

別添 1

厚生労働科学研究費補助金

エイズ対策政策研究事業

**HIV 陽性者に対する  
精神・心理的支援方策および  
連携体制構築に資する研究**

平成 31 年度～令和 2 年度 総合研究報告書

研究代表者 山田 富秋

令和 3 (2021) 年 5 月



## 別添 2

### 目 次

#### 総合研究報告書

- 1 HIV 陽性者に対する精神・心理的支援方策  
および連携体制構築に資する研究** 1 頁

山田 富秋 (松山大学人文学部社会学科)

#### 分担研究報告書

- 2 HIV 陽性者へのカウンセリング効果の検証** 8 頁

大山 泰宏 (放送大学教養学部)

- 3 HIV 陽性者の心理的問題点と対策の検討** 16 頁

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)

- 4 MRI 画像による、神経認知障害の神経基盤の解明** 23 頁

村井 俊哉 (京都大学大学院医学研究科脳病態生理学講座 (精神医学))

- 5 HIV 陽性者の精神疾患医療体制と連携体制の構築  
-HIV 陽性者における精神疾患の実態  
と精神科医療機関が抱える課題-** 27 頁

池田 学 (大阪大学大学院医学系研究科精神医学)

- 6 薬害被害者の心理的支援方法の検討** 42 頁

山田 富秋 (松山大学人文学部社会学科)

## 別添 3

# 厚生労働科学研究費補助金（エイズ対策政策研究事業） 総合研究報告書

## HIV 陽性者に対する精神・心理的支援方策および連携体制構築に資する研究

課題管理番号：H30-エイズ一般-30150701

研究代表者 山田 富秋（松山大学人文学部 教授）

### 研究要旨

治療の進歩で予後が大きく改善し慢性疾患と位置づけられるまでになった HIV 感染症であるが、治癒はないため、HIV 感染という状況に変わりはなく、HIV 陽性者は生きづらさや精神心理的困難を抱えていることが少なくない。ここに、精神的・心理的支援に関わる課題が指摘される。本研究は、平成 29 年度まで「HIV 感染症および合併症の課題を克服する研究」班の研究分担として実施してきたが、研究課題の重要性と専門性が高いため、平成 30 年度より独立した研究班と位置づけられた。本研究は、先行研究の成果を踏まえ、HIV 陽性者の精神・心理的実態を明らかにし、より効果的な精神・心理的支援策を開発し、心理的支援を統合した診療ネットワークモデルの提供を試みた。また、平成 31-令和元年度より、研究代表者を白阪琢磨（国立病院機構大阪医療センター）から山田富秋（松山大学）に変更した。本研究は、研究 1（大山泰宏）「HIV 陽性者へのカウンセリング効果の検証」、研究 2（安尾利彦）「HIV 陽性者の心理的問題点と対策の検討」、研究 3（村井俊哉）「MRI 画像による HIV 神経認知障害の神経基盤の解明」、研究 4（池田学）「HIV 陽性者の精神疾患医療体制と連携体制の構築」、研究 5（山田富秋）「薬害被害者の心理的支援方法の検討」の 5 つの分担研究を実施した。

### 研究分担者

大山 泰宏（放送大学 教授）

安尾 利彦（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 主任心理療法士）

村井 俊哉（京都大学大学院医学研究科 教授）

池田 学（大阪大学大学院医学系研究科 教授）

### A. 研究目的

厚生労働行政の課題の一つでもある HIV 陽性者に対する精神・心理的支援方策を多角的に探求し、HIV 医療と精神医療の連携体制を構築することが本研究の目的である。

本研究開発課題を構成する研究 1 から研究 5 までの研究目的について以下に説明する。

#### 研究 1(大山) 「HIV 陽性者へのカウンセリング効果の検証」

HIV 陽性者に対する心理カウンセリング、とりわけパーソナリティ変容に作用する力動的心理療法の効果を実証的に検証し、心理的支援法に関する具体的提言をおこなう。

#### 研究 2(安尾) 「HIV 陽性者の心理的問題点と対策の検討」

HIV 陽性者の行動面の障害を伴う心理学的問題、特に

受診中断に関して、その発生状況、受診中断と関連する要因、受診中断に至る心理力動を明らかにし、それに基づいて受診中断予防、受診再開、受診継続のための適切な心理学的介入方法を明らかにする。

#### 研究 3(村井) 「MRI 画像による HIV 神経認知障害の神経基盤の解明」

HIV 関連神経認知障害(HAND)診断基準領域に加え、表情認知、意思決定等の障害が報告されているが、その神経基盤の知見は乏しい。今年度は MRI 画像と最新の画像解析技術で、これらの障害の実態を明らかにし、陽性者の心理的支援の基礎情報を提示する。

#### 研究 4(池田) 「HIV 陽性者の精神疾患医療体制と連携体制の構築」

大阪府内の HIV 陽性者の精神疾患合併症の実態および診療の課題を明らかにし、HIV 陽性者に対する精神科医療機関の連携体制を構築するための基礎資料を提供する。

#### 研究 5(山田) 「薬害被害者の心理的支援方法の検討」

薬害被害者の抱える HIV 感染というスティグマがどのような「生きづらさ」生み出しているのか、インタビューから得られたライフストーリーを歴史的文脈に位置づけることによって質的に読み解き、そこから被害者にとって効果的な心理的支援方法を考察する。今

年度は薬害被害者の「生きづらさ」を構成する HIV 感染に由来するスティグマの心理社会的意味を明らかにすることによって、効果的な心理的支援方法を考察する。

## B. 研究方法

### 研究1(大山)

平成30年度～令和2年度にかけて、エイズ治療拠点病院である京都市立病院と連携し、HIV陽性者に合計で25回のカウンセリングをおこない、事前・事後、および中間において、心理学的アセスメントをおこなう。

### 研究2(安尾)

A)平成30年度、大阪医療センターのHIV陽性者168名を対象に、診療録から後方視的に基本属性、受診中断歴、受診無断キャンセル数等を抽出する。B)令和元年度、同施設のHIV陽性者を対象に、受診中断等行動面の障害を伴う問題の有無の調査、心理尺度を用いた量的調査を実施し、糖尿病と高血圧症の慢性疾患の患者各200名に同様の調査を実施し、比較を行う。C)令和2年度、2012年～2014年の2年間に同施設を初診受診したHIV陽性者のうち、6ヵ月以上にわたる受診中断経験を有する「中断・再開経験者」群とし、中断経験のない「受診継続者」群と比較する。

### 研究3(村井)

平成30年度は、神経認知障害と灰白質体積減少の関連性を探求し、令和元年度には、nadir CD4と白質神経線維障害・神経認知障害との関連性を、令和2年度においては、診断基準規定外領域への神経認知障害の広がりについて研究する。

すなわち、大阪医療センターで取得済みの患者群・対照群各40名、合計約80名のデータを用い、神経認知課題の患者群と対照群の比較、患者群の課題成績と脳灰白質体積の相関等についての画像統計解析を行う。疾患群における認知障害を神経心理検査バッテリーで評価し、個々の認知ドメインの検査成績とMRI画像から得られた灰白質・白質の形態学的指標との関連を解析することで、障害の実態を明らかにし、心理的支援につなげる知見を提示する。

### 研究4(池田)

平成30年度は、大阪府の精神科医療機関でHIV陽性者を診療している機関に対して、直近半年間のHIV関連精神疾患の診療実績、診療上の留意点、紹介元、紹介先などについて質問紙調査を実施する。令和元年度は、精神科医を対象としたアンケートをもとに精神科医療関係者を対象にHIVに関する知識の習得を目的とした研修プログラムを作成する。令和2年度は、HIV陽

性者を対象としたWeb調査を実施し、精神科への診療希望ならびに受診のしづらさについて実態を明らかにする。

### 研究5(山田)

A)平成30年度は、ある拠点病院のHIVチーム医療における心理カウンセリングの役割についてインタビュー調査を実施した。B)平成30年度～令和2年度は、薬害被害者のライフストーリーを歴史的文脈に位置づけることを通して、薬害被害者の「生きづらさ」について質的に分析する。C)令和2年度は、薬害被害者を対象とした新たなインタビューを実施する。また、HIV感染がスティグマとして働くことによって、薬害被害者の孤立を招いた事態がピアの支援によって緩和される事例をライフストーリーの分析を通して提示する。

### (倫理面への配慮)

研究開発代表者は松山大学における人を対象とする研究の倫理審査に関する委員会の審査を受け、研究遂行の認可を受けた。各研究分担者は所属先及び研究対象の機関において倫理審査を受け承認済みである。

## C. 研究結果

### 研究1(大山)

平成30年度まで6例の参加者が得られ、うち5例に関してカウンセリングが開始された。これまでの終了事例と合わせて9事例を実施済みである。しかし2例がいずれも4回目あたりで中断した。中断の原因として、セラピストと親密な関係を築きあげる過程で、対人関係における防衛パターンが無効になった時に、新しい関係性に対して肯定的な受け止めではなく、解体不安が生じたことが推測される。開始時の4回目あたりがその後の展開と支援をアセスメントする鍵となることがわかった。実施済みの事例については、DAMS抑うつ不安尺度、自尊感情尺度、首尾一貫尺度、対象関係尺度等の心理アセスメントを実施した結果、いずれも抑うつや不安気分の著しい改善が見られ、カウンセリング効果が実証された。

### 研究2(安尾)

A)診療録の後方視的調査結果として、30歳以下で、抗HIV薬の無服用、無断キャンセル回数の多さと、受診中断の間に関連が認められた。B)高血圧症と糖尿病の慢性疾患との比較の結果として、自尊感情が低い人ほど治療薬の中断があった。HIV陽性者に比べて高血圧症の人や糖尿病の人は自己中心的な他者操作と一体性の過剰希求が高かった。治療継続や就労が困難な慢性疾患患者に対しては、自尊感情に焦点を当てた介入が

求められる。また HIV 陽性者は他の慢性疾患に比べ、他者に対する健全な共感性や自己と他者の境界感覚を有しているが、過度にこの傾向が強い場合には、他者に対して劣等感や心理的な距離感を抱きやすい可能性がある。C) 受診中断・再開経験者の比較によって、受診中断者は自分に攻撃を向けやすい傾向があり、継続受診には自罰傾向の緩和および問題解決に向けた方法の提示などの援助が重要であることが明らかとなった。

#### 研究3(村井)

患者の免疫力を反映する CD4 数のうち、低い nadir CD4 患者群では、運動機能、遂行機能、感覚統合などの認知機能が有意に低下していた。nadir CD4 が低い群ほど、障害を生じやすいことが半明した。また、nadir CD4 が低い HIV 陽性患者では、認知機能障害と脳白質神経線維の障害の一部に関連性があることが示された。報酬を伴う意思決定課題 (Cambridge gambling task [CGT])、意思決定に先立つ情報収集課題 (Information sampling task [IST]) で患者群に障害がみられた。課題と灰白質体積との相関領域について、IST で患者群の前帯状皮質に有意な相関がみられた。

#### 研究4(池田)

精神科受診中の HIV 陽性者の診療内容は、うつ病が半数を占めており、通常精神科診療と同様に行えることから連携体制構築の可能性が示唆される。また、研修会への参加経験は 11.8% と低いにもかかわらず、参加希望は 88.9% と高かった。研修ニーズは抗 HIV 薬との薬物相互作用、HAND、針刺し事故という内容での希望が高かった。HIV 陽性者を対象とした Web 調査で回答が得られた HIV 陽性者 28 名のうち、50% に精神症状があり、21% が精神科通院中であった。精神科への抵抗感は 64.3% がもっていた。精神科病院の選定基準で大切な要件として、LGBT に対する配慮 (75.0%) や HIV への理解 (71.4%) を HIV 陽性者が求めている。

#### 研究5(山田)

薬害被害者の医師に対する信頼感に着目し、1980 年代のエイズパニック前後における医師への態度の変化を比較した。また、薬害エイズ裁判前後の歴史的状況に着目し、裁判に直接関わった世代 (1960 年代生まれ) と、その後の世代 (1970 年代半ば以降生まれ) とを比較することによって、両方の世代の「生きづらさ」と「生きなおし」の質的相違を明らかにした。さらに、ART の普及後においても、HIV 感染はスティグマとして薬害被害者に何らかの「生きづらさ」をもたらす源泉となっていることを、ライフストーリーから明

らかにした。薬害被害者は HIV 感染した自分をネガティブなものとして捉え、孤立する傾向があった。しかし、同じ感染者 (ピア) との接触をきっかけに好転した例も見出された。

## D. 考察

### 研究1(大山)

中断事例に関しては「4 回目の危機」を乗り越えることの困難さが分析された。この危機を乗り越えて、新たな関係性の中に、すなわち、それまでの自分の意識的な在り方とは異なった自己の生成の動きにシフトできると、カウンセリングは継続していく。HIV 陽性者への心理的支援の方法論を構築するうえで、今後、HIV 陽性であるといった秘密を抱えながらも一体感を希求する対象関係の在り方をさらに検討していく必要がある。

### 研究2(安尾)

慢性疾患患者には、自尊感情の高さと治療継続や就労といった行動との間の関連性、対人緊張の高さや対人的交流の乏しさが、強弱に差はあるが共通して認められた。また高血圧症患者、糖尿病患者は、HIV 陽性者よりも就労している傾向にあった。これらの点から、慢性疾患患者に対する心理的支援に関しては、罹患等による自尊感情の低下や対人緊張・回避に焦点づけた介入が重要であると考えられる。また、HIV 陽性者の就労困難については、他の 2 疾患よりも疾患や性的指向に対する社会的偏見が影響している可能性が推察される。

