

8) ジェクス篠山工場見学

兵庫県篠山市にあるコンドーム製造工場を研究協力者 11 名とともに見学した。コンドームを手作業で一枚ずつ器具にかぶせて、ピンホールがないかどうかを確認する作業や、バースト試験を目で見ることができた。

箱のデザインなど、若者が手にとりやすいように企業がさまざまな工夫をしていることも理解できた。大人にとっての生活必需品であり、保健衛生用品でもあるコンドームの工場見学などの機会を通して、国民にアピールすることも効果的な啓発になると考える。

<3 年目>は、解決策提示と提言に向けて、

- 1) 国立国際医療センターへの一日研修を受講
- 2) HIV サポートリーダー養成研修を 2 回実施し、内容の検討・評価

H23 第1回研修プログラム

1) 9:30-11:00	2) 11:00-12:30	3) 13:30-15:00	4) 15:00-16:30
大阪のHIV感染の現状 思春期のセクシュアリティ(健康課題)	セクシュアリティ概論	HIV陽性者の理解	自己紹介 フリスビー
若者へのHIV/AIDS予防教育 (タイ チェンマイでの成功事例)		HIVの最新治療	薬害エイズ
コンドーム達人講座 (知識と技術)	HIV陽性者の支援 (地域、ピア)	DVDを使用した 出前講義	自由画 まとめ 修了証書

今年度 1 回目より、研修内容に「薬害エイズ」を加えた。2 回目は、3 日目に台湾衛生局より事務官が来日され、台湾におけるハームリダクションについての講演を組み入れた。今後も、内容の up to date を常に意識し、研修の講師の変更などを検討していく。

3) DVD を使用した高等学校での啓発教育を実施

6 月に大阪府立 A 高校にて「エイズ予防講演」を実施した。前年度に HIV サポートリーダー養成研修を修了した看護師が見学し、次年度は同様の講演を実施することが決まった。研修修了生が実際の講演を見学した後に、啓発教育を実施するという当初の目的達成の第 1 号である。

4) 日本看護学会(成人看護 I・II)と日本エイズ学会において、研究成果の発表(抄録を添付)。

5) 府民への啓発活動

大阪府看護協会府南支部の看護フェアにおいて、一般に向け HIV/AIDS の啓発活動を行った。看護フェアでは HIV/AIDS の他、血圧測定、体脂肪測定、スモーカーライザーを使った禁煙支援、乳がんの触診モデルを使った啓発、AED 演習、新生児人形を使った子どもへの親性発達支援、訪問看護師による介護便利グッズの紹介、アロマセラピー、鍼灸師によるマッサージを行った。

HIV/AIDS の啓発活動では、ポスターによる啓発と、パンフレットとコンドームの配布を行った。294 名の一般の方に、啓発が行えた。看護フェア参加者はのべ 1,516 名であった。

考察

エイズ撲滅ではなく、「共に生きる」というスローガンはさまざまなポスターやパンフレットで目にするが、実際は HIV 陽性者やセクシュアルマイノリティーを排除するような内容にとどまっているものも多い。

自分自身の倫理観や道徳観は一旦横に置いて、眼の前の対象者の健康問題に客観的に取り組む姿勢をはぐくみ、HIV/エイズの予防とケアを自分自身の問題として取り組めるような教育プログラムの構築が必要である。

看護者の多くは、HIV/エイズについての効果的な教育を受ける機会があれば、受講したいと願っており、外来や入院時のケアだけでなく、高校生や一般の人々への啓発教育にも関わりたいと望むものもあることがわかった。

講義形式の知識の伝達だけではなく、自分自身が体験し、他者と思いを共有し、自分が啓発教育を実施することで学びがどんどん深まっていく。勤務場所からのアウトリーチにより、日常の看護にも広がり深まりが期待される。

結論

HIV 診療拠点病院以外に勤務する大多数の看護職のボトムアップのために、効果的な教育プログラム

を実施し、モチベーションを維持するために、適宜、研修の講師の役割をとったり、高校生や一般の人々への啓発教育を実施するなどの機会を多く提供することが必要である。

熊谷祐子、佐保美奈子、古山美穂、工藤里香、泉柚岐、下司有加、澤口智登里、白阪琢磨、アクティビティを取り入れた HIV 研修プログラムの検討。第 25 回日本エイズ学会、東京、2011 年 11 月

健康危険情報

該当なし

知的財産権の出願・取得状況

該当なし

研究発表

1) 原著論文による発表

古山美穂、佐保美奈子、豊田百合子、畑井由美子、泉柚岐、飯沼恵子、澤口智登里、熊谷祐子、下司有加、エイズ看護及び教育に対する看護管理者のニーズ。日本看護学会論文集：(掲載決定)、2012 年

古山美穂、佐保美奈子、豊田百合子、畑井由美子、泉柚岐、飯沼恵子、澤口智登里、熊谷祐子、下司有加、エイズ看護及び教育に対する看護職者のニーズ。日本看護学会論文集：(掲載決定)、2012 年

2) 口頭発表

泉柚岐、井端美奈子、白阪琢磨、古山美穂、高校生対象の DVD 教材「本気で CONDOMING ～HIV／エイズの予防と最新治療～」の開発。第 24 回日本エイズ学会、東京、2010 年 11 月

古山美穂、佐保美奈子、豊田百合子、畑井由美子、泉柚岐、飯沼恵子、澤口智登里、熊谷祐子、下司有加、エイズ看護及び教育に対する看護管理者のニーズ。第 42 回日本看護学会成人看護 I・II、大阪、2011 年 9 月

古山美穂、佐保美奈子、豊田百合子、畑井由美子、泉柚岐、飯沼恵子、澤口智登里、熊谷祐子、下司有加、エイズ看護及び教育に対する看護職者のニーズ。第 42 回日本看護学会成人看護 I・II、大阪、2011 年 9 月

12

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：廣常 秀人（国立病院機構大阪医療センター 精神科）

研究協力者：梅本 愛子（大阪府立精神医療センター 医務局）

吉田 哲彦（国立病院機構大阪医療センター 精神科）

疇地 道代（国立病院機構大阪医療センター 精神科）

山路 國弘（国立病院機構大阪医療センター 精神科）

安尾 利彦（国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室）

大谷ありさ（国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室）

倉谷 昂志（国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室/公益財団法人エイズ予防財団リサーチレジデント）

仲倉 高広（国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室）

森田 眞子（国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室）

藤本 恵里（国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室）

宮本 哲雄（国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室/公益財団法人エイズ予防財団リサーチレジデント）

西川 歩美（国立病院機構大阪医療センター 臨床心理室）

研究要旨

HIV 感染症患者のメンタルヘルスを明らかにし、それに対する精神医学的介入のあり方について検討すること、および、HIV 感染症患者に対する精神医学的介入を促進することを目的に、以下の5つの研究を計画・実施した。研究1) 文献レビューを行う。研究2) HIV 感染症患者の初診時とその1年後にメンタルヘルス検査を実施し、その変化を検討する。研究3) 全国の精神科診療施設の中から、HIV 感染症患者の診療協力施設のリストを作成する。研究4) 研修会を開催する。研究5) HIV 感染症患者の精神科診療を促進するハンドブックを作成する。研究結果は以下の通り。

研究1) HIV 感染患者における精神障害罹患率については、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。精神障害者における HIV 感染陽性率については海外のみの文献で、精神科入院患者を対象としており、精神障害とアルコール/薬物使用関連性障害との comorbidity（併発）例では HIV 陽性率が20%と非常に高かった。

研究2) 初診時と1年後の GHQ30 および SAMISS を比較したところ、GHQ30 総計および各下位尺度、SAMISS 精神症状尺度の日常生活に影響を及ぼす出来事については1年後で有意に改善しているが、SAMISS 不安発作は有意に悪化し、SAMISS 物質使用尺度や他の精神症状尺度では変化がない、あるいは1年後でスクリーニング陽性率が微増していた。

