7万円の自己負担が生じます。そのため、ほとんどのHIV 陽性者は治療開始に伴い、免疫機能障害の身体障害者手帳を申請し、「重度障害者医療費助成制度（障害者医療）」か「自立支援医療（更生医療）」のどちらか、もしくは両方を利用します。

自立支援医療は精神科でもおなじみの制度ですが、精神科での利用が通院に限られるのに対し、HIV 感染症は入通院双方で利用することができます。自己負担上限額は精神通院と同じで、HIV 陽性者であれば症状の重症度等に関わらず、高額治療継続者となります。

利用対象は HIV 感染症の治療に限定されますが、直接起因する精神症状で

あれば精神科治療にも利用は可能です。ただし治療を受ける医療機関が自立支援医療（更生医療）の指定を受けていることが条件となりますので、未指定の場合は手続きが必要です。

また血友病で血液製剤により HIV 感染している場合は、血友病に対する医療費助成制度、「特定疾病療養」「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業（20 才未満であれば小児慢性特定疾病）」も利用することができます。対象は HIV 感染症および血友病治療に限定されますが、自己負担なしで治療を受けることができます。こちらも医療機関指定や契約が必要となります。

医療費助成制度以外の経済的支援としては、傷病手当金や障害年金など精神科でも一般的に使われている制度が利用可能です。障害年金の申請条件は精神疾患と同じで、一定の納付要件とそれぞれの疾患に設けられた診断基準を満たすことが必要です。



HIV 陽性者の日常生活支援

HIV 感染症は比較的日常生活に支障をきたしにくい疾患です。ほとんどの HIV 陽性者は働くことができますし、一見健康そうに見えるため、支援が必要との認識も持たれにくいことがあります。

しかし厳密な服薬や通院が必要ですし、血液・体液に触れる機会があれば感染する可能性があります。HIV 感染症に対する世間のイメージもつきまといまいます。そういった事と付き合いながら生活していくことは、困難とまではいなくても、何かの折にふと悩んだり迷ったりする要因になります。

病状の安定している HIV 陽性者の日常生活支援で大切なことは、声をかけることです。

HIV 陽性者は感染の事実を誰にでも話している訳ではありませんので、相談できる人は限られています。仕事や学校、家族や友人との人間関係など、普通に生活していれば誰も抱える悩みに HIV という要素が加わることで、問題は複雑になることがあります。またそのことが精神症状に影響を及ぼしているかもしれません。

明確な答えがないことも多々ありますが、一緒に悩み考えること、また安心して相談できる人や場を提供することも大切な日常生活支援となります。

HIV 陽性者の介護

日常生活に支障をきたしにくいとはいえ、HIV 陽性者の中には AIDS 発症等の後遺症や、HIV 感染症以外の病気や加齢によって身体機能の低下を来す人もいます。

HIV 感染症は性行動が活発な若い世代が罹患することの多い疾患ですので、若年で介護を要する状態になると障害者総合支援法による支援を受けることになります。もちろん、加齢に伴う身体機能の低下で介護を要する場合は介護保険が適用となります。

介護を利用する際の留意点としては、感染症であることとプライバシーへの配慮です。

必要な処置によってはケアをする側の感染予防も必要ですし、免疫力の低い HIV 陽性者であれば他の病気に対する感染予防も必要です。また、HIV 感染の事実を家族に告知していなかったり、限定的に告知をしている場合があります。その方の人間関係や信頼関係に大きく影響することですので、告知範囲を把握した上で、対応を考えることが必要です。

また、ケア従事者であっても、全員に HIV 感染を知らせることが必須ではありません。

もちろん、把握している方がより安全に対処できるという側面はありますが、医療従事者やケア従事者が「良い」と思うことが必ずしも利用者側に受け入れられるとは限りません。ご本人の守りたいプライバシーを尊重しつつ、メリットやリスクを評価し、誰にどのように情報共有するかを話し合いながら支援をすることが大切です。

(伊賀 陽子)