また、HIV 陽性者は他の 2 疾患よりも「自己中心的な他者操作」と「一体性の過剰希求」が低く、一般人口よりも「自己中心的な他者操作」「一体性の過剰希求」「見捨てられ不安」が低いことが明らかとなった。「自己中心的な他者操作」は他者の操作的利用や共感性未発達を、「一体性の過剰希求」は他者を独立した他者と認めない傾向を、そして「見捨てられ不安」は拒絶の恐れや相手の反応への過敏さを意味する。これらの点から、HIV 陽性者は、他の 2 疾患患者よりも他者に対する健全な共感性や自己と他者の境界感覚を強く有する一方で、他者に対して劣等感を抱き、心理的に距離を置く傾向がある可能性が推察される。

心理療法においては、個々の HIV 陽性者の対象関係についてこれらの点に留意したアセスメントと介入が必要である。

### 研究3(村井)

HIV 感染でみられる神経認知障害は不均質で個人差があり、その不均質性や個人差の背景には灰白質体積減

少という生物学的背景、神経基盤があることが示唆された。

低いnadir CD4 患者群では、情報処理速度、運動機能の認知機能が有意に低下していた。また、低いnadir CD4 患者群では、脳全体で、脳白質線維のMD値の上昇が認められた。感染初期の免疫低下が著しいほど白質の神経線維損傷が生じやすいと示唆され、その損傷は神経認知障害の一部に影響しており、神経認知障害の生物学的背景、神経基盤であることが示唆された。

HIV 患者群では情報が十分に収集される前の段階で、意思決定が衝動的に行われていること、その神経基盤が前帯状皮質であることが示唆された。

#### 研究4(池田)

大阪府の精神科医療機関でHIV陽性者を診療している精神科医療機関に対して、質問紙調査を実施した結果、精神科受診中のHIV陽性者の診療はうつ病が半数を占めていた。また、研修ニーズは薬物相互作用、HAND、針刺し事故において高かった。

精神科の病院選定基準で大切な要件としては、LGBTへの配慮やプライバシーが守られて安心して話ができる環境の整備が特に求められている。他にもHIVに対する理解があることが求められており、HIV研修の受講がHIV陽性者の受診しやすさへつなげられる可能性が考えられる。回答者により精神科の病院選定で大切とする要件は異なり、さまざまなニーズに応えられる多様な精神科医療機関の選択肢が存在することが重要である。

#### 研究5(山田)

3年間にわたる当事者のライフストーリーの分析から明らかになったのは、過去の薬害エイズ事件から由来するHIV感染にまつわるスティグマの存在である。薬害被害者は日常生活のさまざまな場面で、このスティグマから来る差別や偏見によって「生きづらさ」を抱えている。過去のトラウマ経験によって、強い不信感や虚脱感を抱えている薬害被害者に対して支援を実際に提供したのは、制度化された医療者ではなく、過去に同じ経験を共有したピアとピアの組織であった。

## E. 結論

#### 研究1(大山)

HIV陽性者を対象として、25回の試行的なカウンセリングをおこなった結果、抑うつや不安気分の改善、自尊感情やストレス対処能力の向上が認められた。対象関係(他者との関係のパターン)の安定性に関しては、総体的には大きな変化は見られなかったが、その構造が変化していることは示唆された。カウンセリング

の効果を評価するための有効な指標の抽出という点からは、比較的短期のカウンセリングでは、気分の改善を見る指標が有効であった。また、HIVに対する意味づけの仕方が、他者と出会い関係を結んでいくカウンセリング過程への反応を示唆する指標となる可能性が示されたが、そこには対象関係の在り方が反映されるからだと考えられた。

#### 研究2(安尾)

HIV陽性者を含む慢性疾患患者において、自尊感情の高さが治療継続や就労行動と関連することが明らかとなった。またHIV陽性者は他の2疾患患者よりも他者に対する健全な共感性や自己と他者の境界感覚を強く有する一方で、他者に対して劣等感を抱き、心理的に距離を置く傾向がある可能性があり、これらの点に留意したアセスメントと介入が必要であると推察された。

HIV陽性者の受診中断の発生状況が明らかとなったが、HIV陽性者が自分を攻撃することが、受診行動を阻害する現実的問題を解決して乗り越える力や、自分を大事にしようとする治療意欲を弱めている可能性が推察される。受診中断の予防や再開・継続の支援のためには、HIV感染等を巡るHIV陽性者の自罰的な感情への介入と、問題解決の指向性を補助・促進する介入が必要であることが推察される。

#### 研究3(村井)

HIV陽性者の精神・心理的支援においては、個人差に注目することが必要であり、その個人差は生物学的な神経基盤によって生じていることを意識することが必要である。また、初期の免疫機能低下の情報が支援にあたって、重要な情報であると考えられる。HIV陽性者は安全性や確実性の高い選択をできていない可能性があり、情報やリスクを十分に評価せずに行動してしまう可能性があることに配慮する必要がある。

#### 研究4(池田)

HIV陽性者に対する精神科診療は通常診療と同様に実施できる。HIV陽性者が精神科医療機関に必要な際の受診を可能とする医療機関の連携体制を構築するためには、HIV陽性者が抵抗感を低くできるような精神科医療機関向けの形態別の研修が必要と考える。

HIV研修内容のニーズは、精神科診療所では、「薬物相互作用」「HIV治療薬の副作用としての精神症状」など薬物治療に関すること、精神科単科病院では社会的支援・連携に関する「緊急入院の連絡先」「利用できる訪問看護や施設」「針刺し事故への対応」、総合病院では「HIV/AIDSに関する診療知識・薬物治療・社会的支援等包括的なニーズ」などであった。HIV陽性者はカミング

アウトする必要があるのかについても不安に思っており、より一層 LGBT の理解を求めていたことから、LGBT の理解にむけた啓発教育が必要である。

HIV 陽性者は精神症状があった時に HIV 治療の主治医に相談することから、HIV 治療を行う感染症科・内科医等が紹介しやすい HIV において理解のある精神科病院リストの作成が必要である。

#### 研究 5 (山田)

本研究の最大のメリットは、血友病の薬害被害者のピアによって構成された支援団体である NPO 法人「りょうちゃんず」の全面的な協力を得て、薬害被害者の視点を分析視角に入れるとともに、現在 HIV 医療に従事している看護師と臨床心理士を研究協力者として研究チームに組み入れることによって、当事者の「生きられた経験」だけでなく、医療現場における社会心理的支援の実際の文脈を考慮に入れることができたことである。

薬害被害者がスティグマに脅かされずに生活するためには、HIV/AIDS というスティグマに対する啓発活動と医療福祉機関の連携が必要である。HIV チーム医療の研究が明らかにしたように、実効性のある支援を行うためには、医療者自身が、薬害被害者の不安感を生み出している生活史的背景を理解し、可能な限りそれを受け止めていくことが重要である。それは、医療という限定的な文脈を超えて、薬害被害者の生活の文脈へと一歩足を踏み出すことを意味する。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

#### 研究代表者

山田富秋

血液製剤由来 HIV 感染者の心理的支援方法の検討—ある HIV チーム医療の実際から—：松山大学論集：第 30 巻第 4-1 号 213-241 頁 2018 年 10 月

#### 研究分担者

村井俊哉

原著論文による発表

欧文

- 1) Kato T, Yoshihara Y, Watanabe D, Fukumoto M, Wada K, Nakakura T, Kuriyama K, Shirasaka T, Murai T. Neurocognitive impairment and gray matter volume reduction in HIV-infected patients. J Neurovirol. 2020 Aug;26(4):590-601. doi: 10.1007/s13365-020-00865-w. Epub 2020 Jun 22. PMID: 32572834.

2) 金井講治, 長瀬亜岐, 池田学

大阪府精神科医療機関における HIV 陽性者に対する診療の実態と研修ニーズ 日本エイズ学会誌 (投稿中)

## 2. 学会発表

### 研究代表者

山田富秋

1) 山田富秋, 橋本 謙

薬害被害者の心理的支援方法の検討 第 32 回日本エイズ学会学術集会・総会 大阪府立国際会議場 2018 年 12 月

2) 早坂 典生, 山田 富秋, 橋本 謙, 種田 博之, 入江 恵子, 小川 良子, 宮本 哲雄

薬害被害者の心理的支援方法の検討—1970 年代後半生まれ血友病 HIV 感染者における「日常(普通)」生活の取戻し 第 33 回日本エイズ学会学術集会・総会 熊本 (ポスター発表) 2019 年 11 月

3) 山田 富秋 (松山大学)、早坂 典生 (特定非営利活動法人りょうちゃんず)、橋本 謙 (岐阜県・愛知県スクールカウンセラー)、種田 博之 (産業医科大学)、入江 恵子 (北九州市立大学)、小川 良子 (看護師)、宮本 哲雄 (国立病院機構大阪医療センター)

薬害被害者の「感染」の心理社会的意味 2020 年 11 月 第 34 回日本エイズ学会学術集会・総会オンライン大会

### 研究分担者

大山泰宏

1) 山本喜晴、田中史子、荒木浩子、市原有希子、大澤尚也、清水亜紀子、高橋紗也子、仲倉高広、野田実希、古野裕子、山崎基嗣、大山泰宏. HIV 陽性者に対するカウンセリング効果の実証的研究—薬物依存男性の事例を通して—、日本心理臨床学会第 38 回大会、2019 年、横浜。

2) 荒木浩子、高橋紗也子、田中史子、山本喜晴、市原有希子、大澤尚也、清水亜紀子、仲倉高広、野田実希、山崎基嗣、大山泰宏

HIV 陽性者に対する心理カウンセリングでの課題に関する研究. 心理臨床学会第 39 回大会、2020、オンライン開催。

### 安尾利彦

1) 安尾利彦

長期療養におけるコミュニケーションの重要性. HIV 感染症薬物療法認定・専門薬剤師認定講習会、第 32 回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2018 年 12 月



2) 水木薫、安尾利彦、西川歩美、白阪琢磨  
HIV 陽性者の行動面の障害を伴う問題の心理的背景に関する研究。第 32 回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2018 年 12 月

#### 村井俊哉

1) Y. Yoshihara, T. Kato, D. Watanabe, T. Shirasaka, T. Murai. Differences of cognition and brain white matter between cART-treated HIV-infected patients with low and high CD4 nadir. Society for Neuroscience, Chicago, Illinois, October 19-23,

2019 (ポスター発表)

#### 池田 学

1) 金井講治, 長瀬亜岐, 池田学 : 大阪府内における精神科診療機関の HIV 陽性者の受診および受け入れ体制. 第 33 回日本エイズ学会学術集会・総会, 熊本, 2019 年 11 月.

2) 金井講治, 長瀬亜岐, 池田学  
大阪府の精神科医療機関における HIV 陽性者の外来診療の実態. 日本エイズ学会, 2020 年, 幕張 (Web 開催).

G. 知的所有権の出願・取得状況 (予定を含む)  
なし

## 2 HIV 陽性者へのカウンセリング効果の検証

研究分担者 : 大山 泰宏 (放送大学教養学部 教授)

研究協力者 : 荒木 浩子 (追手門学院大学心理学部・准教授)  
市原 有希子 (神戸女学院大学カウンセリングルーム・カウンセラー)  
大澤 尚也 (京都大学大学院教育学研究科 博士後期課程)  
清水 亜紀子 (京都文教大学臨床心理学部・講師)  
清水 恒広 (京都市立病院・副院長, 感染症内科)  
高橋 紗也子 (医療法人良秀会・臨床心理士)  
田中 史子 (京都先端科学大学人文学部・教授)  
仲倉 高広 (京都橘大学健康科学部・助教)  
野田 実希 (京都大学大学院教育学研究科臨床心理学講座・助教)  
山崎 基嗣 (京都大学大学院教育学研究科附属臨床教育実践研究センター・助教)  
山本 喜晴 (関西国際大学人間科学部・准教授)

**研究要旨** HIV 陽性者へのカウンセリングを中心とした心理的支援の必要性と意義を明らかにするために、HIV 陽性者を対象に継続的なカウンセリングを試行し、そこで得られたデータをもとに、心理的テーマの特定、心理的支援の効果の測定と評価方法の開発、望ましいカウンセリングの技法や態度に関する検討をおこなう。

### 研究目的

#### 【研究全体の目的】

近年、HIV/AIDS は、薬物療法などの医療技術の進歩によって直接的に死に至る疾患ではなくなり、慢性疾患の1つに数えられるようになった。生命予後が改善されたことは喜ばしい一方で、疾患に伴う様々な苦痛に晒される時間が長くなったといえる。HIV 陽性者には抑うつ・不眠、不安の強さや物質乱用などが有意に高い頻度で生じると指摘されており (井上, 2015)、それらの症状・問題の背景には、セクシャルアイデンティティのテーマ、社会的偏見に実際に曝されることやその予見的恐ればかりでなく、自己存在に関する実存的苦悩も含めた、深く複雑な心理的テーマがあると考えられる。

HIV 陽性者への心理的支援の意義について、山中 (2010) は、カウンセリングによって当事者が精神的に安定するばかりでなく、医療者に対する効果についても言及している。すなわち、カウンセリングによって患者の気持ちが安定し、患者の人間関係上の課題が整理されたと考える医療者は多いという。仲倉 (2005 ; 2009) は、HIV 陽性者の心理療法において心理的・実存的課題に関わりつつこれまでの生き方を振り返り、個人としてのこれからの生き方を探究する意義を示している。心理療法の効果については、近年、より実証的な研究に基づく説明が求められているため、HIV 陽性者に対する心理療法の効果を実証的に示した研究 (Markowitz et al., 1992 ; Evans et al., 2003) や、メタ分析により効果を示した研究 (Himelhoch et al., 2007 ; Scott-Sheldon et al., 2008 ; Sherr et al., 2011) が数多く登場してきた。しかし、そこで扱われている分析指標はいずれも、抑うつ

つ気分の改善や不適応行動の低減といった、比較的容易に観察可能なものに限られており、HIV 陽性者の抱える、実存にもかかわるような複雑な心理的テーマに対応したものであるとはいえない。