研究3) 精神科診療施設の約1割に HIV 感染症患者の診療経験があり、約4割が今後の診療が可能と回答した。また医学知識、薬剤相互作用、社会資源などの情報不足が診察に当たっての不安として上位に挙げられた。これらの不安と、診療経験の有無や研修経験の有無との間に関連が認められることが明らかとなった。また調査結果に基づいて HIV 感染症患者の診療協力施設リストを作成し、HIV 感染症診療拠点病院に配布した。診療協力施設には HIV 感染症に関する情報を提供し、知識のアップデートを促した。

研究4) 3年間で合計4回（大阪3回、東京1回）を開催する。参加者にアンケート調査を行い、研究3) の

診療協力施設リストの更新を行った。

研究 5) HIV 感染症の基礎知識、HIV 感染症患者に高頻度で見られる精神疾患などを簡潔にまとめたハンドブックを作成し、各施設に配布する。

考察は以下の通り。研究 1) より、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が示唆された。研究 2) より、感染告知後に一時的に悪化するメンタルヘルスは 1 年後には回復するが、悪化する不安発作などの問題や、元来の精神症状、物質使用の問題は長期的にフォローする必要性が示唆され、HIV 感染症患者のメンタルヘルスケアのためのシステム作りが今後も必要であると考えられる。研究 3) より、一般の精神科診療施設が HIV 感染症患者を診察する可能性は十分あり、診療意志を有する施設も一定数存在することが明らかとなった。診療する上での障害となる不安を軽減する介入を企画・実施する必要性が示唆された。今後も研究 4) および研究 5) などの介入が求められると考える。

研究目的

HIV 感染症患者のメンタルヘルス、精神疾患罹患率、心理的課題を明らかにし、精神医学的介入について検討すること、および HIV 感染症患者に対する精神医学的介入を促進することを目的とする。

研究方法

上記目的に即して、以下の 1) から 5) の研究を行う。

研究 1) : HIV 感染者と精神障害の疫学を中心に文献を展望する。

研究 2) : 大阪医療センターにおいて初診時に実施しているメンタルヘルススクリーニング検査 (GHQ30 および SAMISS) について、初診から 1 年後の時点で再度同じ検査を実施し、HIV 感染症患者のメンタルヘルスの変化を検討する。その際、過去 1 年間の経験についても調査を行う。調査項目の詳細は次の通りである。(1) GHQ30 (一般健康質問票) : 6 因子 (一般的疾患傾向、身体的症状、睡眠障害、社会的活動障害、不安と気分変動、希死念慮うつ傾向) 各 5 項目。(2) SAMISS (Substance Abuse and Mental Illness Symptoms Screener の日本語訳) : 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・呼吸の異常、外傷体験の有無、フラッシュバックの継続、日常生活に影響が出る出来事)。(3) 1 年間の経験についてのアンケート : 治療、ソーシャルサポート、精神科受診の有無、カウンセリング利用の有無等に関する状況。これらについて初診から 1 年後の日から最も近い受診日

に、看護師より説明を受け同意を得られた HIV 感染症患者に実施し回収した。分析方法としては、GHQ30 および SAMISS については各手引きにおけるカットオフ値によって問題あり・なし (以下、陽性・陰性) を判定し、単純集計を行った。また初診時と 1 年後でスコアと陽性率について検定を行った。1 年間の生活状況については単純集計に加え、服薬や受診などの保健行動に関する項目の回答から全体を 2 群化し、GHQ 30 および SAMISS について比較した。検定には t 検定、Wilcoxon の符号順位検定、 χ^2 検定を用いた。

研究 3) : 全国の精神科診療施設を対象に HIV 感染症患者の診療経験の有無、HIV 感染症患者の診療に対する態度、研修希望の有無などについてアンケート調査を行う。研究対象は、各都道府県の精神保健福祉センターが有するリストに掲載されている精神科診療施設 (総合病院精神科・単科精神科病院・クリニックなど計 6376 施設) であり、自己記入式 (代表医師 1 名が記入)、郵送法で行った。調査項目は (1) 施設の属性、(2) HIV 感染症患者、(3) 診療経験の有無、(4) 診察に至った経緯、(5) 症状、(6) 診断名、(7) HIV 関連の研修や学会への参加経験、(8) 今後の診療意志、(9) 診療に関する不安、(10) 研修希望の有無、(11) 協力施設名簿作成への同意と連絡先記載の有無等である。分析方法は各項目の単純集計と、診療経験の有無および研修参加の有無によって 2 群化して比較検討を行った。また (11) の結果に基づき、診療協力施設リストを作成し、全国の HIV 診療拠点病院に配布する。

研究 4) : 精神科医療に携わる医師およびコメディカル、HIV 感染症医療に携わる医師およびコメディカルを対象とした研修会を開催する。研修会終了後、参加者に HIV 感染症患者の診療の可能性について、アンケートを実施する。

研究 5) : これまでの研究 1)~3) の研究成果および研究 4) の研修内容をもとに、HIV 感染症治療担当医や担当看護師等が精神医学的介入の必要性を判断するためのポイントや、精神科診療スタッフが HIV 感染症を理解するためのポイントをまとめたハンドブックを作成し、各医療機関に配布する。

研究結果

研究 1) : HIV 感染者と精神障害の疫学を中心に、

(1) HIV 感染患者における精神障害罹患率 (海外日本) および、(2) 精神障害者における HIV 感染陽性率 (海外) に関して、文献を展望した。

(1) HIV 感染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。

以下、(a)~(i) に分けて各文献の詳細を示す。

(a) 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 2864 人 (男性 2017 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。

(b) Bets et al., 2005 : HIV 関連入院経験患者 8376 名 (6 施設) の入院理由は、AIDS 21%、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。

(c) 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、378710 名中 (ER 受診者を含む) 422 名が HIV/AIDS+精神疾患、1353 名は HIV/AIDS のみ、67092 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。

(d) 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。

(e) 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。

(f) 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。

(g) 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。

(h) 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 などで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。

(i) 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 感染陽性率 : 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 (併発) 例では HIV 陽性率が 20% と非常に高かった。

以下、(j)～(m)および参考として(n)に分けて、各文献の詳細を示す。

(j) 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。

(k) 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。

(l) 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。

(m) 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%。

(n) 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。

研究 2) : 調査期間は 2010 年 1 月から 2011 年 11 月末であり、対象は 2008 年 12 月～2010 年 12 月に当院を初診で受診した HIV 感染症患者のうち、1 年後の調査への同意を得た 174 名である。平均年齢は 37.7 歳 (SD=11.953) であり、性別は男性 171 名 (98.3%)、女性 3 名 (1.7%) であった。

(1) メンタルヘルス

GHQ30 の総計では、初診時が 11.95 点で 125 名 (71.8%) が陽性と判定されたが、1 年後の平均点は 8.55 点、陽性と判定された人は 84 名 (48.3%) に減少しており、有意な差が認められた。GHQ30 の下位尺度の平均点について初診時と 1 年後を比較したところ、一般的疾患傾向は 2.63 が 1.81、身体症状は 1.94 が 1.62、睡眠障害は 2.55 が 2.02、社会的活動障害は 1.53 が 0.76、不安と気分変動は 1.90 が 1.49、希死念慮とうつ傾向は 1.44 が 1.02 と、全ての尺度において有意な減少が見られた (表 1)。

GHQ30 (表 1)

尺度名	初診時得点	1年後得点	t値	p値
GHQ30総計	11.95	8.55	5.622	.000**
一般的疾患傾向	2.63	1.81	5.374	.000**
身体的症状	1.94	1.62	2.504	.013*
睡眠障害	2.55	2.02	3.551	.000**
社会的活動障害	1.53	0.76	5.642	.000**
不安と気分変動	1.90	1.49	2.602	.010*
希死念慮・抑うつ気分	1.44	1.02	3.241	.001*

SAMISS の物質使用尺度に関して初診時と 1 年後を比較すると、尺度全体の陽性は初診時 92 名 (53.2%)、1 年後 100 名 (58.1%) で微増していた。飲酒陽性では初診時 80 名 (46.0%) が 1 年後 83 名 (48.5%)、薬物使用陽性では初診時 5 名 (2.9%) が 1 年後 8 名 (4.7%) で、同じく微増が認められた。依存的な使用陽性については、初診時 60 名 (34.7%) が 1 年後 45 名 (26.5%) であり、有意な減少が見られた (表 2)。