NPO 法人による 多様な支援



特定非営利活動法人 CHARM では、2015 年から HIV 陽性者で薬物使用からの回復を目指す人達のグループミーティングを月2回行っています。ミーティングを平日の夜と日曜日の夕方に開催し、色々な生活形態の人々が参加できるように門戸を開いて年間通して同じスケジュールで開催しています。

ミーティングは、最初に全員でグラドルールの読み合わせをすることから始まります。何を発言しても誰にも責められず、誰にも口外されることはないという安全を確保する事はグループミーティングを実施する上で最も大切なことです。



お互いへの責任を確認した後は、毎回テーマを設けて意見を出し合います。ミーティングの参加を呼びかける事前のメールの中で取り上げたいテーマを募集するため、話し合うテーマが参加者から提起される場合と、いくつか準備したテーマについて意見を出し合う時があります。参加者は毎回活発に発言します。それは一人一人が真摯に自分の現実と日々向き合ってきているからだと思います。

依存症と闘っている人達にとっては日々の生活が闘いです。それまでの



コラム ⑦

生活の中で薬物は様々なストレスの中で自分を保つために、また活力をつけるために必要な手段でした。その手段を使わないことを自ら選んで日々暮らすことは並大抵のことではありません。新たな手段を用いて新たな自分を見だし、自信を積み重ねていくためには、自分が受け入れられる場があることがとても大切です。そこで自分と同じように闘っている仲間と出会い、仲間が自分を信頼してくれていることを確認することが新たな生き方を模索するために大きな力となっていると感じます。

グループミーティングに参加するのは苦手という方には、当事者が個別に会いすることの調整やカウンセラーとの面談も可能です。また受刑中の方に対して手紙による支援も行っています。

支援につなげたら良いと思われる方がおられましたら下記までご連絡ください。

特定非営利活動法人 CHARM Tel/Fax.(06)6354-5902,
e-mail: spica@charmjapan.com

(青木 理恵子)



社会資源リスト

困ったらブロック拠点病院・情報担当課へ

厚生労働科学研究費補助金 エイズ対策研究事業 拠点病院診療案内

HIV患者の紹介・相談等に利用頂けるよう、全国のエイズ治療拠点病院の診療情報を掲載

<http://hiv-hospital.jp/>

患者さまにご案内できる各団体

検査

HIV検査相談マップ

厚生労働省「HIV検査相談体制の充実と活用に関する研究」班による全国のHIV・エイズ・性感染症の検査・相談窓口情報サイト

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

HIVマップ

HIV/エイズの総合情報サイト。ゲイ・バイセクシュアル男性をはじめ、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を紹介

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

総合サイト

API-net

エイズの予防・啓発情報を提供。厚生労働省委託事業の一つとして、(財)エイズ予防財団が運営

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

公益財団法人エイズ予防財団

HIV感染症・エイズに関する正しい知識を掲載

0120-177-812（携帯からは03-5259-1815）

【月～金（年末年始・祝祭日は除く）10時～13時、14時～17時】

<http://www.jfap.or.jp/>

HIV感染症とカウンセリング

HIV/エイズに罹患した方々のカウンセリング情報

<http://hivandcounseling.com/>

特定非営利活動法人 HIVと人権・情報センター

大阪で発足した民間ボランティア団体

HIV感染者/エイズ患者および感染不安をもつ人たちへの支援

<http://www.npo-jhc.com/>

北陸HIV情報センター

HIVに感染した方やその家族・パートナーの方を支援している民間の団体

076-265-3531【月～金 10:00～18:00】

名古屋医療センター・エイズ治療開発センター

HIV/エイズに関する知識を掲載。医療者向けに針刺し事故の対処法など公開
HPリニューアル中(2017年3月現在)

NPO法人ふれいす東京

HIV陽性者とその周囲の人のための電話相談や対面相談、ピアサポート支援
03-3361-8964 【月～土 12:00～19:00】
<http://www.ptokyo.org/>