本研究では、HIV 陽性者の抱える深く複雑な心理的テーマにかかわる支援を探り、その効果も実証するためのカウンセリングを中心とする調査を新たにデザインした。具体的には、質問紙評定や本人の語りばかりでなく、投映描画法なども用いた多面的な指標による評価とプロセスの記述を試みて、HIV 陽性者の心理的課題に対する心理療法の効果と意義を検討することを目的とする。併せて、そのために適切な効果指標の抽出をおこなう。

#### 【2018~2020 年度の目的】

これまでの本研究班での研究で実施した事例は少数であるが、抑うつ気分や不安気分の著しい解消、対象関係の安定化が確認できた。しかし、事例数が十分でないため、実証性と説得力に乏しく、一般化するまでに至っていない。

そこで、これまでおこなってきたものと同じデザインにて、カウンセリングの介入研究を継続し、十分なサンプル数を得ることを目的とする。また、得られたデータに関しては、量的な分析および質的な因子探索型の分析をおこなうことで、HIV 陽性者へのカウンセリングの効果について検証をおこなう。

### 研究方法

#### 【調査のデザイン】

本研究班では、「HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究」(厚生労働科学研究費補助金 2015~2017 年度 研究代表者: 白阪琢磨)における研究分担「HIV

陽性者の心理的支援の重要性に関する検討」以来、一貫して以下のようなデザインで調査をおこなっている。

**1) 研究対象：**HIV 陽性者の方で、調査場所に無理なく通える者。性別は問わない。

除外基準として、以下の a～d の条件を設けた。

- 未成年の者
- 同意が得られない者、もしくは病状などにより十分な同意能力を持たない者
- 現在、心理療法を受けている者
- 現在、精神科受診中で、精神科主治医の同意が得られない者

**2) 手続き：**①面接者と被面接者との関係性を通して当事者の心的世界とその変容を知るため、同一担当者による標準的な支持的技法によるカウンセリングを実施した。カウンセリングは原則、週に1回50分とし計25回をおこなった。カウンセリングの5回目と15回目に実施継続について協力者の意向を確認し、更新同意書を交わした。

②当事者の重層的な心的世界を包括的・統合的に把握するため、投映描画法（バウムテスト、風景構成法）をおこなった。バウムテストとは、一枚の紙に一本の実のなる木を描くように教示し、自己像をとらえる投映描画法である。風景構成法とは、川や山などの項目を一つずつ教示していき、全体として一つの風景となるように描いてもらうことによって心理的空間の構成をみる投映描画法である。

③カウンセリング開始前、カウンセリング中盤（15回目終了後）、カウンセリング終了後（25回目終了後）に、心理的介入への影響を最小限にするため、別担当者によるインタビュー面接（半構造化面接）を実施し、質問紙への回答および、カウンセリングに対する感想等に関するプロトコルを収集した。

調査の流れは、図1に示す通りである。

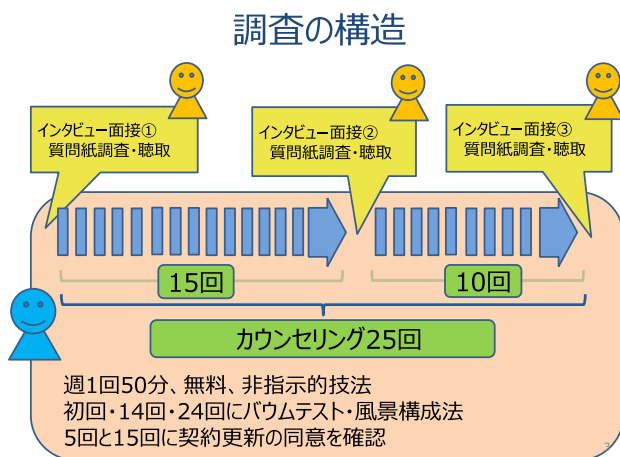


図1 調査の流れ

インタビュー面接時に実施した質問紙は以下の通りである。

①DAMS 抑うつ不安尺度（Depression and Anxiety Mood Scale）（福井, 1997）：インタビュー面接時の肯定的気分、抑うつ気分、不安気分について評定してもらうものである。

②ローゼンバーグ自尊感情尺度（山本他, 1994）：自分は他の人と比較して決して劣っているわけではなくそれなりに見所があるという、マイナスではない自己尊重の感情を測定するものである。

③SOC 尺度（Sense of coherence scale-13）

（Antonovsky, 1987/2001）：有意味性、処理可能性、把握可能性の3つの下位得点から構成されており、自分の人生に振りかかってくることを、ある程度予測しコントロールしつつ、自分の人生の統合性に関する感覚を測定するものである。

④対象関係尺度（青年期用）（井梅他, 2006）：他者に対する関係性の持ち方のパターンを測定するものである。

⑤SCT（文章完成法）（本調査用に自作）：刺激語「知りたいことは」「私の支え」「一番心配なのは」「私にとってHIVは」「大切にしていることは」のそれぞれに続けて、自分で文章を補完して完成させるものである。調査協力者の価値観やHIVに関するイメージの変化等を見るためのものである。

⑥Modified Goal Based Outcomes（M-GBO）：協力者本人にカウンセリングを通して達成したい目標を設定してもらい、それをカウンセリング前の自己評定とカウンセリング後の自己評定をおこなうことで、自己の主観的な目標の達成度をみるものである。Anna Freud National Centre for Children and Families（2015）のGBOを参考にした。

カウンセリングに関する感想等のプロトコル収集は、「カウンセリングを受けてどうだったか」という質問を中心に、カウンセリング過程に関する振り返りをおこなった。

#### 【調査協力者の募集】

2018年度は、京都大学の心理教育相談室の関連施設においておこなった。これは、過年度の研究「2015～2017年度厚生労働行政推進調査事業費『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：大阪医療センター白阪琢磨）の継続であり、すでに関連報告書で報告しているので、ここでは割愛する。2019年度より、京都市立病院での調査をおこなったので、以下にその手順や現状について記述しておく。

**1) 市立病院医師とのカンファレンス：**2018年度末に、本研究課題の分担者と研究班のメンバー（3人）、京都市立病院感染症内科の医師とで、京都市立病院にて研究の説明、および終了事例に関するカンファレンスをおこなうことを含め、本研究の協力体制を構築した。その結果、以下のような方法にて協力者を募った。

2) 調査協力者の募集：院内の感染症内科の中待合室等に、この調査への協力者を募るポスターを掲示した。さらに、感染症内科外来で HIV 陽性者を主治医として担当としている医師の協力を得て、診察時に本研究の紹介をおこなってもらった。これは 2019 年 9 月頃から、順次開始された。興味を示す患者がいた場合には、申し込みの方法が書かれたチラシ（図 2）を手渡すとともに、本研究は京都市立病院の診療・治療活動とは独立しており無関係であることを説明し、それに関して了解した旨の「確認書」を参加希望者に記入してもらった。これは、京都市立病院臨床研究倫理審査委員会からの承認の条件であった、病院での臨床活動と本研究との峻別を理解してもらうためである。

参加希望者は、図 2 に書かれている QR コード等を参考に、専用の Web サイトからの申し込みをおこなった。Web サイトは、本研究班により制作されたものである。図 3 には、そのトップページを示した。「次へ」のボタンをクリックすることで、本研究の趣旨等の説明をおこなうページへと遷移し、そこでは研究の説明書を閲覧できるようになっている。そのうえで、さらに進むと申し込みページへと至るようになっている。

この方法により、2019 年 12 月末で、6 名の申し出があった（30 代男性 1 名、40 代男性 5 名）。外来での受診が最長で 3 ヶ月に 1 回ということを見ると、京都市立病院に HIV 関連で通院しているすべての患者に応募をかけたことになるとと思われる。



図 2 主治医が参加希望者に手渡したチラシ（裏面）



図 3 Web 上の申し込み画面のトップページ

3) 調査実施場所の設定：調査の実施場所に関しては、インタビュー面接、カウンセリングとともに、京都市立病院内のボランティア室を使用しておこなわれた。使用のたびに、カウンセリングに適したレイアウトにするよう心がけ、使用後は原状復帰をおこなった。

4) COVID-19 感染拡大防止への配慮：2020 年度は、COVID-19 の感染拡大に伴い、カウンセリング、インタビューの施行者、調査協力者ともに、手指消毒、体温計測などをおこなった。また、緊急事態宣言等により 2020 年 4 月初旬から 6 月末、2021 年 1 月初旬～3 月初旬まで面接は休止とした。2020 年 6 月以降、調査協力者の新規募集も停止した。

#### （倫理面への配慮）

調査への参加表明のあった調査協力者に対して、事前に説明会を個別に行い、インフォームドコンセントを取得した。具体的には、本調査の内容、謝礼、リスク、調査を中止する権利、プライバシーの保護について、口頭ならびに文書を用いて説明した。これら全てを了解された協力者に同意書に署名してもらい、調査の開始とした。また、有害事象の発生に備えてリスクマニュアルを作成した。調査においては協力者の基本的な心身の状態に細心の配慮をおこない、精神的な落ち込みや混乱が著しい場合にはただちに調査を中止し、心理的ケアを優先する等を定めた。本研究によるカウンセリングの終了後についても協力者本人の希望に沿って、各種心理相談室の紹介をおこなっている。

本研究計画は、以下の 2 つの倫理審査にて承認を受けている。

a. 京都大学心理教育相談室の関連施設での研究に関しては、京都大学臨床心理学研究倫理審査会にて 2018 年 7 月に承認されている（受付番号 180013）。

b. 京都市立病院での研究に関しては、京都市立病院臨床研究倫理審査委員会にて2018年9月に承認（条件付承認）されている（受付番号429）。この承認の条件とは、研究の実施に際して、対象者（患者）に病院での診療との混乱なきよう配慮すること、治療主体と研究主体を区別することであった。

#### 【研究グループでのミーティング】

当研究班では2018年度に11回、2019年度に9回、2020年度に8回のミーティングがおこなわれ、学会発表、調査の計画、調査実施の具体的詳細などについて話し合われた。

その他、ミーティングに加え、本研究グループ専用のメーリングリストを立ち上げ、それを通して日常的に情報交換や議論、倫理委員会提出の資料の作成作業、学会の発表要旨や発表原稿等の作成をおこなった。2018年4月1日から2021年2月22日までのあいだで、合計732通のやりとりがおこなわれた。

### 研究結果

#### 【京都市立病院での事例の経過】

2021年2月22日現在、5例のうち2例が終了し、1例が継続中である。残りの2例はカウンセリングの3～4回目のセッション（インタビュー面接を加えれば、4～5回目）にて、本人の申し出により研究参加中止となった。2例とも最終面接までのデータの研究での利用は書面にて承諾された。

過年度の科研での成果も含めると、終結事例5例、中断事例2例のデータが得られている。

#### 【質問紙による諸尺度の得点変化】

2020年度はCOVID-19の影響により途中休止を挟んだため、カウンセリング実施の条件が十分に統制されておらず、それまで得られたデータとは単純には合併はできないが、全体の傾向をみるために本報告書では、終結5事例の質問紙の得点の変化を示しておきたい。

#### ・DAMS 抑うつ不安尺度得点

事例によって変化の仕方に差はあるものの、図4に示すように、カウンセリング終了後は開始前に較べて、抑うつ気分と不安気分といった否定的気分に、改善が見られる（グラフ内の赤丸が5例の平均値である）。いっぽう、肯定的気分には平均値をみるかぎり著変はない。

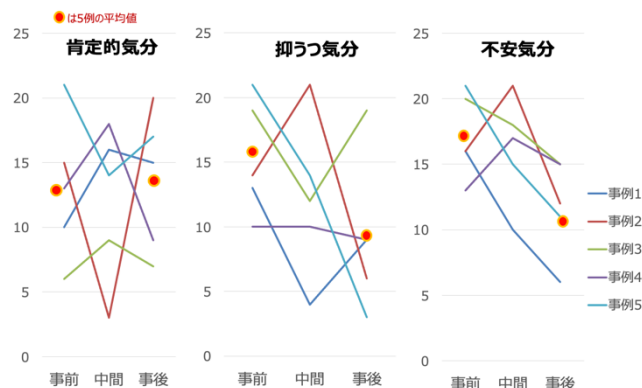


図4 DAMS 不安抑うつ尺度得点の変化

5例の平均がどれくらい統計的に意味があるかは不確かであるが、それを一応の参考にするならば、事前と事後を比較した場合、総体的には、抑うつに関連する気分の改善にカウンセリングは効果があると推測できよう。

事例によって、中間時点での得点が極端に高くなったたり低くなったりするが、これはカウンセリングの深まり、面接者への転移によって、抑うつ的になったり、逆に過度に気分が肯定的になったりといった、経過の中で生じる現象であることが、面接者の事例の記録をもとにした経過の分析によって明らかになっている。

#### ・自尊感情尺度得点の変化

いずれの事例においても、カウンセリング終了時は開始時よりも、自尊感情得点がやや上昇していることがみとれる。

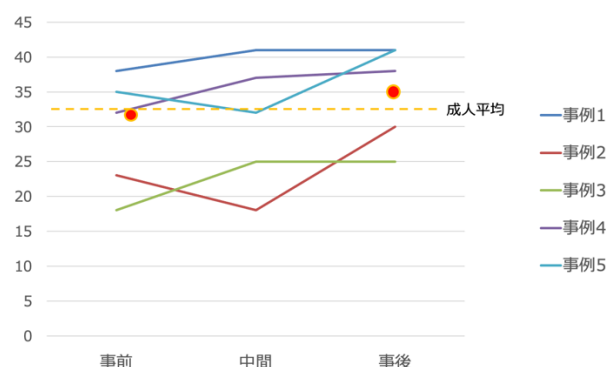


図5 自尊感情尺度得点の変化

すなわち、カウンセリングによって、自己に対する否定的な感覚についても改善され、自分はそれなりに意味ある存在だという感情が育っていると考えられる。なお、自尊感情尺度の平均的得点は、時代、年代、性別に差がありうるが、図4に示した成人平均は、小塩他(2016)のメタ分析による近似推定ラインによる。