SAMISS物質使用尺度 (表 2)

尺度名	初診時得点	1年後得点	Z値	p値
物質使用全体陽性	92名	100名	-1.234	.217
飲酒陽性	80名	83名	-.762	.446
薬物使用陽性	5名	8名	-1.000	.317
依存的な使用陽性	60名	45名	-2.021	.043*

SAMISS の精神症状尺度に関して初診時と 1 年後を比較すると、尺度全体の陽性は初診時 93 名 (54.1%)、1 年後 93 名 (54.4%) であり、有意差は認められなかった。9 つの精神症状の各項目について陽性判定数を初診時と 1 年後を比較した結果は以下の通りである。興奮: 初診時 53 名 (30.6%)、1 年後 48 名 (27.7%)。抗うつ薬の使用: 初診時 18 名 (10.4%)、1 年後 21 名 (12.1%)。抑うつ気分: 初診時 33 名 (19.1%)、1 年後 39 名 (22.7%)。意欲低下: 初診時 40 名 (23.3%)、1 年後 42 名 (24.4%)。不安: 初診時 29 名 (16.8%)、1 年後 36 名 (20.9%)。不安発作: 初診時 14 名 (8.1%)、1 年後 27 名 (15.6%)。心拍・呼吸の異常: 初診時 13 名 (7.7%)、1 年後 19 名 (11.1%)。外傷体験: 初診時 25 名 (14.8%)、1 年後 27 名 (16.1%)。日常生活に影響が出る出来事: 初診時 31 名 (18.2%)、1 年後 15 名 (8.8%)。

不安発作は1年後において有意に高く、日常生活に影響が出る出来事については1年後に有意に低く認められた(表3)。

SAMISS精神症状尺度(表3)

尺度名	初診時得点	1年後得点	Z値	p値
精神症状全体陽性	93名	93名	-.137	.891
興奮	53名	48名	-.762	.446
抗うつ薬使用	18名	21名	-.728	.467
抑うつ気分	33名	39名	-1.134	.257
意欲低下	40名	42名	-.343	.732
不安	29名	36名	-1.219	.223
不安発作	14名	27名	-2.502	.012*
心拍・呼吸の異常	13名	19名	-1.279	.201
外傷体験	25名	27名	-.600	.549
日常生活に影響が出る出来事	31名	15名	-3.024	.002**

(2) 1年間の生活状況

抗HIV薬については、117名(69.2%)が現在内服中であった。このうち43名(36.1%)にうっかり飲み忘れた経験があった。13名(7.8%)は定期的な受診(前回の受診から3ヶ月以上あけずに受診すること)ができなかったと回答した。病気・体調・服薬に関して誰かに相談できている人は8割を超えたが、23名(13.9%)は誰にも相談できていなかった。HIV感染症を知ったあとに行動上で何らかの変化を意識的に経験している人は80名(46.8%)、何の変化もなかったと答えた人は52名(30.4%)、どちらとも言えないと答えた人は39名(22.8%)であった。124名(72.5%)は、日常生活のふとした時にHIV感染症のことが頭をよぎると答えた。当院での臨床心理士によるカウンセリングを利用したと回答したのは117名(69.2%)で、4名(2.4%)が当院以外でカウンセリングを利用していた。当院の精神科を受診している人は14名(8.4%)、当院以外の精神科を受診している人が6名(3.6%)で、3名(1.8%)は精神科受診をしたいができていないと回答した。15名(9%)が精神症状に対する薬を服用していた。21名(12.7%)には配偶者が、54名(32.5%)には同性のパートナーが、3名(1.8%)には異性のパートナーがそれぞれ存在した。これまでに家族やパートナー、友人らにHIV感染症について伝えたことがある人は133名(76.9%)であった。これらの人にHIV感染症について伝えた際に嫌な思いをしたと感じたことがある人は23名(15.6%)、励まされ

たり支えられたりしたと感じたことがある人は84名(56.8%)であった。現在働いている人のうち、職場の人1名以上にHIV感染症のために通院していることを伝えている人は19名(14.5%)、別の理由で通院していると伝えている人は47名(35.9%)であったが、61名(46.6%)は誰にも伝えていなかった。同居人がいる人のうち、66名(68.0%)がHIV感染症のために通院していることを伝えていたが、22名(22.7%)は同居人に伝えていなかった。

(3) メンタルヘルスと1年間の保健行動の関連

過去1年間において、抗HIV薬の飲み忘れの有無および定期受診が中断したことの有無によって全体を2群に分け、メンタルヘルスの各尺度について比較した。

抗HIV薬の飲み忘れがある群(n=43)ではない群(n=74)に比べ、GHQ30総計、GHQ30希死念慮・うつ傾向、SAMISS物質使用尺度全体、SAMISS飲酒、SAMISS意欲低下が有意に高い結果であった(表4、5、6)。

抗HIV薬飲み忘れとGHQ30(表4)

尺度名	飲み忘れあり群	飲み忘れなし群	t値	p値
GHQ30総計	10.72	7.59	2.280	.025*
一般的疾患傾向	1.93	1.55	1.313	.192
身体的症状	1.60	1.49	0.408	.684
睡眠障害	2.33	2.03	0.869	.387
社会的活動障害	1.02	0.63	1.532	.129
不安と気分変動	1.98	1.41	1.649	.103
希死念慮・うつ傾向	1.84	0.82	3.077	.003**

抗HIV薬飲み忘れとSAMISS物質使用(表5)

尺度名	飲み忘れあり群%	飲み忘れなし群%	χ^2 値	p値
物質使用全体陽性	67.4	38.2	9.426	.002**
飲酒陽性	55.8	35.1	4.752	.029*
薬物使用陽性	2.3	5.8	.653	.650
依存的使用陽性	23.8	17.8	.600	.439

抗HIV薬飲み忘れとSAMISS精神症状 (表 6)

尺度名	飲み忘れあり群%	飲み忘れなし群%	χ^2 値	p値
精神症状全体陽性	58.1	53.4	.243	.622
興奮	34.9	22.7	2.064	.151
抗うつ薬使用	16.3	12.0	.427	.513
抑うつ気分	37.2	24.3	2.190	.139
意欲低下	42.9	22.7	5.235	.022*
不安	30.2	25.7	.284	.594
不安発作	20.9	12.0	1.686	.194
心拍・呼吸の異常	11.6	14.9	.241	.623
外傷体験	16.3	19.2	.153	.695
日常生活に影響が出る出来事	14.0	8.2	.959	.327

定期受診が中断したことがある群 (n=13) ではない群 (n=161) に比べ、SAMISS 依存的使用と SAMISS 不安発作が有意に高い結果であった(表 7、8、9)。

定期受診中断の有無とGHQ30 (表 7)

尺度名	定期受診中断あり群	定期受診中断なし群	t値	p値
GHQ30総計	11.62	8.32	-1.299	.216
一般的疾患傾向	2.62	1.76	-1.894	.079
身体的症状	2.62	1.54	-2.002	.066
睡眠障害	2.15	1.95	-.342	.738
社会的活動障害	1.38	0.72	-1.193	.255
不安と気分変動	1.53	1.54	-.016	.988
希死念慮・うつ傾向	1.00	1.46	-.937	.365

定期受診中断の有無とSAMISS物質使用 (表 8)

尺度名	定期受診中断あり群%	定期受診中断なし群%	χ^2 値	p値
物質使用全体陽性	66.7	56.9	.438	.508
飲酒陽性	61.5	46.4	1.106	.293
薬物使用陽性	7.7	4.0	.405	.445
依存的使用陽性	50.0	23.8	3.977	.046*

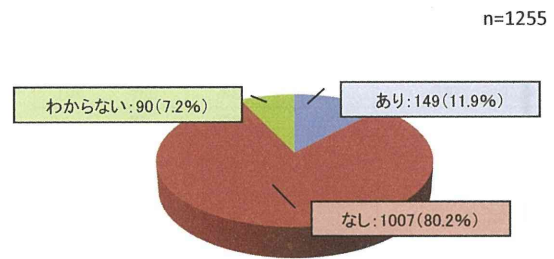
定期受診中断の有無とSAMISS精神症状 (表 9)