特定非営利活動法人 CHARM

HIV陽性の人のサポートや外国籍住民のための多言語環境の向上をめざした
活動を実施
06-6354-5902 【月～木 10:00～18:00】
<http://www.charmjapan.com/>

セクシャリティ

AGP(同性愛者医療・福祉・教育・カウンセリング専門家会議)

同性愛の方のための支援団体。医師やカウンセラーによる無料電話相談
050-5539-0246
「こころの相談」 毎週火曜日夜8時～10時

NPO法人 アカー(動くゲイとレズビアン会)

エイズや同性愛について悩んでいる人、知識を求めている人への電話相談
03-3380-2269【火曜・水曜・木曜(祝祭日を除く)午後8時～10時】

LGBTの家族と友人をつなぐ会

LGBTの家族や友人などによる会。多様性を認め合える社会を作るために、
ミーティングや講演会、イベント参加や調査・研究などを行っている
<http://lgbt-family.or.jp>

薬害

エイズ治療・研究開発センター(ACC)

薬害エイズに関する情報
<http://www.acc.ncgm.go.jp/index.html>

はばたき福祉事業団

東京、北海道、東北、中部、九州にそれぞれ支部のある支援団体
HIV/エイズ、血友病に関する相談を受け付けている
03-5228-1239
<http://old.habatakifukushi.jp/>

ネットワーク医療と人権(MERS)

薬害エイズ被害者(遺族、患者、家族)の支援をはじめ、感染症に対する
差別偏見の解消・薬害再発防止を目指し社会啓発を行なっているNPO
<http://www.mers.jp/index.html>

医療スタッフのための

派遣カウンセリング制度利用の手引

●派遣カウンセリング制度とは？

自治体から任命された専門家が、心理社会的支援を提供するために、病院などに派遣される制度です。費用負担はありません。

●派遣カウンセリング制度のメリットは？

- 所轄管内であれば、拠点病院だけでなく一般病院・クリニック等に派遣可能です。
(派遣可能な医療機関については、一部自治体は制限あり。裏面をご参照下さい。)
- 診療経験が少ない病院やスタッフの少ない病院での患者支援を提供します。
- 所轄管内であれば、患者さんの転院にも対応できますので、連続した支援が可能です。

●派遣カウンセラーとは？

HIV/AIDSについての研修を受けた、臨床心理士、社会福祉士など守秘義務を有する心理社会的支援の専門家です。

●利用するときの連絡先は？

貴病院所在地の自治体担当課にご連絡ください。
(エイズ派遣カウンセリング制度実施自治体一覧(裏面)をご覧ください)

すべての患者さんにどうぞこの制度をご紹介します

多くの患者さんは、制度をご存じありません。
相談が必要になっても言えない方もいらっしゃいます。
利用可能な相談資源として、一度情報の提供をお願いします。

●こんなときにおすすめします

●告知するとき、何に気をつけたらいいんだろう？

…告知前後は患者さんにとって最大の心理的危機です。また、スタッフも不安と緊張が高まることでしょう。
より良い告知になるためのお手伝いをします。

●パートナーや家族への告知はどうしよう？

…患者さんも迷われます。告げても告げなくても関係に変化が生じます。患者さんが自己決定できるようお手伝いをします。

●何か悩んでいる様子だが、話を聞く時間がない

…患者さんは、感染をきっかけに、いろいろな悩みを持たれるようです。じっくり時間をとってお話をうかがいます。

●患者といい関係が持てていないような気がする

…きっと患者さんも同じようにお感じのことでしょう。
第三者の立場を活かし、患者さんのお気持ちをうかがいます。

●医療費や生活費の心配をしている

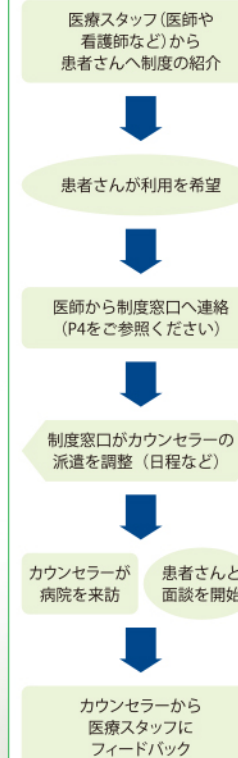
…HIV医療で使える社会制度をご紹介します。
ソーシャルワーカーと連携します。

●パートナーや家族が何か困っている様子だ

…パートナーやご家族も患者さん同様に悩みを抱え込むことがあります。周囲の方もサポートの対象です。
(一部自治体は制限あり。P4をご参照ください。)