#### ・SOC（首尾一貫）尺度（18項目版）得点の変化

SOC 尺度得点もいずれの事例においても、カウンセリングの事後は、事前より上昇していた。その結果を図6に示す。

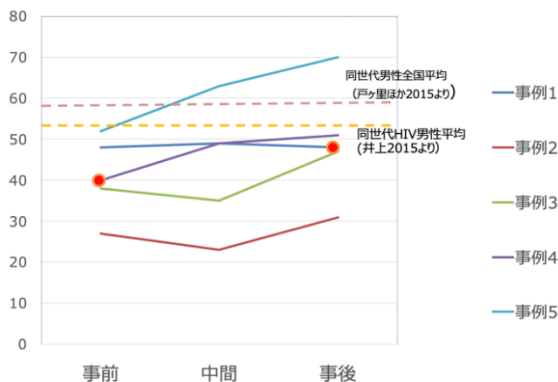


図6 SOC-18 得点の変化

図6に示すように、平均点では40点程度であったものが50点程度までに上昇している。同世代の男性全国平均(戸ヶ里他, 2015)および同世代のHIV陽性者の男性での平均(井上, 2015)よりも低い値に留まるが、カウンセリングによりストレス対処能力が全般的に向上していると言える。

SOCの下位項目の変化については、事例ごとの個人差が大きく、総得点ほどの明確な共通性は見られなかった。

#### ・対象関係尺度(青年版) 得点の変化

図7に示すのは、対象関係尺度の総得点の変化である。

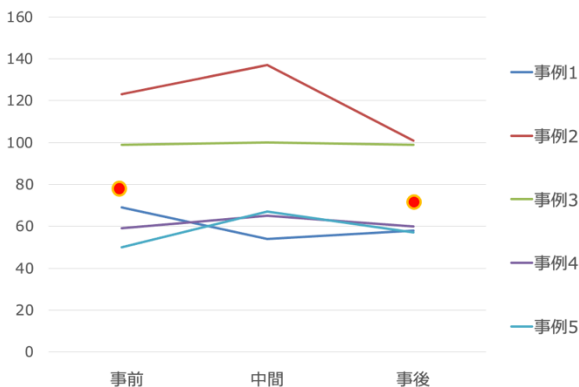


図7 対象関係尺度(青年版) 得点の変化

対象関係尺度は、一言でいえば対人関係の不安定さの尺度であり、得点が低いほど、他者との関係が安定している、すなわち自他の区別を前提として、他者と自己との信頼にもとづく健康度の高い関係性ももてるということである。この尺度に関して、25回のカウンセリングの体験の前後では、総得点にほとんど差は見られなかった。

下位尺度得点に関しては、事例によって個人差が大きい。本報告書では紙幅の都合で割愛するが、下位尺度得点では、事後では上昇するものもあれば、低下するものもあり、単純に「改善」というわけではないが、対人関係におけるパターンや他者への期待に、変化が生じつつあるとは言えるであろう。

#### ・質問紙の諸尺度の変化の総括

25回のカウンセリングの結果、抑うつ関連気分の改善、自尊感情、SOC(首尾一貫)の感覚には改善が見られた。すなわち、気分や自己イメージ、能動性の感覚、ストレス対処能力などに、カウンセリングは一定程度の効果が見られると言えよう。サンプル数がまだまだ少なく、推計統計学的に有意な差を検出するには至っていないが、今後サンプル数が増えてくると、現在見られている傾向はますます確実なものとして確認できるであろう。

一方で、対象関係尺度には、今回はあまり変化が見られなかった。変化が見られた気分や感情の尺度は、その測定時点で現象として表面化している心理状態に関するものである。これに対して対象関係尺度は、パーソナリティにおける、さらに深層の、より一貫したパターンのようなもの、自己の現象の背後にある法則のようなものである。それらは、より変化しにくいものであり、今回のような25回のカウンセリングではなく、もっと長期的なカウンセリングが必要だと思われる。しかしながら、今回の諸指標から、カウンセリングを受けることによって、不安や抑うつ状態は改善し、自己価値感やストレス対処能力が向上することで、HIV陽性者であることに関するさまざまな現実的な問題に関して主体的に解決していくことにつながることを期待できるであろう。

#### 【中断事例の分析】

2018年度~2020年度に実施した事例のうち2事例が面接の3回目(事前インタビューを含めて4回目)の後に中止申し入れがあった。

#### ・事例経過からの分析

これらの中断事例に関しては、研究班メンバーにより事例検討会がもたれ、経過等を継続事例と比較することで、その要因に関する分析がおこなわれた。このことにより、カウンセリングという支援を継続させるための留意点等を抽出するためである。事例の詳細の記述は本報告書では控えるが、いわゆる「4回目の危機」(河合, 2010)を乗り越えることの困難さにあったと分析された。カウンセリングが開始される時、来談者にはカウンセリングに対する前理解、イメージがある。そしてカウンセリングに臨む自己がとる役割がある。ところが、3回目を過ぎるころから、その役割には綻びが生じ始め、そうではない自分というものが関係性の中で動き始める。またカウンセリングに対して当初もっていたイメージが揺らぎはじめる。この危機を乗り越えて、新たな関係性の中に、すなわち、それまでの自分の意識的な在り方とは異なった自己の生成の動きにシフトできると、カ

ウンセリングは継続していく。すなわち、この「4回目の危機」を越えてこそ、カウンセリングでの変容が始まっていくのである。

HIV陽性者においては、自分のセクシャリティのテーマ、HIV陽性であることといった、自己のアイデンティティにかかわることを、対人関係性の中で秘匿しながら生活しているという事情がある。自己を完全にオープンにしてしまうことには、恐怖と不安が伴って当然のことである。そしてその不安は、これまで何とか自分で自分を保ちながら生き延びてきたという、本人の努力と孤独に相関するものであろう。カウンセリングをおこなううえで支援者は、このことをしっかりと認識しておくべきであることを、2つの中断事例は教えてくれた。変化していく自分に関して、解体不安を感じるのではなく、肯定的な感覚をもてるかどうか、カウンセリングの肯定的な結果・未来を想像することができるかという、きわめて基盤的な位相での信頼関係が重要になってくるであろう。

#### ・インタビュー調査での諸指標からの分析

インタビュー調査で得られた中断事例の質問紙の諸得点、すなわちDAMS、SOC、自尊感情尺度、対象関係尺度等では、継続・終結事例と比較して特徴的な傾向は見られなかった。しかしながら、研究班で作成したオリジナルのSCTの中で、その人のHIV体験を問う「私にとってHIVは・・・」への回答において特徴的な傾向が見られたので、ここで紹介しておきたい。継続・終結事例のカウンセリング前のSCTへの回答では、「私にとってHIVは・・・」に続けて「一側面」「共存すべき友」「ショックを受けた病気」「常につきまとう影」「通過点」と書かれていた。終結後はそれぞれ「空気のような側面」「共存すべき相手」「人生一番の暗いショック」「病気のひとつ」「特に今は、何も可もなく不可もなくという感じ。お薬を飲み忘れないだけか」というように変化した。いっぽう中断事例においては、「病気、障害であり、あらたな感染者を増やさないと」「一生つきあう病気」という回答であり、面接の中でもHIVに対するマイナスイメージが語られることが多かった。

以上の比較から、継続・終結事例では、HIVを様々な自己の要素の一側面と位置づけたり、あるいは自己の歴史と関連させたりしているのに対して、中断事例では、HIVを相容れない異和的なもの、欠損として捉えているようである。ここには、「他者性」との関係の取り方が反映されているように思われる。カウンセリングにおいて、セラピストとの関係が深まってくることは、それまでの自己を揺るがし脅かす体験でもある。それに対して、関係を何らかの形でとり続けて意味づけしていくことをおこなうのか、あるいは逆に、それを相容れない異質なものとして排除しようとするのか、そうした態度の取り方と、「HIVという『他者性』を孕む(帯びた)疾患」との関係の取り方は深く相関しているようである。

## 総合考察

井上(2015)によれば、HIV陽性者は同性愛や物質依存である割合が高く、彼らの多くは秘密を抱えて生きざるを得ない。こうした秘密を抱えている場合、対人関係に開かれれば開かれるほど自分を守らなければならず、安定した信頼関係を結ぶには困難が伴う。同性愛男性は、異性愛者が自然と体験できている共同体との一体感の基盤が希薄であり、その補償として他者との幻想的一体感が生じ、自らを相手に曝け出したいが曝け出せず、それが強い不安を生み、激しい行動化や強い防衛につながりやすいと考えられるであろう。HIV陽性者への心理的支援の方法論を構築するうえで、今後、秘密を抱えながらも一体感を希求する対象関係の在り方をさらに検討していく必要があると思われる。

現在のところ、調査協力者7名との調査を通して見えてきたことの1つに、当事者がHIVをどのように捉えているかは、その人の対象関係の持ち方と関連があるということがある。HIVという異物が自分の内側にあることが判明した時に、当事者はその異質性とどう向き合うのかという問題に直面する。調査協力者の語りには、異質なはずのHIVを自分の一部と捉えている語り、異質のまま抱えているという語りがある。多くの調査協力者は、HIVについて語りながら対象関係を語っているといえる。彼らの語りや質問紙の結果からも、一体感の希求などの対象関係をめぐる問題が、HIV陽性者にとって重要なテーマの1つになることが窺われる。HIV陽性者の心理的支援をおこなう際には、HIVへの向き合い方と対象関係の在り方を重ね合わせて話を聴いていく必要があるのではないだろうか。

最後に、カウンセリングが25回で終了するという制限を設けた本調査の構造に関連して考察してみたい。本調査では、25回目の終結という定められた離別体験に向かって進み、調査協力者はそれを意識せざるを得ない構造であった。親密になった他者との離別は、人が体験せざるをえない傷つきの体験である。一体感を希求する対象関係の在り方とも関連して、離別とそこからくる傷つきについては、今後検討していかなければならないテーマの1つであると考えられる。また、実際の心理療法と異なるため、本研究の調査構造を通して得られた結果に一般性があるのかどうかという問題がある。質問紙による数値的な指標だけではなく、当事者本人の語りや描画表現の変化から実際の心理療法の評価に適用できる指標を探索するため、HIV陽性者へのカウンセリングの効果や、彼らが抱えている心理的テーマについて、今後も複数の事例の分析・検討を行わなければならないと考えている。

## 結論

HIV陽性者を対象として、25回の試行的なカウンセリングをおこなった結果、抑うつや不安気分の改善、自尊

感情やストレス対処能力の向上が認められた。対象関係（他者との関係のパターン）の安定性に関しては、総体的には大きな変化は見られなかったが、その構造が変化していることは示唆された。カウンセリングの効果を評価するための有効な指標の抽出という点からは、比較的短期のカウンセリングでは、気分の改善を見る指標が有効であった。また、HIVに対する意味づけの仕方が、他者と出会い関係を結んでいくカウンセリング過程への反応を示唆する指標となる可能性が示されたが、そこには対象関係の在り方が反映されるからだと考えられた。

## 健康危険情報

該当なし

## 研究発表

### 1. 論文発表

該当なし

### 2. 学会発表

- 1) 田中史子、古野裕子、荒木浩子、市原有希子、清水亜紀子、高橋紗也子、仲倉高広、野田実希、山崎基嗣、山本喜晴、大山泰宏。HIV陽性者への心理的支援に関する検討：HIV陽性者との25回の面接経過を通して。日本心理臨床学会第37回大会、神戸国際会議場、2018年8月。
- 2) 山本喜晴、田中史子、荒木浩子、市原有希子、井上洋士、清水亜紀子、高橋紗也子、仲倉高広、野田実希、古野裕子、山崎基嗣、大山泰宏。HIV陽性者に対するカウンセリング効果の実証的研究：薬物依存症男性の事例を通して。第32回日本エイズ学会学術集会、阪国際会議場、2018年12月。
- 3) 山本喜晴、田中史子、古野裕子、荒木浩子、市原有希子、清水亜紀子、高橋紗也子、仲倉高広、野田実希、山崎基嗣、大山泰宏。HIV陽性者に対するカウンセリング効果の実証的研究—薬物依存症男性の事例を通して—。日本心理臨床学会第38回大会、パシフィコ横浜、2019年6月7日。
- 4) 荒木浩子、高橋紗也子、田中史子、山本喜晴、市原有希子、大澤尚也、清水亜紀子、仲倉高広、野田実希、山崎基嗣、大山泰宏。HIV陽性者に対する心理カウンセリングでの課題に関する研究。日本心理臨床学会第39回大会、オンライン開催、2020年11月。

## 知的財産権の出願・取得状況（予定を含む）

該当なし

## 参考文献

- Anna Freud National Centre for Children and Families (2015). *Goals and Goal based outcomes: Some useful information* (3rd ed.).
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass. 山崎喜比古・吉井清子（監訳）(2001).

健康の謎を解く——ストレス対処と健康保持のメカニズム. 有信堂高文社.

Clucas, C., Sibley, E., Harding, R., Liu, L., Catalan, J., & Sherr, L. (2011). A systematic review of Interventions for anxiety in people with HIV. *Psychology Health & Medicine*, **16**(5), 528-547.

Evans, S., Fishman, B., Spielman, L., Haley, A. (2003).

Randomized trial of cognitive behavior therapy versus supportive psychotherapy for HIV-related peripheral neuropathic pain. *Psychosomatics*, **44**, 44-50.

福井 至 (1997). Depression and Anxiety Mood Scale (DAMS) 開発の試み. *行動療法研究*, **23**, 83-93.

Himelhoch, S., Medoff, D. R., & Oyeniya, G. (2007).

Efficacy of group psychotherapy to reduce depressive symptoms among HIV-infected individuals: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Patient Care STDs*, **21**, 732-739.

井上洋士 (2015). Futures Japan——HIV陽性者のためのウェブ調査結果.