尺度名	定期受診中断あり群%	定期受診中断なし群%	χ^2 値	p値
精神症状全体陽性	58.3	54.6	.062	.803
興奮	50.0	26.1	3.150	.076
抗うつ薬使用	8.3	12.4	.174	1.000
抑うつ気分	25.0	33.3	.024	1.000
意欲低下	25.0	25.0	.000	1.000
不安	25.0	21.7	.070	.727
不安発作	41.7	14.4	6.054	.028*
心拍・呼吸の異常	7.7	11.3	.161	1.000
外傷体験	15.4	16.8	.017	1.000
日常生活に影響が出る出来事	15.4	8.7	.631	.344

研究 3) : 回収数は 1255 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。HIV 感染症患者の診療経験が「ある」と回答したのは 149 施設 (11.9%) であり、「ない」

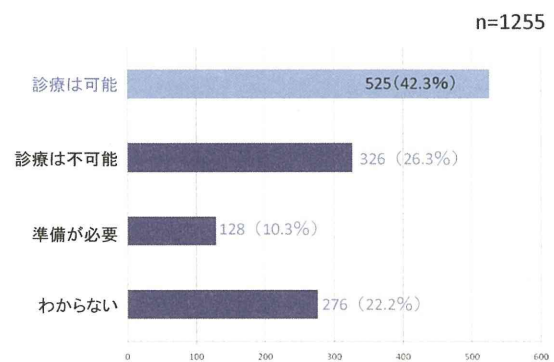
は 1007 施設 (80.2%)、「わからない」は 90 施設 (7.2%) であった (表 10)。

HIV 感染症患者の診療経験の有無 (表 10)



今後の HIV 感染症患者の診療の可能性 (一部複数回答あり) については、525 施設 (42.3%) が「可能」、326 施設 (26.3%) が「不可能」、128 施設 (10.3%) が「準備が必要」、276 施設 (22.2%) が「わからない」と回答した (表 11)。

今後の診療の可能性 (表 11)



HIV 感染症患者の診療に当たっての不安・心配 (複数回答あり) としては、医学知識の不十分さが 53.1% で最も多く、次いで抗 HIV 薬との薬剤の相互作用 (39.9%)、社会資源の情報不足 (39.5%) が多い結果であった (表 12)。

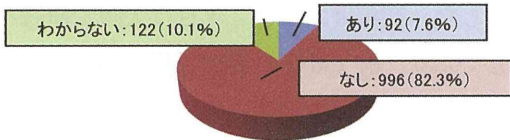
診療に当たっての不安・心配 (表 12)



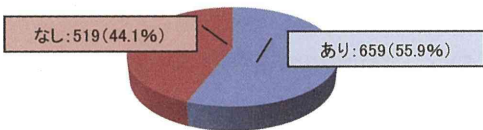
HIV 関連の研修会や学会への参加経験については、「あり」が 92 施設 (7.6%)、「なし」が 996 施設 (82.3%)、「わからない」が 122 施設 (10.1%) であった。今後の研修会の希望の有無については、「あり」が 659 施設 (55.9%)、「なし」が 519 施設 (44.1%) であった (表 13)。

学会・研修参加経験および研修希望 (表 13)

HIV関連の研修会・学会参加の有無 (n=1255)

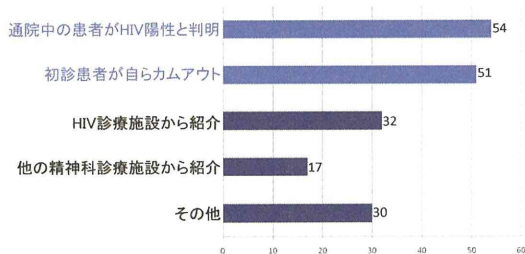


今後の研修会の希望の有無 (n=1255)



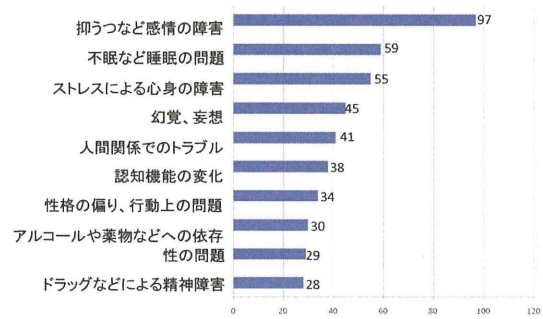
ここから HIV 感染症患者の診療経験あり群 (n=149) について報告する。HIV 感染症患者の診療に至った経緯 (複数回答あり) としては、「通院中の患者が HIV 陽性と判明した」が 54 件で最も多く、次に「初診患者が自らカムアウト」(51 件) が続いており、自然発生的に診療がスタートすることが多い結果であった (表 14)。

HIV感染症患者の診療経験あり群 (n=149) における診療に至った経緯 (表 14)



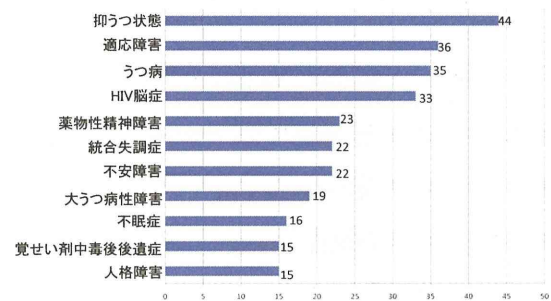
診察場面で観察された症状(複数回答あり)は、「抑うつなどの感情の障害」が 97 件で最も多く、次いで「不眠などの睡眠の問題」(59 件)、「ストレスによる心身の障害」(55 件)、「幻覚、妄想」(45 件) などが続いた (表 15)。

HIV感染症患者の診療経験あり群 (n=149) における診察で観察された症状 上位10件 (表 15)



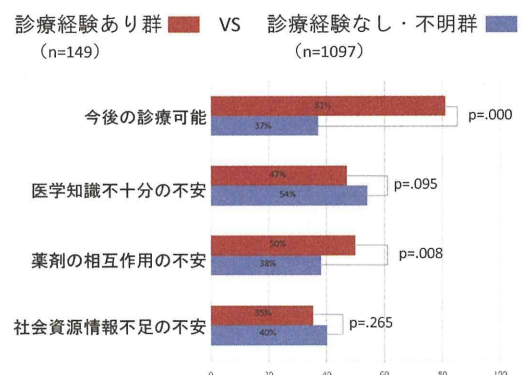
それらに対する診断名(複数回答あり)では、「抑うつ状態」が 44 件で最も多く、次いで「適応障害」(36 件)、「うつ病」(35 件)、「HIV 脳症」(33 件) などが続いた (表 16)。

HIV感染症患者の診療経験あり群 (n=149) における診断名 上位10件 (表 16)



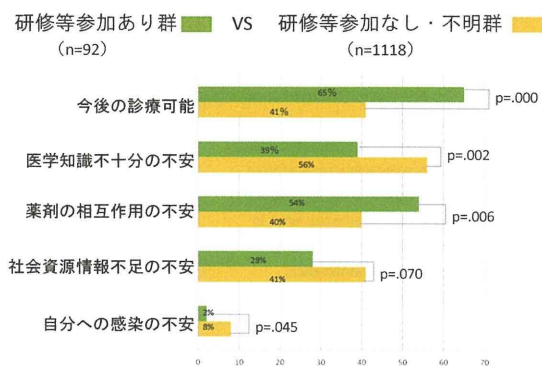
ここから全体を 2 群に分けて検定した結果を示す。HIV 感染症患者の診療経験の有無によって 2 群化し、 χ^2 自乗検定を行った結果、診療経験あり群は有意に多く今後の診療が可能と回答した。また診療にあたっての不安の上位 3 件については、診療経験なし・わからない群では医学知識の不足さがより高い割合で感じられており、診療経験あり群では抗 HIV 薬との薬剤の相互作用の不安が有意に高い割合で感じられていることが明らかとなった (表 17)。

2群間比較 (1) (表 17)