●服薬を開始する予定だけど……

…患者さんは、服薬に対して様々な心の葛藤を経験されます。
患者さんが気持ちを整理するお手伝いをします。

派遣カウンセリングの
一般的な開始手順

●お願いしたいこと

- 話し声のもれない個室を用意してください。
- 相談にあたって必要な情報を教えてください。
- 依頼理由をお聞かせください。
- 派遣カウンセラーとの初顔合わせでは、患者さんにご紹介ください。
- 連絡窓口となるスタッフを教えてください。

エイズ派遣カウンセリング制度実施自治体一覧

利用された方の声

●利用前のカウンセリングのイメージとは.....

♡具体的なイメージはあまりなく、患者さんの不安な気持ちを聞いてくれるものなのかと漠然と考えていました。(国立国際医療センター 医師 本田 美和子)

♣HIV患者に対する精神的サポートといっても、カウンセリングの効果がどのくらいあるのかわかりませんでした。また、申し込み書に細かく記入しなくてはならず、やや利用しにくい感じがありました。(小張総合病院 医師 二宮 浩樹)

●利用しようと思った動機は.....

◇病院勤務医が、医学的判断と心理的サポートを同時にする事はきわめて難しく看護スタッフの力を借りても出来る事は限られているだろうと感じていました。(東葛病院 医師 星野 啓一)

♣告知後で不安は強い患者さんで、いろいろな整理ができない悩みを話す相手が医師や看護師以外に必要なと考えたのがきっかけです。精神科は適応ではないということ、医師や看護師は厳しい話ししなければならぬ立場であったため役割分担も必要でした。(都立駒込病院 医師 今村 顕史)

●利用してみても感想は.....

♣非常に素晴らしい制度であると思います。①丁寧な説明、②患者の話をまず聞くという態度、③プライバシーをきっちり守れる、④最新の情報を患者のみならず、医療者にも提供してくれること、⑤カウンセリングの時間以外にも連絡を取り、気にかけてくれること、⑥身体障害者制度等の種々の行政サービスの利用を案内してくれること、等、当院のような、専門のスタッフがいない医療施設においては大変役に立つ制度でした。しかも費用がかからない！実際にカウンセリングを受けた患者数は5～6名と思いますが、情報の少ない中、不安な気持ちでいっぱいな患者を精神的、経済的、医療的にサポートしていただき、大変感謝しています。(小張総合病院 医師 二宮 浩樹)

♣これまでも多くの患者さんを紹介してきましたが、面談後に本人がみせてくれる表情の変化がすべてを物語っていると思います。カウンセラーがいなければ、うまくいかなかった様な例も多くあり、本当に感謝しています。特に派遣カウンセラー制度の場合には、どのような患者さんを紹介していいのかを迷う医師も多いと思います。診療をよりスムーズにすすめるために協力しあうスタッフの一人として、まずは気軽に相談してみたいかでしょうか。(都立駒込病院 医師 今村 顕史)