井梅由美子・平井洋子・青木紀久代・馬場禮子 (2006). 日本における青年期用対象関係尺度の開発. *パーソナリティ研究*, **14**, 181-193.

河合隼雄 (2010). 河合俊雄 (編). *生きたことば、動くところ——河合隼雄語録*. 岩波書店.

兒玉憲一 (1998). HIV/AIDSカウンセリングに関する基礎的研究——包括的HIV/AIDSカウンセリング・システム・モデルの構築の試み. 広島大学博士学位 (心理学) 論文.

小塩真司・脇田貴文・岡田 涼・並川 努・茂垣 まどか (2016). 日本における自尊感情の時間横断的メタ分析：得られた知見とそこから示唆されること. *発達心理学研究*, **27** (4), 299-311.

Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, **50**, 42-51.

Law, D. & Jacob, J. (2015). *Goals and goal based outcomes (GBOs): Some useful information*. 3rd ed. London: CAMHS Press.

Markowitz, J. C., Klerman, G. L., & Perry, S. W. (1992).

Interpersonal Psychotherapy of Depressed HIV-Positive Outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, **43**, 885-890.

Marmar, C. R. (1990). Psychotherapy process research: Progress, dilemmas, and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **58**, 265-272.



- 仲倉高広 (2005). HIV/AIDS 患者の心理療法——生と死と性を支える視点. 日本心理臨床学会第 24 回大会抄録集.
- 仲倉高広・白阪琢磨 (2009). 幻想的融合を求め故意に自らの健康を害する性行動が繰り返された HIV 感染症陽性者の心理療法について 理想的融合か死との融合かとの分裂から現実への適応に至った事例 第 23 回 (2009)日本エイズ学会学術集会・総会抄録集, 472 (206) .
- 仲倉高広 (2010). 故意に自らの健康を害する依存症的な性行動が繰り返された HIV 陽性者の心理療法について——永遠の少年の元型的イメージとイニシエーションの視点からの考察. 日本心理臨床学会第 29 回秋季大会抄録集.
- Scott-Sheldon, L. A. J., Kalichman, S. C., Carey, M. P., & Fielder, R. L. (2008). Stress management interventions for HIV+ adults: A meta-analysis of randomized controlled trials, 1989 to 2006. *Health Psychology*, **27**(2), 129-139.
- Sherr, L., Clucas, C., Harding, R., Sibley, E., & Catalan, J. (2011). HIV and depression: a systematic review of interventions. *Psychology Health & Medicine*, **16**(5), 493-527.
- Stiles, W. B. (2013). The Variables Problem and Progress in Psychotherapy Research. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, **50**, 33-41.
- 戸ヶ里泰典, 山崎喜比古, 中山和弘, 横山由香里, 米倉佑貴, 竹内朋子 (2015). 13 項目 7 件法 sense of coherence スケール日本語版の基準値の算出. 日本公衆衛生学会雑誌, **64**(5), 232-237.
- Tominari, S., Nakakura, T., Yasuo, T., Yamanaka, K., Takahashi, Y., Shirasaka, T., Nakayama, T. (2013). Implementation of Mental Health Service Has an Impact on Retention in HIV Care: A Nested Case-Control Study in a Japanese HIV Care Facility. *PLOS ONE*, **8**(7), e69603.
- 山本真理子・松井 豊・山成由紀子 (1994). 自尊心尺度. 堀 洋道・山本真理子・松井 豊 (編). 心理尺度ファイル——人間と社会を測る. 垣内出版, pp.67-69.
- 山中京子 (2010). HIV/AIDS の感染者・患者に対するカウンセリング体制の現状と課題. 公衆衛生, **74**, 923-927.
- 矢永由里子・山本政弘・岡部泰二郎・城崎真弓・桑原亜希子・真鍋健一・西野 隆・吉丸健一 (2000). HIV チーム医療における心理カウンセリングの機能——二重構造の枠組み. 日本エイズ学会誌, **2**, 111-117.

### 3 HIV 陽性者の心理的問題点と対策の検討

研究分担者 : 安尾 利彦 (国立病院機構 大阪医療センター 臨床心理室)

研究協力者 : 西川 歩美 (国立病院機構 大阪医療センター 臨床心理室)

水木 薫 (国立病院機構 大阪医療センター 臨床心理室)

神野 未佳 (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)

森田 眞子 (国立病院機構 大阪医療センター 臨床心理室)

富田 朋子 (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)

富成 伸次郎 (京都大学大学院 社会健康医学系専攻 健康情報学分野)

研究要旨 本研究は HIV 陽性者の行動面の障害を伴う心理学的問題に関して、中でも受診中断に関してその発生状況、受診中断と関連する要因、受診中断に至る心理力動、心理学的介入方法を明らかにすることを目的とする。

初年度である昨年度は研究 1 として、大阪医療センターに通院する HIV 陽性者の診療録の後方視的調査を行い、続いて 2 年目である昨年度は研究 2 として、HIV 陽性者および他の慢性疾患を対象に受診中断等の行動面の障害を伴う問題や心理的傾向を疾患の違いによって比較検討し、HIV 陽性者の行動面や心理面の特性を明らかにする調査を行った。研究 1 の結果、30 歳以下であること、抗 HIV 薬服用を服用していないこと、無断キャンセルの回数が多いことが受診中断と関連していること、研究 2 の結果、受診中断と関連する要因は見いだせなかったが、自尊感情と服薬中断の間に関連があることが明らかとなった。

最終年度である今年度は研究 3 として、HIV 陽性者の受診中断・継続の心理的背景と受診中断予防、受診再開、受診継続のための介入方法を明らかにすることを目的に、当院を初診受診した HIV 陽性者のうち、6 ヶ月以上にわたる受診中断経験を有する人を中断・再開経験者群 (以下中断群) として、性別、年齢、感染経路、病期、CD4 値、治療状況などで中断群とマッチングする受診中断経験のない人を受診継続者群 (以下継続群) として抽出し、欲求不満状況への反応を査定する心理検査である P-F スタディ等から構成される調査を実施した。P-F スタディの結果から、中断群

(n=13) は欲求不満状態に陥った際に、その原因を自分に求め自分を攻撃する一方、障害となっている他者に対しては許容的な態度を取る傾向が強いこと、継続群 (n=6) は欲求不満の原因である障害に対して不満や不快を表明したり他者を直接的に避難・攻撃したりすることは少なく、自分で障害を解決して乗り越えようとする傾向が強いことが推察された。自分を攻撃することが、受診行動を阻害する現実的問題を解決して乗り越える力や、自分を大事にしようとする治療意欲を弱めている可能性、および、受診中断の予防や再開・継続の支援のためには、HIV 感染等を巡る HIV 陽性者の自罰的な感情への介入や、問題解決の指向性を補助・促進する介入の必要性が示唆された。

#### 研究の背景

中西ら<sup>1)</sup>によると、HIV 陽性者は適応障害やうつ病などを発症することが多く、適応障害の中心は不安あるいは抑うつ気分であるが、対応が困難となるのは行動面の障害を伴う場合であり、具体的には外来通院の中断、内服の自己中断、職場放棄、ひきこもり、大量飲酒、薬物乱用が挙げられる。その他の先行研究でも、HIV 陽性者はメンタルヘルスに関する問題を抱えていることが多く<sup>2)</sup>、メンタルヘルスの低下や心理的な苦痛は、その後の安定した受診や服薬の障壁になりやすいとされている<sup>3A)</sup>。また、富成ら<sup>5)</sup>によると、受診中断となる因子は治療歴なし、就労なし、若年者であり、カウンセリング導入歴があるものは、受診中断する可能性が低いことが示唆されている。加えて、心理社会的治療は免疫状態を改善させるだけでなく、情緒的苦痛の軽減や服薬アドヒアランスの改善、リスク行動の低減などの利点があると指摘されている<sup>6)</sup>。

これらの先行研究を踏まえ、本研究は HIV 陽性者の行動面の障害を伴う心理学的問題に関して、中でも受診中断に関してその発生状況、受診中断と関連する要因、受診中断に至る心理力動、心理学的介入方法を明らかにすることを目的とする。

本研究は以下の 3 つの研究から構成される。研究 1 は受診中断に関する診療録の後方視的調査研究、研究 2 は HIV 陽性者を含む慢性疾患患者の受診中断等の行動面や心理面の特性に関する調査研究、研究 3 は HIV 陽性者の受診中断・継続の心理的背景に関する調査研究である。

#### 研究 1 : HIV 陽性者の受診中断に関する診療録の後方視的調査研究

#### 研究目的

HIV 陽性者の受診中断の発生状況、受診中断と関連する要因、および介入方法を明らかにすることを目的とする。

## 研究方法

調査対象は2012年10月1日から2013年9月30日の間に大阪医療センターを新規受診したHIV陽性者222名のうち、2018年3月末までに転院した例、死亡した例、帰国した例等を除く168名とした。

診療録から基本情報（性別、初診時の年代、感染経路、2018年3月末時点での抗HIV薬服薬の有無）、受診中断歴の有無、診療予約の無断キャンセル数、診療経過でのメンタルヘルスに関する診療録への記載の有無、物質使用の有無、飲酒頻度と量、カウンセリング介入歴を抽出した。

単純集計及び受診中断歴に関して $\chi^2$ 検定もしくは正確確率検定を行った。

### （倫理面への配慮）

当院の倫理委員会に相当する受託研究審査委員会の承認を得た（整理番号：18112）。

## 研究結果

2018年3月末時点での受診中断者は19名（11%）、通院者は149名（89%）であった。受診中断歴については、ありが33名（20%）、なしが135名（80%）であった。初診時の年齢は20代が41名（25%）であり、うち16名が中断歴あり、25名が中断歴なしであった。30代は49名（29%）で最も多く、うち10名が中断歴あり、39名が中断歴なしであった。40代は44名（26%）であり、うち5名が中断歴あり、39名が中断歴なしであった。50代は23名（14%）であり、うち2名が中断歴あり、21名が中断歴なしであった。60代は9名（5%）、70代は2名（1%）であり、いずれも中断歴ありはなかった。

初診時の年齢は30代が最も多いが、中断歴ありの陽性者は初診時に20代が最も多く、年齢が高くなるごとに減少傾向が認められた。

性別は男性が165名（98%）であり、うち33名が中断歴あり、132名が中断歴なしであった。女性は3名（2%）で、中断歴ありはいなかった。

感染経路については同性間が153名（91%）であり、うち31名が中断歴あり、122名が中断歴なしであった。異性間は15名（9%）であり、うち2名が中断歴あり、13名が中断歴なしであった。

初診時の病期について、無症候キャリアが134名（80%）であり、うち30名が中断歴あり、104名が中断歴なしであった。エイズ発症は34名（20%）であり、うち3名が中断歴あり、31名が中断歴なしであった。

2018年3月末時点での抗HIV薬内服の有無では、服用なしが13名（8%）であり、うち11名が中断歴あり、2名が中断歴なしであった。これまでに抗HIV薬服用ありは155名（92%）であり、うち22名が中断歴あり、

133名が中断歴なしであった。服用なしのほとんどが中断歴ありであった。

他科を含めた診療の無断キャンセル数について、5回以上無断キャンセルありは23名（14%）であり、うち9名が中断歴あり、14名が中断歴なしであった。4回以下は145名（86%）であり、うち、24名が中断歴あり、121名が中断歴なしであった。

診療録へのメンタルヘルスに関する記載（初診時や診療経過での自覚し自ら訴えた不安や気分の落ち込みに関する記述や、医療者が観察したHIV陽性者のメンタルヘルスに関する記述）の有無については記載ありが77名（46%）であり、うち13名が中断歴あり、64名が中断歴なしであった。記載なしについては、91名（54%）であり、うち20名が中断歴あり、71名が中断歴なしであった。

物質使用について使用歴ありは57名（34%）であり、15名が中断歴あり、42名が中断歴なしであった。使用歴なしは88名（52%）であり、うち14名が中断歴あり、74名が中断歴なしであった。不明は23名

（14%）であり、4名が中断歴あり、19名が中断歴なしであった。飲酒頻度や摂取量については、週3日以上頻度で3杯以上の摂取量である群と、それ以外の飲まない、あるいは機会飲酒程度の群に分けたところ、週3日以上頻度で3杯以上の摂取量の群は41名（25%）であり、うち5名が中断歴あり、36名が中断歴なしであった。飲まない・機会飲酒群は123名（73%）であり、うち26名が中断歴あり、97名が中断歴なしであった。不明は4名（2%）であり、2名が中断歴あり、2名が中断歴なしであった。

カウンセリングの介入歴については、カウンセリング介入歴ありは41名（24%）であり、うち9名が中断歴あり、32名が中断歴なしであった。認知機能検査のみは10名（6%）であり、10名ともに中断歴なしであった。研究参加による心理士との接触ありでは28名（17%）であり、5名が中断歴あり、23名が中断歴なしであった。研究参加による心理士との接触なしは89名（53%）であり、うち19名が中断歴あり、70名が中断歴なしであった。

上記の単純集計から、年齢（30歳以下/31歳以上）、性別（男/女）、感染経路（同性間/異性間）、初診時の病期（無症候キャリア/エイズ発症）、2018年3月末時点での抗HIV薬服薬（あり/なし）、無断キャンセル（5回以上/4回以下）、メンタルヘルスに関する記述（あり/なし）、カウンセリングの利用歴（あり/なし）、物質使用（あり/なし）、アルコールの多量摂取（あり/なし）で、中断歴（あり/なし）に関して $\chi^2$ 乗検定もしくは正確確率検定を行った。その結果は下記のとおりである。年齢

（ $p=0.000$ ）、性別（ $p=1.000$ ）、感染経路（ $p=0.738$ ）、初診時の病期（ $p=0.075$ ）、2018年3月末時点での抗HIV薬内服（ $p=0.000$ ）、無断キャンセル（ $p=0.021$ ）、メンタルヘルスに関する記述（ $p=0.408$ ）、カウンセリングの利用歴