HIV 関連の研修や学会への参加経験の有無によって 2 群化し、先ほどと同様の検定を行ったところ、研修等への参加経験あり群は、有意に多く今後の診療が可能だと回答した。また研修等への参加経験なし・不明群では、医学知識の不十分さによる不安と、社会資源に関する情報不足による不安が有意に高い割合で感じられており、逆に研修等への参加経験あり群では抗 HIV 薬との薬剤の相互作用に関する不安が有意に高い割合で感じられていた。また、不安上位 3 件には含まれない項目であるが、自分自身への感染不安についても、研修等への参加経験なし・不明群において有意に高い結果であった(表 18)。

2群間比較 (2) (表 18)



診療協力リストとしてまとめたものを HIV 診療拠点病院に配布し、実際の HIV 感染症患者に対する精神医学的介入を促進するために活用することに対して改めて同意を得るために、診療協力意志があると回答した施設 (275 施設) に再度郵送法で意志を確認したところ、46 施設 (16.7%) から改めて同意を得た。これに加え、昨年度の研究 4) における研修参加者に対するアンケート調査に基づき、新たにリストに記載をすることへの同意を得られた施設についても記載した。このリストを全国の HIV 診療拠点病院の HIV 感染症診療担当医宛に送付した。また、このリストに記載することに同意をした施設に対しては、HIV 感染症に関する基礎知識や社会資源をまとめた冊子や、本研究の研究報告書を送付し、知識のアップデートを促した。

研究 4) : 3 年間において、以下の通り合計 4 回の研修を行う (2012 年 1 月現在で予定のものも含む)。
第 1 回 : 2010 年 2 月 11 日 (金・祝)、大阪。

第 2 回 : 2011 年 2 月 11 日 (木・祝)、大阪。

第 3 回 : 2012 年 1 月 21 日 (土)、東京。

第 4 回 : 2012 年 2 月 11 日 (土・祝)、大阪。

対象はいずれも精神科診療施設・HIV 感染症診療施設の各職種である。プログラムは、HIV 感染症の基礎知識、セクシュアリティとメンタルヘルス、HIV 感染症と精神疾患、HIV 感染症と高次脳機能障害、HIV 診療施設と精神科診療施設の連携の実際とした。初年度および 2 年目は大阪で研修を開催しており、計 150 名の参加を得ている。これまでに他地域における開催への要望が聞かれたため、今年度は東京での開催を計画した。参考として講義資料の一部を掲載する。

研究 5) : これまでの研究成果を踏まえ、冊子を作成・配布する。現在作成中の冊子のコンテンツは以下のとおりである。HIV 感染症患者のメンタルヘルスと精神科診療の現状と課題、HIV 感染症の基礎知識、HIV 感染症と精神疾患、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リファア。

考察

研究 1) : 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た。

研究 2) : 感染告知後に一時的に悪化するメンタルヘルスは、1 年が経過した頃にはある程度は回復することが推察された。また、感染告知まではアルコール等の物質を依存的に使用していた HIV 感染症患者在、その後の生活においてその使用を統制する試みをしていることも推察された。とはいえ SAMISS の結果に見るように、不安発作に関しては 1 年後に悪化する傾向が認められ、またその他の精神症状や物質使用は変化が見られない。よって、HIV 感染症患者のメンタルヘルスおよび物質使用については長期的にフォローをしていく必要性が示唆された。また、抗 HIV 薬の飲み忘れや定期的な受診の中断などのセルフケア行動と、メンタルヘルスや物質使用が関連していることが明らかとなった。HIV 感染を知った後の長期的な治療と生活を支えるためにも、HIV 感染症患者のメン

タルヘルスケアのためのシステム作りが今後必要であると考えられる。

研究 3) : 今回の調査は回収率が低いという限界はあるものの、全精神科診療施設のうち 12% が HIV 感染症患者の診療経験をしていることや、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 感染症患者を診察する可能性は十分にあると考えられる。症状や診断名は抑うつ、不眠、適応障害、HIV 脳症などが多く、加えて薬物関連の症状・疾患が認められた。これは我々が過去に実施した ACC およびブロック拠点病院を対象とした先行研究と同様の傾向である。全体の 4 割強が今後 HIV 感染症患者の診察が可能であると答えており、半数以上が研修を希望していることから、HIV 感染症患者の診療意志を有する施設は一定数存在することが推測される。実際の診療に当たっては、HIV の医学知識の不十分さ、抗 HIV 薬との薬物の相互作用、社会資源の情報不足などの不安が障害となることが推測された。また、これまでの診療経験や、研修会等への参加経験は、今後の HIV 感染症患者の診療意志や診療上の不安と関連することが明らかとなった。診療経験および研修等の参加経験のない施設は、医学知識や社会資源情報の不足による不安や、職務感染予防に関する不安が高く、より基本的な情報へのニーズが認められる。一方診療経験および研修等への参加経験のある施設は、抗 HIV 薬との薬剤の相互作用に関する不安が高く、診療を行う上でのより具体的で踏み込んだ情報へのニーズが存在することが推測される。これらの点を踏まえた介入を立案・実施する必要があると考える。また、同意が得られた施設数はまだ少ないながらも、今回作成・配布した精神科の協力施設リストを全国の HIV 感染症診療拠点病院が活用することは、HIV 感染症患者に対する精神医学的介入を充実させる試みの一つとなりうると考える。今後はリストの活用度などについて評価を行うこと、研究 4) の研修参加施設の中で同意が得られた施設をリストに加えるなど、リストの充実を図ることなどが必要であると考えられる。

研究 4) および研究 5) : 研究 1) および研究 2) で明らかとなった知見を研究 4) の研修内容や研究 5) の

ハンドブックなどに盛り込みながら、HIV 感染症診療施設および精神科診療施設の両方に対して介入を継続することが重要であると考えられる。

結論

1. HIV 感染というライフイベントは精神的ストレス因となるイベントであり、精神障害罹患の危険因子になると考えられる (HAART 開始以前はよりハイリスクであった)。
2. ブロック拠点病院通院患者の精神科受診に関して調査は行われているが、対象が限られている。我が国の HIV 感染症患者の精神疾患罹患率について、より包括的な実態調査が必要である。
3. HIV 感染症患者におけるメンタルヘルスや物質使用の問題は、感染告知直後はもちろんその後も長期にわたって認められる。従って、HIV 感染症患者の初診時から長期に渡り、身体面の治療だけでなく精神面への介入が可能となるようなシステム作りが必要である。
4. 精神障害患者は HIV 陽性率も高い可能性がある。精神科診療施設での実態調査さらには啓発活動や、HIV 感染症診療施設と精神科診療施設間の連携がますます重要である。
5. HIV 感染症患者は、精神科医よりも臨床心理士 (カウンセラー) への相談の方が一般的に抵抗が少なく先に行われる傾向がある。従って、臨床心理士にも精神科受診の適応対象など精神医学的知識も求められる。従って臨床心理士にも精神医学的教育が求められる。

引用文献

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

健康危険情報

該当なし

知的財産権の出願・取得状況

該当なし

研究発表

1) 原著論文による発表

該当なし

2) 口頭発表

安尾利彦、仲倉高広、大谷ありさ、倉谷昂志、森田眞子、藤本恵里、宮本哲雄、吉田哲彦、廣常秀人、白阪琢磨、近畿ブロックの精神科診療施設における HIV 感染症患者の診療経験および診療意思に関する研究。近畿エイズ研究会、大阪、2010 年 6 月