「HIV感染症とカウンセリング」<http://www.hivandcounseling.com>をご参照ください。

自治体名	自治体名	電話	面接					制限内容	バンフ
			派遣制限	回数制限	陽性者	パートナー	遺族		
北海道	保健福祉部健康安全局地域保健課感染症・特定疾患グループ	011-204-5258	なし	なし	○	○	○		なし
秋田県	健康福祉部健康増進課危機管理・疾病対策班	018-860-1424	なし	なし	○	○	○	中核拠点病院委託	なし
群馬県	健康福祉部保健予防課感染症対策係	027-226-2608	なし	なし	○	○	○		なし
新潟県	新潟大学医学部総合病院 感染管理部 担当中川・小谷野まで	025-227-0726	なし	なし	○	○	○	拠点病院のみ	あり
長野県			あり	なし	○	○	○	拠点病院のみ	あり
茨城県			あり	なし	○	○	○	拠点病院のみ	あり
山梨県			あり	なし	○	○	○	拠点病院のみ	あり
山梨県	福祉保健部健康増進課感染症担当	055-223-1494	あり	なし	○	○	○	山梨県立中央病院のみ	なし
埼玉県	保健医療部疾病対策課感染症・新型インフルエンザ対策担当	048-830-3557	なし	なし	○	○	×		なし
千葉県	健康福祉部疾病対策課感染症予防班	043-223-2691	なし	なし	○	○	×		なし
千葉市	保健福祉局健康部健康企画課感染症対策課	043-425-5207	なし	なし	○	○	○		なし
船橋市	船橋市保健所保健予防課疾病対策係	047-431-4191	なし	なし	○	○	○		なし
東京都	福祉保健局健康安全部感染症対策課エイズ対策係	03-5320-4487	なし	なし	○	○	×	患者家族としてかわりがあった場合は遺族可	あり
神奈川県	保健福祉局保健医療部健康危機管理課感染症対策グループ	045-210-4793	なし	なし	○	○	○		あり
横浜市	健康福祉局健康安全部健康安全課	045-671-2729	あり	なし	○	×	×	拠点病院・保健所のみ保健所家族はOK 未婚パートナーは不可	なし
川崎市	健康福祉局健康安全部 エイズ・結核担当	044-200-2439	あり	なし	○	×	×	拠点病院・保健所のみ保健所家族はOK 未婚パートナーは不可	なし
石川県	石川県立中央病院 医療相談室	076-238-8211	なし	なし	○	○	○		なし
福井県	福井県済生会病院 こころの診療科	076-238-8211	なし	なし	○	○	○		なし
富山県	富山県立中央病院 精神科	076-238-8211	なし	なし	○	○	○		なし
静岡県	健康福祉部医療健康局疾病対策課	054-221-2441	なし	あり	○	○	○		なし
愛知県	名古屋医療センター エイズ治療開発センター	052-951-1111	なし	なし	○	○	○		なし
名古屋市	健康福祉局健康部保健医療課感染症係	052-972-2631	なし	なし	○	○	○		なし
滋賀県	健康医療福祉部業務感染症対策課感染症対策係	077-528-3632	なし	なし	○	○	○	管轄課認可で可能	あり
京都府	健康福祉部健康対策課感染症担当	075-414-4734	なし	なし	○	○	○		なし
大阪府	健康医療部保健医療室医療対策課	06-6944-1142	なし	なし	○	○	×	健所は外国人の場合に限定	なし
大阪市	大阪市保健所 感染症対策課感染症グループ	06-6647-0656	あり	なし	○	○	○	大阪市内の市民病院、保健所は大阪市の担当。大阪市内のその他の医療機関は大阪府の担当	なし
兵庫県	健康福祉部健康局疾病対策課	078-362-3264	なし	なし	○	○	○		なし
奈良県	医療政策部保健予防課感染症係	0742-27-8612	なし	なし	○	○	○		なし
和歌山県	福祉保健部健康局健康推進課感染症対策班	073-441-2657	あり	なし	○	○	○	拠点協力病院・県が認めた病院	なし
鳥取県	健康福祉部薬事衛生課感染症グループ	0852-22-5254	なし	なし	○	○	×	遺族は不可	なし
鳥取県	福祉保健部健康医療局健康政策課感染症・インフルエンザ対策室	0857-26-7857	なし	なし	○	×	×	感染者のみ	なし
岡山県	保健福祉部健康増進課感染症対策班	086-226-7331	なし	なし	○	○	×		なし
広島県	健康福祉局健康対策課 感染症疾病管理グループ	082-250-2041	なし	なし	○	○	○		なし
広島市	健康福祉局保健部保健医療課	082-504-2622	あり	なし	○	○	○		なし
山口県	健康福祉部健康増進課母子保健・感染症班	083-933-2956	なし	なし	○	○	×		なし
徳島県	保健福祉部健康増進課感染症・疾病対策室	088-621-2228	なし	なし	○	○	○		なし
愛媛県	保健福祉部健康衛生局健康増進課感染症対策係	089-912-2402	あり	なし	○	○	×	保健所を除く	なし
香川県	健康福祉部業務感染症対策課結核・感染症グループ	087-832-3304	あり	なし	○	○	×	拠点病院のみ	なし
高知県	健康政策部健康対策課感染症担当	088-823-9677	なし	なし	○	○	×		なし
福岡県	保健医療介護部保健衛生課感染症係	092-643-3268	なし	なし	○	○	○		なし
北九州市	保健福祉局保健医療部生活衛生課	093-582-2430	あり	なし	○	○	×	遺族を除く	なし
佐賀県	保健福祉本部健康増進課	0952-25-7075	なし	あり	○	○	○		なし
長崎県	福祉保健部医療政策課感染症対策班	095-895-2466	なし	なし	○	○	×		なし
熊本県	健康福祉部健康危機管理課	096-333-2240	あり	なし	○	○	○	中核拠点病院のみ	なし
長崎県	福祉保健部医療政策課	095-895-2466	あり	なし	○	○	○	拠点病院のみ	なし
大分県	福祉保健部健康対策課健康危機管理班	097-506-2669	あり	なし	○	○	○	拠点・診療協力病院、県が認めた病院	なし
宮崎県	福祉保健部健康増進課感染症対策室感染症対策担当	0985-44-2620	あり	なし	○	○	○	拠点・診療協力病院、県が認めた病院	なし
鹿児島県	保健福祉部健康増進課感染症保健係	099-286-2724	なし	なし	○	○	○		なし
沖縄県	保健医療部保健医療部健康長寿課結核感染症	098-866-2209	あり	なし	○	○	○	拠点病院のみ	なし