( $p=.737$ )、物質使用 ( $p=.126$ )、アルコールの多量摂取 ( $p=.205$ )。よって、30歳以下であること、抗HIV薬服用を服用していないこと、無断キャンセルの回数が多いことと、受診中断の間に関連が認められた。

## 考察

本研究により、1施設ではあるがHIV陽性者の受診中断の発生状況が明らかとなった。また、先行研究で示されているように、若年者及び服薬未導入の場合には、受診中断に至りやすい可能性が確認された。これに加え、診療の無断キャンセルが多い場合には受診中断に繋がりやすい可能性が示唆された。

無断キャンセルが生じた際には、本人の来院時に安定的な受診の障壁となっている点を医療スタッフが本人に確認し、受診中断予防のための介入を行うことが重要である。

また今回の調査ではメンタルヘルスや物質使用と受診中断の関連は明らかにはならなかった。しかしながら、診療場面等において本人が自身のメンタルヘルスや物質使用の問題について自覚的であるとは限らず、またそれについて自発的に発言することは容易ではないことが推察され、この点は今回の調査手法による限界であると考えられる。メンタルヘルスや物質使用については、医療スタッフからの意識的・継続的なアセスメントが必要であると考えられる。

## 結論

HIV陽性者の受診中断の発生状況が明らかとなった。また、HIV陽性者の受診中断を防ぐためには、無断キャンセルが発生した際に、安定した受診の障壁を検討する介入を行うことの重要性が示唆された。

## 研究2：HIV陽性者を含む慢性疾患患者の行動面および心理面の特性に関する研究

### 研究目的

HIV陽性者および他の慢性疾患を対象に、受診・服薬や就労・外出といった行動および自尊感情や対象関係といった心理に関する特徴を明らかにし、心理的援助のあり方を検討することを目的とする。

### 研究方法

高血圧、糖尿病、HIV感染症を対象疾患とする。HIV感染症の対照群として高血圧と糖尿病を選択した根拠は、3疾患いずれも慢性疾患ではあるものの、定期的な受診や治療薬の内服・使用が求められること、治療しなければ重篤な病状や後遺症、あるいは死亡が生じる疾患であることである。

高血圧と糖尿病に関しては、本調査を委託するリサーチ企業にモニター登録をしている高血圧と糖尿病の患者から無作為抽出し、ウェブ上で調査への回答を求めた。

HIV感染症に関しては、2016年～2017年度に実施した質問紙調査（当院外来通院中のHIV陽性者300名を無作為抽出し無記名自記式質問紙を配布）のデータのうち、基本属性に関する質問への記載漏れのない回答を今回の分析に用いた。

調査項目は1)基本属性、2)保健行動・社会的行動、3)心理尺度で構成する。1)基本属性：性別、年齢、最終学歴、罹患判明後の年月を問う。2)行動（保健行動・社会的行動）：①受診中断：6か月間以上受診しなかった経験の有無、②治療薬の自己中断：医師の指示でなく自分の判断で服用・使用をやめた経験の有無、③就労および外出：内閣府調査<sup>7)</sup>の一部を用い、就労状況と外出の頻度。3)心理尺度：①自尊感情尺度：ローゼンバーグによって作成され、山本らが翻訳した10項目から成る尺度<sup>8)</sup>、②対象関係尺度：対人場面における個人の態度や行動を規定する、精神内界における自己と対象との関係性の表象である対象関係を測定するもので、親和不全(6項目)、希薄な対人関係(5項目)、自己中心的な他者操作(5項目)、一体性の過剰希求(6項目)、見捨てられ不安(7項目)の5つの下位尺度(合計29項目)から成る尺度<sup>9)</sup>。

分析方法は以下のとおりである。1)行動をアウトカムとし、疾患・基本属性・心理尺度を共変量とした多変量ロジスティック回帰分析、2)心理尺度得点をアウトカムとし、疾患・基本属性を共変量とした重回帰分析、3)対象関係尺度について、一般人口(大学生・成人)のデータと3疾患群との間でのt検定。

### (倫理面への配慮)

当院の倫理委員会に相当する受託研究審査委員会の承認を得た(整理番号：18102)。

## 研究結果

3疾患群それぞれの基本属性と受診中断・治療薬自己中断・就労の有無・外出の有無は以下のとおりである。

HIV感染症群(n=163) 平均年齢：49.0歳、性別：男性159名(97.5%)、女性4名(2.5%)、最終学歴：中学6名(3.7%)、高校46名(28.2%)、専門学校29名(17.8%)、高等専門学校/短期大学10名(6.1%)、4年生大学60名(36.8%)、大学院12名(7.4%)。受診中断：あり12名(7.4%)、なし150名(92.6%)。治療薬自己中断：あり8名(5.1%)、なし150名(94.9%)。就労：あり130名(79.8%)、なし33名(20.2%)。外出：あり133名(84.2%)、なし25名(15.8%)。

高血圧症群(n=205) 平均年齢：62.1歳。性別：男性170名(82.9%)、女性35名(17.1%)。最終学歴：中学5名(2.4%)、高校60名(29.3%)、専門学校13名(6.3%)、高等専門学校/短期大学17名(8.3%)、4年生大学105名(51.2%)、大学院6名(2.9%)。受診中断：あり17名(8.3%)、なし188名(91.7%)。治療薬自己中断：あり19名(9.3%)、なし186名(92.7%)。就

労：あり 136 名 (66.3%)、なし 69 名 (33.7%)。外出：あり 151 名 (73.7%)、なし 54 名 (26.3%)。

糖尿病群 (n=210) 平均年齢：62.3 歳。性別：男性 172 名 (81.9%) 女性 38 名 (18.1%)。最終学歴：中学 9 名 (4.3%)、高校 63 名 (30.0%)、専門学校 12 名

(5.7%)、高等専門学校/短期大学 16 名 (7.6%)、4 年生大学 104 名 (49.5%)、大学院 6 名 (2.9%)。受診中断：あり 20 名 (9.5%)、なし 190 名 (90.5%)。治療薬自己中断：あり 14 名 (6.7%)、なし 196 名 (93.3%)。就労：あり 129 名 (61.4%)、なし 81 名 (38.6%)。外出：あり 142 名 (67.6%)、なし 68 名 (32.4%)。

### 1) 行動をアウトカムとし、疾患・基本属性・心理尺度を共変量とした多変量ロジスティック回帰分析

自尊感情が低い人ほど治療薬の自己中断をしていた

(OR 0.948, 95%CI 0.900-0.999,  $p=0.046$ )。高血圧症の

人 (OR 3.750, 95%CI 1.467-9.585,  $p=0.006$ )、糖尿病の人 (OR 3.052, 95%CI 1.198-7.770,  $p=0.019$ )、年齢が低い人 (OR 0.879, 95%CI 0.854-0.904,  $p<0.001$ )、自尊感情が高い人 (OR 1.046, 95%CI 1.009-1.084,  $p=0.012$ ) ほど就労していた。また年齢が低い人 (OR 0.954, 95%CI 0.931-0.976,  $p<0.001$ ) ほど外出をしていた。受診中断については特に共変量との関連は認められなかった。

### 2) 心理尺度得点をアウトカムとし、疾患・基本属性を共変量とした重回帰分析

HIV 陽性者に比べて高血圧症の人 ( $\beta=8.221$ , 95%CI 7.246-9.195,  $p<0.001$ ) や糖尿病の人 ( $\beta=8.431$ , 95%CI 7.452-9.409,  $p<0.001$ ) は対象関係尺度における自己中心的な他者操作が高く、また同じく HIV 陽性者に比べて高血圧症の人 ( $\beta=11.386$ , 95%CI 10.199-12.574,  $p<0.001$ ) や糖尿病の人 ( $\beta=11.946$ , 95%CI 10.755-13.139,  $p<0.001$ ) は対象関係尺度における一体性の過剰希求が高いという結果であった。

### 3) 対象関係尺度 一般人口と 3 疾患群との間での t 検定 一般人口に比べて高血圧症患者は「親和不全」

( $t=19.351$ ,  $p<0.001$ )、「希薄な対人関係」( $t=21.632$ ,  $p<0.001$ )、「自己中心的な他者操作」( $t=24.601$ ,  $p<0.001$ )、「一体化の過剰希求」( $t=32.575$ ,  $p<0.001$ )、「見捨てられ不安」( $t=19.779$ ,  $p<0.001$ ) が高かった。一般人口に比べて糖尿病患者も「親和不全」( $t=18.074$ ,  $p<0.001$ )、「希薄な対人関係」( $t=20.608$ ,  $p<0.001$ )、「自己中心的な他者操作」( $t=30.697$ ,  $p<0.001$ )、「一体化の過剰希求」( $t=26.382$ ,  $p<0.001$ )、「見捨てられ不安」( $t=8.935$ ,  $p<0.001$ ) が高かった。HIV 陽性者は一般人口に比べ、「親和不全」( $t=2.759$ ,  $p<0.01$ ) と「希薄な対人関係」( $t=6.242$ ,  $p<0.001$ ) が高く、「自己中心的な他者操作」( $t=4.086$ ,  $p<0.001$ )、「一体化の過剰希求」( $t=2.953$ ,  $p<0.01$ )、「見捨てられ不安」( $t=2.200$ ,  $p<0.05$ ) は低かった。

## 考察

慢性疾患患者には、自尊感情の高さと治療継続や就労といった行動との間の関連性、対人緊張の高さや対人的交流の乏しさが、強弱に差はあるが共通して認められた。また高血圧症患者、糖尿病患者は、HIV 陽性者よりも就労している傾向にあった。これらの点から、慢性疾患患者に対する心理的支援に関しては、罹患等による自尊感情の低下や対人緊張・回避に焦点づけた介入が重要であると考えられる。また、HIV 陽性者の就労困難については、他の 2 疾患よりも疾患や性的指向に対する社会的偏見が影響している可能性が推察される。

また、HIV 陽性者は他の 2 疾患よりも「自己中心的な他者操作」と「一体性の過剰希求」が低く、一般人口よりも「自己中心的な他者操作」「一体性の過剰希求」「見捨てられ不安」が低いことが明らかとなった。「自己中心的な他者操作」は他者の操作的利用や共感性未発達を、「一体性の過剰希求」は他者を独立した他者と認めない傾向を、そして「見捨てられ不安」は拒絶の恐れや相手の反応への過敏さを意味する。これらの点から、HIV 陽性者は、他の 2 疾患患者よりも他者に対する健全な共感性や自己と他者の境界感覚を強く有する一方で、他者に対して劣等感を抱き、心理的に距離を置く傾向がある可能性が推察される。

心理療法においては、個々の HIV 陽性者の対象関係についてこれらの点に留意したアセスメントと介入が必要である。

## 結論

HIV 陽性者を含む慢性疾患患者において、自尊感情の高さが治療継続や就労行動と関連することが明らかとなった。また HIV 陽性者は他の 2 疾患患者よりも他者に対する健全な共感性や自己と他者の境界感覚を強く有する一方で、他者に対して劣等感を抱き、心理的に距離を置く傾向がある可能性があり、これらの点に留意したアセスメントと介入が必要であると推察された。受診中断については今回の調査では関連する要因が明らかにならなかったため、今後は異なる視点での研究を行う必要性が示唆された。

## 研究 3 : HIV 陽性者の受診中断・再開・継続の心理的背景に関する研究

### 研究目的

HIV 陽性者の受診中断・継続の心理的背景と受診中断予防、受診再開、受診継続のための介入方法を明らかにすることを目的とする。

### 研究方法

調査期間は 2020 年 6 月から、対象は 2012~14 年に当院を初診受診した陽性者のうち、6 ヶ月以上にわたる受診中断経験を有する人を中断・再開経験者群 (以下中断群、 $n=25$  程度) として抽出した。性別、年齢、感染経路、病期、CD4 値、治療状況などで受診中断者とマッチ

ングする) 受診中断経験のない人を受診継続者群 (以下継続群、n=25 程度) として抽出した。

調査項目は以下のとおりである。1) 基本属性：年齢、性別、感染経路、病期、CD4 値、治療状況など、2) 受診中断・再開・継続に関する質問 (中断群：受診中断・再開の理由、初診時・中断時・現在の HIV 陽性の受容度、継続群：受診継続の理由、初診時・現在の HIV 陽性の受容度)、3) 心理検査：P-F スタディ。これは投影法による心理検査で、24 の欲求不満場面が描かれた絵を見て、登場人物がどのような反応をするか記載を求め、心理力動を査定する。被検者の反応はアグレッションの方向により 3 つ (他責的 E-A、自責的 I-A、無責的 M-A)、アグレッションの型により 3 つ (障害優位型 O-D、自我防衛型 E-D、要求固執型 N-P) のカテゴリーに分けられ、さらにこのアグレッションの方向と型の組み合わせにより 9 つ (他責逡巡 E'、他罰 E、他責固執 e、自責逡巡 I'、自罰 I、自責固執 i、無責逡巡 M'、無罰 M、無責固執 m) のカテゴリーに分けられる<sup>10)</sup>。

分析方法は以下のとおりである。1) 受診中断・再開・継続の理由：単純集計、2) HIV 陽性であることを受容度：単純集計、中断群と継続群の比較、両群内での時期 (初診時・中断時・現在) による比較 (t 検定、 $\chi^2$  検定)、3) P-F スタディのスコア：標準と中断群・継続群の比較、中断群と継続群の比較 (t 検定、Mann-Whitney の U 検定)。

#### (倫理面への配慮)

当院の倫理委員会に相当する受託研究審査委員会の承認を得た (整理番号：19140)。

## 研究結果

今年度は新型コロナウイルスの影響により外来患者の受診が不安定になりがちとなったことで、リクルートが予定通り進まず、予定の対象者数に満たなかった。特に継続群のリクルートは 6 名のみと限定的であった。

中断群 (n=13) の基本属性は以下のとおりである。性別：男性 13 名 (100%)、初診時年齢 (平均)：31.3 歳、感染経路：男性同性間 13 名 (100%)、初診時病期：無症候キャリア 12 名 (92.3%)、エイズ発症 1 名