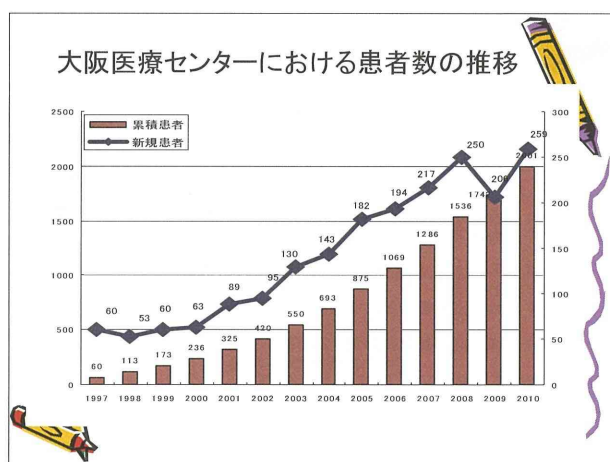
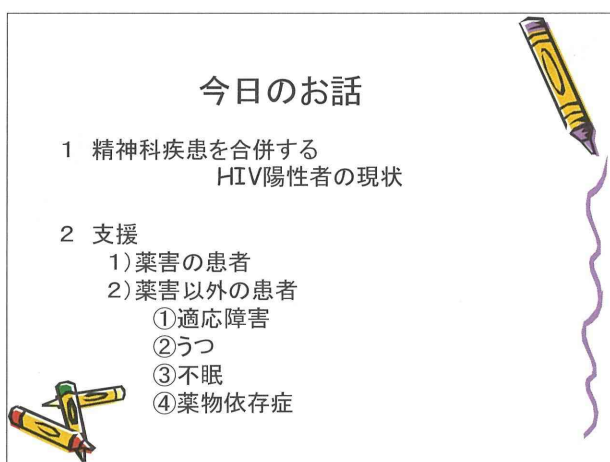
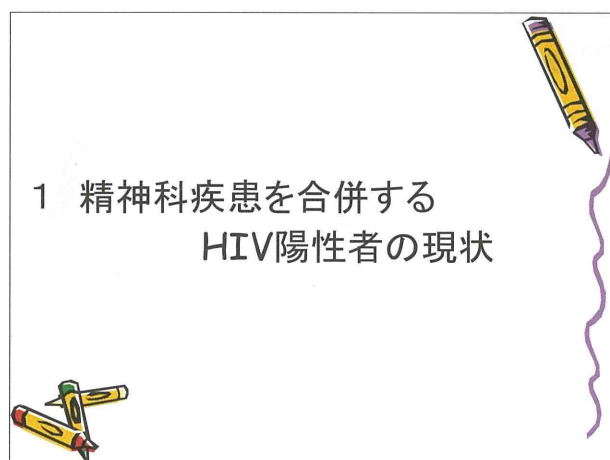
大谷ありさ、仲倉高広、藤本恵里、森田眞子、安尾利彦、倉谷昂志、宮本哲雄、垣端美帆、下司有加、治川知子、東政美、白阪琢磨、廣常秀人、初診時から1年後のHIV感染症患者のメンタルヘルス。第24回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2010年11月

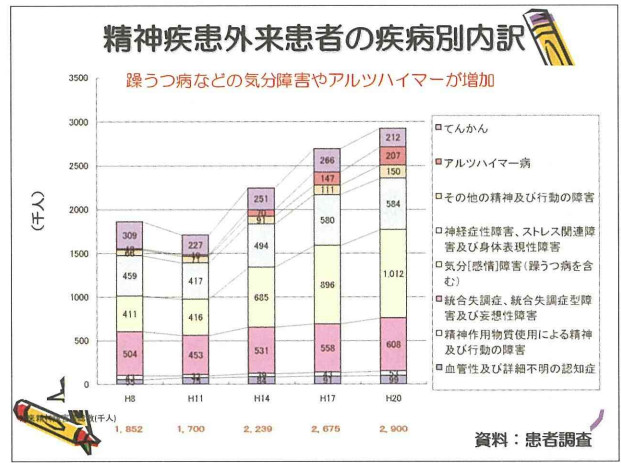
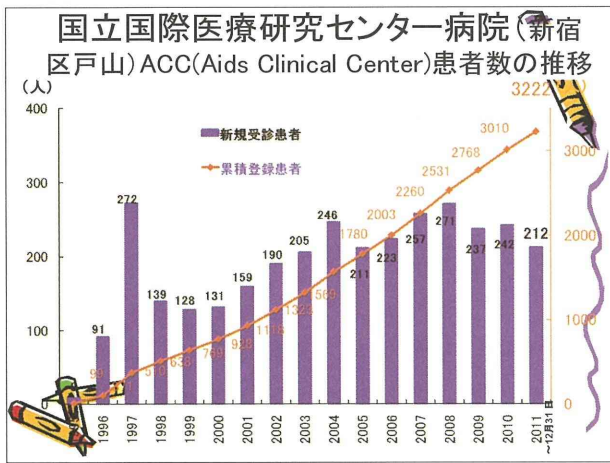
安尾利彦、仲倉高広、大谷ありさ、倉谷昂志、森田眞子、藤本恵里、宮本哲雄、廣常秀人、白阪琢磨、全国の精神科診療施設におけるHIV感染症患者の診療状況に関する研究。第24回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2010年11月

大谷ありさ、仲倉高広、安尾利彦、森田眞子、藤本恵里、倉谷昂志、宮本哲雄、西川歩美、下司有加、治川知子、東政美、今井敏幸、白阪琢磨、廣常秀人、初診時から1年後のHIV感染症者のメンタルヘルス。第25回日本エイズ学会学術集会・総会、2011年12月

倉谷昂志、廣常秀人、安尾利彦、大谷ありさ、仲倉高広、森田眞子、藤本恵里、宮本哲雄、西川歩美、上平朝子、白阪琢磨、精神科医を対象とした研修会受講後のHIV感染症者への理解・認識の変化について。第25回日本エイズ学会学術集会・総会、2011年12月

資料 研究4) HIV感染症と精神科医療に関する研究会 講義資料





大阪医療センターにおける患者傾向 (平成23年3月31日現在 2001名)

- 性別
 - 男性 1905人 (95.2%)
 - 女性 96人 (4.8%)
- 感染経路
 - 血液製剤 87人 (4.3%)
 - その他 1914人 (95.7%)
 - 同性間 1480人 (74.0%)
 - 異性間 326人 (16.3%)
 - その他 108人 (5.4%)

大阪医療センターにおける精神科リエゾン

- 調査期間 平成22年6月1日から同年末
- 体制 常勤 3名 招聘医師 1名(0.5)
- 総新患リエゾン数 266件
 - 依頼元 免疫感染症科 53件
 - 総合内科 35件
 - 救命救急 31件

国立国際医療研究センター病院 ACCIにおける患者傾向 (平成23年3月31日現在3222名)

- 性別
 - 男性 2,929人 (90.9%)
 - 女性 293人 (9.1%)
- 感染経路
 - 血液製剤 285人 (8.9%)
 - その他 2,937人 (91.1%)
 - 同性間 2,106人 (65.4%)
 - 異性間 687人 (21.3%)
 - 母子感染 14人 (0.4%)
 - その他 130人 (4.0%)

HIV感染症者リエゾン概要

- F3 「気分障害」 **うつ病、躁病等**
- F4 「神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害」 **適応障害 パニック**
- F1 「精神作用物質使用による精神および行動の障害」 **薬物(アルコール、シンナー、覚せい剤)**
- F0 「症状性を含む・質性精神障害」 **せん妄**
- F2 「統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害」

ICD-10

- F0 「症状性を含む・質性精神障害」 認知症等
- F1 「精神作用物質使用による精神および行動の障害」 薬物(アルコール、シンナー、覚せい剤)等
- F2 「統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害」
- F3 「気分障害」 うつ病、躁病等
- F4 「神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害」 PTSD等
- F5 「生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群」 摂食障害 睡眠障害等
- F6 「成人のパーソナリティおよび行動の障害」 人格障害、性同一性障害等
- F7 「精神遅滞」
- F8 「心理的発達の障害」 広汎性発達障害(アスペルガー症候群)等
- F9 「小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害 および特定不能の精神障害」 ADHD

HIV感染症者リエゾン概要

F0	せん妄・認知症	3	5.7%
F1	薬物	7	13.2%
F2	統合失調症	2	3.8%
F3	気分障害	13	24.5%
F4	適応障害・パニック障害	10	18.9%
F5	睡眠障害	2	3.8%
	分類不能	16	30.2%
	合計	53	

HIV感染症者リエゾン概要 (国立国際)

F0	せん妄・認知症	2	4.9%
F1	薬物	2	4.9%
F2	統合失調症	1	2.4%
F3	気分障害	4	9.8%
F4	適応障害・身体表現性障害	16	39.0%
F5	睡眠障害	4	9.8%
	分類不能	10	24.4%
	合計	41	