執筆者及び所属一覧

青木 理恵子 特定非営利活動法人 CHARM 事務局長

伊賀 陽子 兵庫医科大学病院 精神科神経科学教室

井上 洋士 放送大学教授

上平 朝子 国立病院機構 大阪医療センター 感染症内科科長

梅本 愛子 地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪府立精神医療センター
高度ケア科 副部長 兼 医療観察法病棟医長

角谷 慶子 長岡ヘルスケアセンター（長岡病院） 診療部 副院長

仲倉 高広 京都大学大学院 教育学研究科 博士後期課程、長岡ヘルスケアセンター（長岡病院）

中山 保世 東新宿こころのクリニック 院長

福田 倫明 日本赤十字社医療センター メンタルヘルス（精神）科科長

若井 貴史 長岡ヘルスケアセンター（長岡病院）心理課係長

編集協力一覧

一般財団法人 長岡記念財団 多機能型事業所 カメリア

青野 紘子 長岡ヘルスケアセンター（長岡病院）心理課

岡 菜々子 長岡ヘルスケアセンター（長岡病院）心理課

三木 里恵子 長岡ヘルスケアセンター（長岡病院）心理課

発行：平成 28 年度厚生労働行政推進調査事業補助金（エイズ対策政策研究事業）

「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：白阪琢磨）

研究分担者：角谷慶子 長岡ヘルスケアセンター（長岡病院）

発行年月：2017 年 3 月

平成 28 年度において、厚生労働行政推進調査事業補助金（エイズ対策政策研究事業）を受け、実施した研究の成果として作成したものです。



平成 28 年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金
エイズ対策政策研究事業

「HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究」

研究代表者 白阪 琢磨

「精神科医とカウンセラーの連携体制の構築に関する研究」

研究分担者 角谷 慶子