(7.7%)、初診時 CD4 値 (平均)：358、中断時の服薬の有無：あり 12 名 (92.3%)、なし 1 名 (7.7%)、受診中断期間 (平均)：26.6 カ月。継続群 (n=6) の基本属性は以下のとおりである。性別：男性 6 名 (100%)、初診時年齢 (平均)：37.5 歳、感染経路：男性同性間 6 名 (100%)、初診時病期：無症候キャリア 5 名 (83.3%)、エイズ発症 1 名 (16.7%)、初診時 CD4 値 (平均)：377。

### 1) 受診中断・再開・継続の理由 (複数回答)

中断群の中断理由：「身体に何の症状もなかった」8 件、「時間を作ることができなかった」7 件、「経済的に医療費を払えなかった」6 件、「受診できる精神状態ではなかった」6 件、「医療費減免の手続きができていなかっ

た」5 件、「HIV で嫌な思いをした」5 件、「診察や病院関係者と会うことに抵抗があった」4 件、「抗 HIV 薬を飲むのが辛かった」3 件、「HIV に向き合うのが辛かった」2 件、「周囲に HIV 未告知で、支えがなかった」1 件、「受診を促してくれる人がいなかった」1 件、「大切な他者との不和や別れがあった」1 件、「信頼する病院関係者がいなくなった」1 件であった。

中断群の再開理由：「時間を作ることができるようになった」5 件、「健康悪化防止に治療しようという気持ちが出てきた」5 件、「経済的に医療費を払えるようになった」4 件、「医療費減免の手続きができた」3 件、「身体の症状が出てきた」3 件、「HIV に向き合うようになった」2 件、「HIV の理解者・支援者ができた」1 件、「大切な他者ができた・関係が改善した」1 件、「精神状態が改善した」1 件、「信頼できる病院関係者が見つかった」1 件、「病院から受診再開を促す連絡があった」1 件であった。

継続群の継続理由：「時間を作ることができる」5 件、「健康悪化防止に治療しようという気持ちがある」5 件、「医療費減免の手続きができていく」5 件、「経済的に医療費を払うことができる」4 件、「HIV に向き合おうとしている」4 件、「信頼できる病院関係者がいる」4 件、「診察や病院関係者への抵抗がない」3 件、「大切な他者がいる」3 件、「HIV の理解者・支援者がいる」2 件、「精神状態が安定している」2 件、「HIV で嫌な思いをしたことがない」2 件、「病院関係者から受診を促される」2 件であった。

### 2) HIV 陽性であることを受容度 (「全く受け入れていない」1 点~「完全に受け入れている」5 点の 5 件法)

中断群：初診時 3.5、中断時 3.6、現在 4.6、継続群：初診時 3.0、現在 4.7 であった。中断群の初診時と継続群の初診時に差はなく ( $t=0.780, p=0.446$ )、同じく両群の現在にも差はなかった ( $z=1.394, p=0.244$ )。中断群の初診時、中断時、現在では差が認められた ( $\chi^2=9.36, p<0.01$ )。継続群の初診時と現在では差が認められなかった ( $t=1.784, p=0.135$ )。

### 3) P-F スタディのスコア

16 のカテゴリーのスコアについて、標準、中断群、継続群の順で示す。他責的 E-A (%)：標準 40、中断群 28.8、継続群 24.2、自責的 I-A (%)：標準 27、中断群 37.1、継続群 34.7、無責的 M-A (%)：標準 33、中断群 33.8、継続群 41.0、障害優位型 O-D (%)：標準 25、中断群 19.2、継続群 23.2、自我防衛型 E-D (%)：標準 51、中断群 56.8、継続群 36.3、要求固執型 N-P (%)：標準 23、中断群 23.9、継続群 34.2、他責逡巡 E' (個)：標準 2.1、中断群 1.4、継続群 0.6、他罰 E (個)：標準 5.6、中断群 3.1、継続群 2.7、他責固執 e (個)：標準 1.8、中断群 2.3、継続群 2.4、自責逡巡 I' (個)：標準 1.7、中断群 2.0、継続群 2.3、自罰 I (個)：標準 3.5、中断群 4.6、継続群 2.8、自責固執 i (個)：標準 1.5、中断群 2.0、継続群 3.0、無責逡巡 M' (個)：標準 2.3、中断

群 1.0、継続群 2.5、無罰 M (個) : 標準 3.1、中断群 5.6、継続群 4.5、無責固執 m (個) : 標準 2.4、中断群 1.3、継続群 2.7 であった。

両群と標準の比較では、中断群は標準と比べて 1SD 以上無責逡巡 M' が低く、自責的 I-A と無罰 M が高かった。継続群は標準と比べて 1SD 以上他責的 E-A、自我防衛型 E-D、他責逡巡 E'、他罰 E が低く、要求固執型 N-P と自責固執 i が高かった。

中断群と継続群の比較では、中断群は継続群よりも自我防衛型 E-D ( $t=2.95, p<.05$ )、他責逡巡 E' ( $t=2.32, p<.05$ )、自罰 I ( $t=2.98, p<.01$ ) が高く、継続群は中断群よりも障害固執型 N-P ( $t=2.25, p<.05$ ) と無責固執 m ( $z=2.44, p<.05$ ) が高かった。

## 考察

受診中断・再開・継続の理由の結果からは、中断には症状がなく受診の必要性の実感がないこと、受診のための時間や経済面など現実的問題が未解決であること、精神状態および HIV に関する嫌な思いの経験など心理的問題が関連することが推察された。受診再開の理由となるほどに精神状態の改善が生じる例は少ない一方で、治療意欲の高まりは認められており、受診のための時間や経済面などの現実的問題が解決していることが受診再開と関連していると考えられる。継続群は、受診のための時間や経済面などの現実的問題が解決しており、治療意欲があり、HIV や医療者と向き合う姿勢やスキルを持っていることが推察された。

P-F スタディの結果からは、中断群は欲求不満状態に陥った際に、欲求不満の原因である障害を軽視することができず、その原因を自分に求め自分を攻撃する一方、障害となっている他者に対しては許容的な態度を取る傾向が強いことが推察された。これに対して継続群は、欲求不満の原因である障害に対して不満や不快を表明したり他者を直接的に避難・攻撃したりすることは少なく、自分で障害を解決して乗り越えようとする傾向が強いと考えられる。

受診の中断・再開・継続の理由の結果と合わせて考えると、自分を攻撃することが、受診行動を阻害する現実的問題を解決して乗り越える力や、自分を大事にしようとする治療意欲を弱めている可能性が推察される。受診中断の予防や再開・継続の支援のためには、HIV 感染等を巡る HIV 陽性者の自罰的な感情に対する介入と、問題解決の指向性を補助・促進する介入が必要であることが推察される。

## 結論

自分を攻撃することが、受診行動を阻害する現実的問題を解決して乗り越える力や、自分を大事にしようとする治療意欲を弱めている可能性が推察される。受診中断の予防や再開・継続の支援のためには、HIV 感染等を巡る HIV 陽性者の自罰的な感情への介入と、問題解決の指

向性を補助・促進する介入が必要であることが推察される。

## 健康危険情報

該当なし。

## 研究発表

### 1. 論文発表

該当なし。

### 2. 学会発表

西川歩美：心理士からみた HIV 陽性者の受診中断の背景に関する検討。ワークショップ看護 受診中断者を“ゼロ”にする、第 32 回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2018 年 12 月。

水木薫、安尾利彦、西川歩美、白阪琢磨：HIV 陽性者の行動面の障害を伴う問題の心理的背景に関する研究。第 32 回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2018 年 12 月。

安尾利彦：長期療養におけるコミュニケーションの重要性。HIV 感染症薬物療法認定・専門薬剤師認定講習会、第 32 回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2018 年 12 月。

安尾利彦、西川歩美、水木薫、神野未佳、富成伸次郎、白阪琢磨：HIV 陽性者を含む慢性疾患患者の行動と心理に関する研究。第 34 回日本エイズ学会学術集会・総会、千葉 (Web)、2020 年 11 月～12 月。

## 知的財産権の出願・取得状況 (予定を含む)

該当なし。

## 文献

- 1)中西幸子、赤穂理恵：HIV/AIDS における精神障害。総合病院精神医学 23(1), 35-41, 2011.
- 2)Bing EG, Burnam AM, Longshore D, et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. Arch Gen Psych.;58:721,2001
- 3)Tobias CR, Cunningham W, Cabral HD, Cunningham CO, Eldred L et al. Living with HIV But Without Medical Care: Barriers to Engagement, AIDS Patient Care STDs 21: 426-434,2007
- 4)Blashill AJ, Perry N, Safren SA. Mental Health: A Focus on Stress, Coping, and Mental Illness as it Relates to Treatment Retention, Adherence, and Other Health Outcomes. Curr HIV/AIDS Rep 8: 215-222,2011
- 5)Shinjiro Tominari et al. Implementation of Mental Health Service Has an Impact on Retention in HIV Care: A Nested Case-Control Study in a Japanese HIV Care Facility. PLOS ONE8(7)1-6.2013
- 6)Cohen,MA et al.:Handbook of AIDS Psychiatry. Oxford University Press, 2010, New York 訳：HIV 感染症及びそ

の合併症の課題を克服する研究 平成 25 年度 研究報告書 72-73.

7)内閣府政策統括官：若者の意識に関する調査（ひきこもりに関する実態調査）報告書, 41-43, 2009.

8)堀洋道、山本真理子：自尊感情尺度. 心理測定尺度集 I, 29-31, サイエンス社, 2001.

9)井梅由美子・平井洋子・青木紀久代・馬場禮子：日本における青年期用対象関係尺度の開発. パーソナリティ研究 14, 181-193, 2006.

10) 林勝造：P-F スタディ解説 2006 年版. 三京房, 2007.



## 4 MRI 画像による、神経認知障害の神経基盤の解明

研究分担者	村井 俊哉	(京都大学大学院医学研究科 脳病態生理学講座(精神医学))
研究協力者	栗山 啓子	(国立病院機構大阪医療センター 放射線診断科)
	渡邊 大	(国立病院機構大阪医療センター エイズ先端医療研究部)
	東 政美	(国立病院機構大阪医療センター 看護部)
	福本 真司	(東近江総合医療センター 放射線科)
	和田 恵子	(国立病院機構大阪医療センター 放射線科)
	仲倉 高広	(京都橘大学 健康科学部)
	吉原 雄二郎	(京都大学大学院医学研究科 脳病態生理学講座(精神医学))
	加藤 賢嗣	(京都大学大学院医学研究科 脳病態生理学講座(精神医学))

**研究要旨** HIV 関連神経認知障害 (HIV-associated neurocognitive disorders; HAND) は、患者の日常生活レベルまで影響を及ぼすことが知られており、HIV 陽性者の心理的ストレスの背景になっている。HAND の病態を、磁気共鳴画像 (MRI) から得られた脳画像を主として、神経心理学的検査、臨床の血液検査情報などとともに、多角的に検討することで、生物学的なエビデンスに基づいた HIV 陽性者の精神・心理的支援のアプローチが可能になる。本研究では、既存のデータを利用して、脳灰白質体積減少、脳白質神経線維の走行性の異常と認知機能や感染初期の免疫低下等との関連を探索した。特に今年度は、HAND の診断基準が規定する認知領域以外の領域である社会認知 (表情認知) の障害、行動の抑制の障害、報酬に伴う意思決定の障害、情報収集の障害についての検討を行った。HIV 陽性者では、報酬を伴う意思決定の検査において確実性で安全性が高い選択をする機能の低下、情報収集の検査において十分な情報収集を行う機能の低下がみられた。また、情報収集の検査の成績と相関する局所脳灰白質として前帯状皮質が検出され、同部位が情報収集課題の障害の生物学的な神経基盤であることが示唆された。今年度の結果から、HIV 陽性者の精神・心理的支援にあたって、HIV 陽性者は安全性や確実性の高い選択をできていない可能性があり、情報やリスクを十分に評価せずに行動してしまう可能性があることに配慮する必要があると考えられた。また、最後に3年間の研究の総括として、本研究の結果から考えられる HIV 陽性者の精神・心理的支援に関しての提言をまとめた。

### 研究目的 (全体)

抗 HIV 療法として combination antiretroviral therapy (cART) が登場して以来、AIDS が抑制され、HIV 感染者の生命予後は著しく改善した。しかし、cART により免疫機能が改善し、末梢血で HIV が十分に抑制された状態でも、HIV 患者では、認知機能障害が認められている。HIV 関連神経認知障害 (HIV-associated neurocognitive disorders; HAND) は、軽症から重症まで、無症候性神経認知障害 (asymptomatic neurocognitive impairment; ANI)、軽度神経認知障害 (mild neurocognitive disorder; MND)、HIV 関連認知症 (HIV-associated dementia; HAD) に分類される。2010 年の米国の大規模な CHARTER study の報告では、cART を導入されている HIV 患者 1316 人のうち、ANI、MND、HAD を合併している患者はそれぞれ 33%、12%、2% と報告されている。かつては AIDS 脳症、HIV 脳症と呼ばれてきた重症の HIV 関連認知症は劇的に減少する一方、依然として、軽度の認知機能障害が多くみられる。HAND を発症すれば、日常生活レベルが低下し、服薬アドヒアランスの維持が困難となるなど、最終的には予後に重大な影響を与えることが推測される。また、認知機能障害は HIV 陽性者の心理的ストレスの背景になっていると考えられる。

認知機能障害の原因として、HIV に由来する神経毒性物質や炎症により、脳の神経ネットワークに深刻なダメージが起これると考えられている。実際、これまでに非侵襲的ニューロイメージング手法である磁気共鳴画像法 (Magnetic Resonance Imaging; MRI) を用いて、生体脳の前頭葉、基底核、帯状束や脳梁の白質を初めとする広範囲に渡る体積減少や灰白質の皮質厚低下、白質軸索走行の異常、認知機能異常と脳局在部位との相関性が海外からは報告されている。しかし、日本では MRI を使用した HIV 関連神経認知障害についての研究は未だ発表されていない。また、診断基準が本来行うべきものとして要求する検査内容を充足したフルバッテリーでの調査はあまり行われていない。