調査期間: H22.8.16~H23.8.15

① F4 神経症性障害および ストレス関連障害

- 適応障害
- パニック障害
- 不安障害
 - 一次的ストレス因
HIVの感染告知、進行、ART
 - 二次的ストレス因
対人関係、家庭、職場、就職

2 支援

- 1) 薬害の患者
- 2) 薬害以外の患者
 - 適応障害
 - うつ
 - 薬物依存症

発症時期と継続期間

- 発症時期
HIV感染告知
ART導入後
- 継続期間
10ヶ月経てば症状軽快してくる
長くなれば気分障害、人格障害を考慮
(2001.平林ら)

1) 薬害の患者さんへの支援

患者さん自身の「生」へのイメージ
自分の病気に対する考え
家族への思いと葛藤
患者遺族への対応

治療

抗不安剤の短期的投与
抗うつ薬
支持的精神療法
心理療法

2) 薬害以外の患者支援

- ① 適応障害 (F4)
- ② うつ (F3)
- ③ 不眠
- ④ 薬物依存症 (F1)

② F3 気分障害

HIV感染者が気分障害に罹患する
頻度は高い

内科でのうつ病罹患率 5.4-7.4%
HIV感染者 12.5%

うつエピソード: 倦怠感、不眠
 抗うつ薬: SSRIが推奨
 精神療法

躁病エピソード: 一般的には末期に多い
 双極性の場合
 薬物使用による場合

④ 薬物依存症者
 依存薬物の種類
 覚せい剤
 大麻
 MDMA
 どのように対応するか。
 治療 支援

③ 不眠

不眠の出現率
 アメリカ睡眠学会
 一般 10~40%
 HIV感染者 70% (2009. Toma)

日本
 一般
 健康日本21 23.1% (健康・体力づくり財団)
 医療機関受診者の 20人に1人が睡眠薬を服用
 60歳以上 7人に1人 (2006. 彌川ら)

HIV感染者 72% (2007. 辻)
 参考 うつ 90%

乱用される薬物の特徴

中枢作用	薬物のタイプ	精神依存	身体依存	耐性	精神毒性	その他
抑制	アヘン類	+++	+++	+++	-	
	バルビツール類	++	++	++	-	
	アルコール	++	++	++	+	
	ベンゾジアゼピン類	+	+	+	-	
	有機溶剤	+	±~+	+	++	催幻覚
興奮	大麻	+	±	+	+	催幻覚
	コカイン	+++	-	-	++	
	アンフェタミン類	+++	-	+	+++	
	LSD	+	-	+	±	催幻覚
	ニコチン	++	±	++	-	

不眠の治療

- ベンゾジアゼピン
- 非ベンゾジアゼピン
- 抗うつ薬
- 抗精神病薬

・ HAARTとの兼ね合い

薬物使用・薬物依存・薬物中毒の経時的関係

違法薬物の使用は乱用であり、下図の「使用」は「乱用」に変わる

不眠症に対する基本的な治療方針

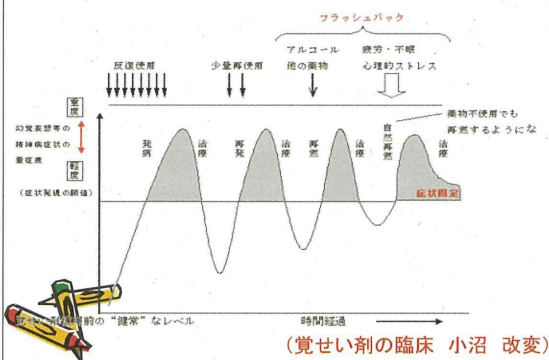
- マイナー系睡眠薬は出しても2種類まで、「うつ」の可能性があれば抗うつ剤を併用してみる。

出来るだけマイナー系睡眠薬はさっさと切りたい。=お守りぐらいの感覚で
 頓服使用にしたい

覚せい剤の薬理作用

- 中枢神経の興奮
 気分爽快、自信過剰、積極性増加、精力増進
 多弁、不眠、常同行為
- 交感神経の刺激作用
 口乾、発汗、腱反射亢進、
- 食欲減退作用
- 依存の形成
- 中毒性精神病の発現

覚せい剤精神病の発症と経過模式図



入院？外来？

入院の必要な患者

- ①治療動機のある依存症患者
- ②中毒性精神病患者

外来

個人精神療法
集団精神療法
認知行動療法...

SMARPP (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program: せりがや覚せい剤依存再発予防プログラム)

TAMARP (多摩総合精神保健福祉センター再発予防プログラム)

「アルコールが脳に与える影響」、「引き金と渴望」、「思考停止法」など、セッションを8回に分けて集団でプログラムを受ける。

大麻

麻に含まれる成分の薬理作用を期待して乱用。

形状 葉っぱ 俗に言う マリファナ

大麻樹脂

(コールドールの固まりみたい)

大麻オイル

使用方法 喫煙 経口

では、どう対応すべきか

- ・ピアセルフグループ
 - ・ダルク
 - ・AA
- 多機関と連携
情報提供だけでも

MDMA

3,4-メチレンジオキシメタンフェタミン

- ・法律上は合成麻薬
- ・アンフェタミン誘導体
- ・覚せい剤の作用+幻覚作用
覚せい剤よりも精神病になりにくい？
- ・P450アイソエンザイム2D6経由で代謝

- ・ HIV感染症に罹患していない人と何ら変わりない。

**「精神科医」として
ごく普通に
いつもの診察と同じように
対応すれば良い**

**精神科医でも苦手な分野
(薬物・性に関する事象)**

「内科医」や他職種とのGAP

依存症の治療

止め続けること.....

- ・依存物質を止めること.....

昔は「底付き体験」

現在は「底をつく前に支援」

... 直面化は先送りする

支援に向かわせるイネイブリングは許容する。

(例えば、電話で休んだ理由を聞く)

再発はある程度容認し、その時また治療をする。

HIV感染症と高次脳機能障害

水間病院
吉田 哲彦

障害される能力

知的な能力	精神的な能力
<ul style="list-style-type: none"> 記憶 注意力、集中力 遂行(実行)機能 言語、理解 思考、判断力 道具使用 	<ul style="list-style-type: none"> 意欲、発動性 情動のコントロール 対人関係能力 社会性 行動 習慣

はじめに

- 高次脳機能障害とは？

脳機能の機能局在

- 認知機能はある程度定められた脳の部位が担当
- 症状と病巣が完全に一致する訳ではない
- 低次の機能(手を動かす・見るなど)ほどこの対応関係は密接

Penfieldのホムクルス

高次脳機能障害とは？

- 主要症状等
 - 脳の器質的病変の原因となる外傷や疾病がある
 - 日常生活または社会生活に制約があり、その主たる原因が記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害である
- 検査所見
画像診断などでIの原因と考えられる脳の器質的病変を確認
- 除外項目
受傷または発症以前から有する症状と検査所見は除外
- 診断
 - I～IIIをすべて満たす
 - 高次脳機能障害の診断は脳の器質的病変の原因となった外傷や疾病の急性期症状を脱した後において行う
 - 神経心理学的検査の所見を参考にすることができる

高次脳機能障害支援普及事業(2007)における診断基準を一部改変

高次脳機能の機能局在

- 高次の機能(主に連合野が担当)ほど不規則性がある
- 同時に健常部位である程度の代償が可能
- 更に高次の機能となると局在性はよりあいまいとなり、破壊された脳部位の量の影響が大きくなる

高次脳機能とは？

記憶や思考、理解、計算、言語などの様々な知的能力

<ul style="list-style-type: none"> ■ 記憶 <ul style="list-style-type: none"> 即時記憶 近時記憶 遠隔記憶 ■ 思考 ■ 見当識 ■ 理解 ■ 計算 ■ 注意力 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 学習能力 ■ 言語 ■ 判断力 ■ 道具を使う ■ その他
--	---

陳述記憶 — エピソード記憶
 — 意味記憶(知識)
非陳述記憶 — 手続記憶など

高次脳機能における情報の流れ

- 脳の各部位がネットワークをなして情報を処理
 - 情報の連絡の遮断によっても機能低下が起きる
 - 皮質(灰白質): 情報処理
 - 白質: 情報の連絡路
- 処理そのものを監視するシステムもある

HIV 感染症における高次脳機能障害の原因

- HIV 脳症
- 日和見感染によるもの
 - トキソプラズマ脳症
 - クリプトコッカス髄膜炎/脳症
 - 進行性多巣性白質脳症 (PML)
 - 中枢神経結核
 - 神経梅毒
- 悪性腫瘍
 - 脳原発悪性リンパ腫
- 合併症にともなうもの
 - 物質関連障害 (アルコール、麻薬、覚せい剤)
 - てんかん

HIV 脳症とは？

- HIV-1-associated dementia/motor complex (HIV 関連認知/運動コンプレックス)
 - 重症型: HIV-1-associated dementia complex (HAD)
 - 軽症型: HIV-1-associated mild cognitive/motor disorder (MCMD) (AIDS 脳症、AIDS 認知症コンプレックスなどの呼び方も)
- 皮質下性認知症や運動障害を中核とし、末期には無言・無動となり、植物状態に至る病態
- HIV-1 の中枢神経系への直接感染による
- 免疫不全の進行に伴い発症することが多い
 - ※一般的には、血清反応陽転時期にみられる急性 HIV 症候としての脳症は HIV 脳症とは呼ばない

Janssen RS et al. 1991

HIV 感染症における高次脳機能障害の原因

〇〇で出現しやすい高次脳機能障害は？

- 高次脳機能は脳に局在性がある
- 疾患毎に障害されやすい脳部位がある

HIV 脳症の診断基準 ①

HIV-1 関連認知症コンプレックス (HAD)

probable: 以下の各項を満たす

1. 以下の二つ以上の認知機能の後天的低下が、少なくとも一ヶ月以上持続
 - 注意/集中力、情報処理速度、抽象概念/論理的思考、視空間能力、記憶/学習、会話/言語
2. 以下の少なくとも一つ以上がある
 - a. 診察and/or 神経心理学的テストで運動機能・行為における後天的異常が証明される
 - b. 動機づけや感情抑制の低下、社会行動の変化 (無感動、無関心、易刺激性、情緒不安定を伴う人格変化or 社会的に不適切な行動or 抑制欠如) が存在
3. 1 の存在を確立するのに十分な期間に意識障害がない
4. 病歴、診察、放射線学的検査などで他の原因を除外

Janssen RS et al. 1990 を一部改変

今日の話題

- HIV 脳症とは？
- HIV 脳症の疫学
- HIV 脳症の病態と病理
- HIV 脳症の臨床症状
- HIV 脳症の治療と今後

HIV 脳症の診断基準 ②

HIV-1 関連軽度認知/運動障害 (MCMD)

probable: 以下の各項を満たす

1. 認知/運動/行動異常 (以下のそれぞれを満たす)
 - a. 信頼できる病歴で証明される以下の2つ以上の症状が後天性に少なくとも一ヶ月以上持続
 - 注意/集中の障害、精神緩慢、記憶障害、運動緩慢
 - 協調障害、人格障害、易刺激性や感情の不安定
 - b. 神経診察や神経心理学的検査にて後天性の認知/運動異常を証明
2. 認知/運動/行動異常が、ADL や職業に軽度の障害となっている
3. HAD の診断に合致しない
4. 病歴、診察、放射線学的検査などで他の原因を除外

Janssen RS et al. 1990 を一部改変

今日の話題

- HIV 脳症とは？
 - 名称と特徴
 - 診断基準
 - 臨床経過

HIV 脳症の臨床経過分類 ①

- Stage 0 (正常)
 - 正常な精神運動機能
- Stage 0.5 (不確定/無症状)
 - 症状は軽微か明らかではない
 - 軽度な徴候: Snout 反射、四肢の運動の緩慢化
 - 労働や日常生活動作に障害を認めない
 - 歩行や筋力に異常なし
- Stage 1 (軽度)
 - 完全ではないが、通常の作業やADLは行える
 - 知的能力や運動機能の特徴的な障害が確実に存在 (症状や徴候、神経心理テストなどで示す)
 - 歩行に介助は必要ない

Price RW et al. 1988

HIV脳症の臨床経過分類 ②

- Stage 2(中等度)
 - 身の回りのADLは可能
 - 日常生活でのより高度な作業や仕事は行えない
 - 歩行には杖が必要な場合もある
- Stage 3(重度)
 - 重度の認知障害: 出来事を把握できない、高度な緩慢化など
 - 介助なしの歩行が不能: 歩行器や他人の助けが必要
 - 上肢の運動の緩慢化と拙劣症も伴う
- Stage 4(末期)
 - ほぼ植物状態
 - 社会性や知性は痕跡的
 - ほとんどor完全に無言・無動(対麻痺)
 - 尿便失禁を伴う

Price RW et al. 1988 Sidins JJ et al. 1990

今日の話題

- HIV脳症とは？
- HIV脳症の疫学
- HIV脳症の病態と病理
 - 病態
 - 病理所見

今日の話題

- HIV脳症とは？
- HIV脳症の疫学
 - 発症率
 - 有病率
 - リスクファクター

HIV脳症の病態

- 発病メカニズムには多因子が関与
 - ウイルスや宿主の遺伝学的素因
 - ... AIDSが進行しても発症しない場合がある
- HIVの中樞神経系への侵入
 - HIVの初期感染時に侵入(小静脈周囲や髄膜)
 - 単球由来のマクロファージ(MΦ)とミクログリア主体
 - 神経細胞にはほとんど感染は認められない
- 細胞蛋白による神経障害
 - 感染MΦやミクログリアなどからのサイトカインやNO
 - 非感染活性化細胞からも
- HIV関連蛋白による神経障害
 - 直接的に神経細胞に毒性: gp120, gp41, Tat
 - アストロサイトやミクログリアの活性化

Sperber K et al. 2003 McArthur JC 2005 Navia BA et al. 2005

HIV脳症の疫学

- AIDS発症とともに増加
 - 無症候期の有病率: 0.4%
 - HAART導入以前: 17~25%
 - HAARTの導入により発症率は減少
- 生存率の増加により有病率が上昇
 - HAART導入前後の認知症発症後の生存期間
 - 前(1993-1995): 11.9ヶ月 / 後(1996-2000): 48.2
- 2003年以降再び発症率が増加
 - HAARTにより、HIV脳症の病態が変化？
- 軽症型(MCMD)が増加してきている
 - AIDS患者の20~30%と推測されている

Maschke M et al. 2000 Sacktor N et al. 2002 Dore GJ et al. 2002 McArthur JC 2004, 2005 Navia BA et al. 2005

HIV脳症の病理所見

炎症性・変性性の神経病理所見を呈す

- 白質および深部灰白質のMΦの浸潤
- ミクログリア結節と多核巨細胞
- アストロサイトの活性化と反応性アストログリオシス
- 白質の淡明化とグリオーシス
- 皮質シナプスや樹状突起の障害
 - ... 認知機能低下の密接な関連あり
- 大脳皮質、海馬や基底核などでの細胞の脱落

McArthur JC 2005 Navia BA et al. 2005

HIV脳症における認知症発症のリスク

- 感染後血清反応陽転早期の血漿HIV RNA高値
- CD4陽性Tリンパ球数(以下CD4)が早期に400/μl以下に
- 髄液中のHIV負荷量高値
- AIDS発症以前の貧血
- AIDS発症以前の肥満指数が低い
- 加齢(50歳以上では、若年の2倍のリスク)
- 静脈注射による麻薬中毒患者
- 女性AIDS患者
- 罹病期間

※ ただし、HAART導入以前のデータ

McArthur JC 2005 Navia BA et al. 2005

HIV脳症の臨床所見

- HIV脳症とは？
- HIV脳症の疫学
- HIV脳症の病態と病理
- HIV脳症の臨床症状
 - 皮質下認知症
 - 高次脳機能障害
 - 高次脳機能障害の影響
 - スクリーニング
 - 画像/検査所見