今回の研究の目的は、研究用の国際的診断基準を使用して、HAND の診断を行い、さらに HAND の認知機能障害の病態を多角的 (MRI 検査、神経心理学的検査、臨床の血液検査) に本邦ではじめて調査することであり、MRI 画像を用いることにより心理検査単独での評価に比べ、より正確かつ詳細に認知機能障害の機能局在の検討が可能になる。生物学的基盤を明らかにすることにより、HIV 陽性者のリハビリテーションや社会支援実施に有意な情報を提供できる可能性がある。このように HIV 陽性

者の心理的ストレスの潜在的背景を明らかにし、心理的支援にあたり考慮すべき要因を解明することで、より効果的・効率的な心理的支援のための基盤となる情報を提示できると考える。

## 研究方法 (全体)

### 1) 対象・実施場所

国立病院機構大阪医療センター外来通院中の20歳～60歳の日本人男性HIV陽性患者約40名、および、対照群として、年齢をマッチさせた日本人健常男性約40名。データ取得のための検査は、大阪医療センター内で実施する。本研究においては、これらの被験者について既に取得済みのデータを用いる。併存疾患等の除外を行った解析対象者は患者群31名、対照群33名であり、このデータを画像・統計解析する。

### 2) 診断基準

Antinoriらによる‘Frascati criteria’ (2007年)に基づいた診断を行う。1) 神経認知障害 2) 日常生活の機能低下 3) 併存疾患と交絡因子 の3面を測定し、無症候性神経認知障害 (ANI)、軽度神経認知障害 (MND)、HIV関連認知症 (HAD)の診断を行う。

### 3) 除外基準

- ① 同意が得られなかった者、病状などにより十分な同意能力を持たない者
- ② MRI検査が不可能な者 (体内に粗大な金属物がある者など)
- ③ AIDS指標疾患または中枢神経日和見感染症
- ④ 認知症、精神発達遅滞
- ⑤ 脳損傷・血管疾患の既往
- ⑥ HIVに関連しないその他の中枢神経疾患
- ⑦ C型肝炎、その他認知機能に影響する全身性疾患
- ⑧ 精神疾患 (DSM-IV-TRのI軸診断該当疾患、アルコール及び非アルコール性物質使用障害全般を含む)
- ⑨ 次の違法薬物の過去及び現在の乱用・依存：大麻、コカイン、メタンフェタミン、ヘロイン

### 4) 説明と同意

本調査の説明は、説明文を用い、状況に応じ、医師、看護師、臨床心理士等により説明を行う。

### 5) 調査期間

平成25年10月1日～令和3年3月31日 (試料・情報の収集は平成29年までに終了。この既存のデータを使用)

### 6) 調査票項目

基本属性、利き手、過去最低及び現在のCD4数、過去最高及び現在のHIV-RNA量、抗ウイルス療法開始後期間、肝炎ウイルスの有無、セクシュアリティ等

### 7) 神経心理学的検査：

〈神経認知障害〉

- ① Speed of Information Processing  
WAIS-III Digit Symbol  
Trailmaking Test-Part A
- ② Attention/Working Memory  
WAIS-III Digit Span
- ③ Executive Functions  
Trailmaking Test- Part B
- ④ Memory (Learning ; Recall)  
Verbal Learning : RBMT (物語)  
Rey-Osterreith Complex Figure Test
- ⑤ Verbal / Language (Fluency)  
流暢性検査 (文字・意味カテゴリー)
- ⑥ Sensory-Perceptual  
Rey-Osterreith Complex Figure Test (Copy)
- ⑦ Motor Skills  
Grooved Pegboard Test  
Finger Tapping Test  
〈日常生活の機能低下〉
- ① IADLs  
Lawton and Brody Scale (日本語版)
- ② Cognitive difficulties in everyday life  
Patient’s Assessment of Own Functioning Inventory (PAOFI)
- ③ Work  
An employment questionnaire  
〈併存疾患と交絡因子〉
- ① 精神疾患とアルコール・物質使用歴の評価  
DSM-IV I 軸障害構造化面接 (SCID) を2名の精神科医により施行し、診断が一致しない場合は合議して診断。また必要に応じ②③を診断の補助として使用。
- ② ベックのうつ病評価テスト (BDI)
- ③ 発達障害評価 (AQ)  
〈その他〉
- ① 病前推定知能 ; Japanese Version of National Adult Reading Test short form (JART)
- ② 利き手 ; Edinburgh Handedness Scale
- ③ 社会認知テスト ; Reading the mind in the Eyes test
- ④ 意思決定・行動の抑制等の検査 ;  
Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB)  
CGT (Cambridge Gambling Task),  
SST (Stop Signal Task),  
IST (Information Sampling Task)  
等
- 8) 脳画像の撮影 (大阪医療センターのMRIを使用)  
脳構造画像 (3DT1 画像、T2WI)、DTI (Diffusion Tensor Imaging) 等
- 9) 脳画像解析方法

脳構造画像の解析は、SPM12、CAT12、FreeSurfer等のソフトを用いる

DTI の解析は、FSL のFMRIB' s Diffusion Toolbox 等を用いる

## 10) 統計解析

- ① 患者群と対照群の年齢、病前推定知能等の群間比較 (T検定等)
- ② 患者群と対照群の脳組織構成 (灰白質、白質、脳脊髄液) の比較 (T検定等)
- ③ 患者群と対照群の局所脳体積の比較 (T検定等)
- ④ 患者群と対照群の全脳の灰白質と白質は、SPM上で画素 (voxel) 単位毎に一般線形モデルを用いて検定する。撮影時の年齢、全脳容積を変数とした共分散分析 (ANCOVA) を用い比較をする。
- ⑤ 患者群と対照群の全脳白質のFA (拡散異方性) 等を、FSL上で画素単位毎の検定を行う。群間の比較のためにPermutation test 10000回行い、撮像時の年齢を変数とした共分散分析 (ANCOVA) を行う。
- ⑥ 患者群と対照群の特定の白質回路 (運動前野と基底核を結ぶ回路など) のFA等の比較は、T検定等で行う。
- ⑦ 患者群と対照群で、認知機能検査の評価値と脳容積、白質のFA、血液データなどとの関係性についてPearsonの相関係数等によりSPSS、STATA、Prism等の解析ソフトを用いて解析する。

等

## 11) 3年間の研究予定

平成30年度

神経認知障害と灰白質体積減少

令和元年度

nadir CD4と白質神経線維障害・神経認知障害

令和2年度

診断基準規定外領域への神経認知障害の広がり

### (倫理面への配慮)

被験者には、本研究の目的、方法、研究の危険性、プライバシーの保護、研究協力の自由撤回などについて説明文書をもとに十分説明し、文書による同意を得た者のみを対象とする。国立病院機構大阪医療センター倫理委員会及び京都大学医の倫理委員会で承認された方法に従い、個人の情報が他に漏れないようにデータの取り扱い・管理には細心の注意を払う。対象者及び保護者の人権や利益を損なわないように十分配慮する。国立病院機構大阪医療センター及び京都大学医の倫理委員会において倫理委員会の申請を行い、承認を得ている。

平成 30 年度

### 「神経認知障害と灰白質体積減少」

大阪医療センターで取得済みの約 80 例 (疾患群対象群とも約 40 名) のデータを用い、疾患群と対照群の脳灰白質の容積、皮質厚、脳白質の統合性の異常の比較を行っ

た。これら脳構造の異常と心理検査、血液データ等臨床所見との相関等について画像統計解析を行った。結果として、白質繊維について対照群と比較して疾患群の拡散異方性の違いは認められなかったが、脳梁や内包前脚等の脳部位で平均拡散能や放射拡散係数が有意に増加しており、髄鞘の変性が示唆された。疾患群の運動機能や知覚統合と脳梁などの脳部位の平均拡散能との間に負の相関を認めた。灰白質についても、疾患群において複数の認知機能検査での灰白質体積との相関がみられた。

### 令和元年度

#### 「nadir CD4 と白質神経線維障害・神経認知障害」

nadir CD4 と白質神経線維障害・神経認知障害について、解析を終了し、現在論文投稿中である。

患者の免疫力を反映する CD4 数のうち、経過の中で最も低い値である nadir CD4 が低い患者群、高い患者群、対照群の 3 群の認知機能と脳白質神経線維の障害を比較した。また、脳白質神経線維については、3 群の脳白質の神経線維の拡散異方性の程度を示す FA (Fractional Anisotropy)、平均拡散能 MD (Mean Diffusivity) を比較した。

低い nadir CD4 患者群では、情報処理速度、運動機能の認知機能が有意に低下していた。また、低い nadir CD4 患者群では、脳全体で、脳白質線維の MD 値の上昇が認められた (図 2)。低 nadir CD4 群では、脳局所で、左右大脳、小脳の広範囲に MD 値が他の 2 群と比較して、有意に上昇していた。さらに低 nadir CD4 群内で、運動機能成績の低下と白質の放線冠 (運動路)、脳梁の MD との間に逆相関を認めた。

これらの結果から感染初期の免疫低下が著しいほど白質の神経線維損傷が生じやすいと示唆され、その損傷は神経認知障害の一部に影響しており、神経認知障害の生物学的背景、神経基盤であることが示唆された。

HIV 陽性者の精神・心理的支援において、初期の免疫機能低下の情報が支援にあたって、重要な情報であると考えられた。

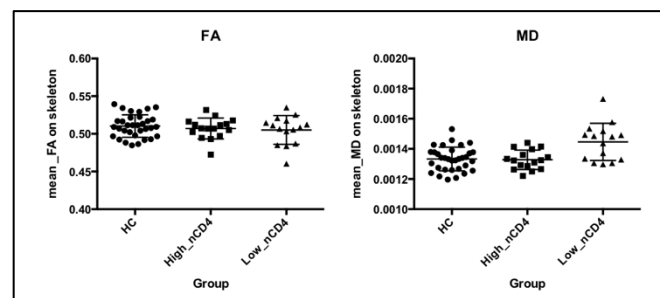


図 2 脳全体の平均 FA、MD

令和 2 年度

#### 「診断基準規定外領域への神経認知障害の広がり」

診断基準規定外領域の神経認知障害の検査において、患者群に社会認知（表情認知）の障害はみられなかった。行動決定（意思決定）について、行動の抑制、報酬を伴う意思決定、情報収集の3面を評価したが、患者群で行動の抑制は障害されていなかったが、報酬と伴う意思決定課題では、安全で確実性の高い選択をする機能が障害されていること、情報収集課題では、十分な情報収集に基づき熟慮して意思決定する機能がより顕著に障害されていることが明らかになった。

HIV陽性者の精神・心理的支援にあたって、HIV陽性者は安全性や確実性の高い選択をできていない可能性があり、情報やリスクを十分に評価せずに行動してしまう可能性があることに配慮する必要があると考えられた。

### 健康危険情報

MRIによる撮影はペースメーカー、脳内クリップなどが埋め込まれるなどの禁忌がなければ、危険性はないと思われる。MRI撮影に際して、これらの内容を、同意を得る時点で文書および口頭で十分に説明を行った。

### 研究発表

#### 1. 論文発表

原著論文

Kato T, Yoshihara Y, Watanabe D, Fukumoto M, Wada K, Nakakura T, Kuriyama K, Shirasaka T, Murai T. Neurocognitive impairment and gray matter volume reduction in HIV-infected patients. *J Neurovirol.* 2020 Aug;26(4):590-601. doi: 10.1007/s13365-020-00865-w. Epub 2020 Jun 22. PMID: 32572834.

#### 2. 学会発表

海外発表

Y. Yoshihara, T. Kato, D. Watanabe, T. Shirasaka, T. Murai. Differences of cognition and brain white matter between cART-treated HIV-infected patients with low and high CD4 nadir. Society for Neuroscience, Chicago, Illinois, October 19-23, 2019 (ポスター発表)

国内発表

加藤賢嗣、吉原雄二郎、渡邊大、福本真司、和田恵子、安尾利彦、白阪琢磨、村井俊哉： HIV関連神経認知障害（HAND）と脳構造。第32回日本エイズ学会学術集会・総会、2018年12月3日、大阪

### 知的財産権の出願・取得状況（予定を含む）

1. 特許取得 該当なし
2. 実用新案登録 該当なし
3. その他 該当なし

## 5 HIV 陽性者の精神疾患医療体制と連携体制の構築

### —HIV 陽性者における精神疾患の実態と精神科医療機関が抱える課題—

研究分担者 : 池田 学 (大阪大学大学院医学系研究科・精神医学)

研究協力者 : 金井 講治 (大阪大学大学院医学系研究科・精神医学)  
長瀬 亜岐 (日本生命済生会 日本生命病院)

平成 30 年度

#### 研究目的

HIV 感染症は、抗 HIV 薬の多剤併用療法によって慢性疾患と捉えられるまでに治療効果が得られるようになったが、一方で精神疾患や認知機能の低下、その他多様な心理的問題を有する HIV 陽性者が一定数いることが指摘されている。このように多様化する HIV 陽性者の精神症状に対して、大学病院精神科、総合病院精神科、精神科病院、精神科診療所が連携する診療体制の構築が望まれている。

そこで HIV 陽性者において精神科医療機関同士の診療体制の連携・構築を推進し、精神科医療の専門家（精神科医、臨床心理士/公認心理師、精神保健福祉士/社会福祉士、看護師/保健師など）の人材育成のための教育資材を開発するために予備調査として、本調査は大阪府内の精神科医療機関における HIV 陽性者の受診状況について明らかにする。

#### 研究方法

大阪府内の精神科医療施設を対象に HIV 陽性者の診療実施の有無、受診者数、HIV 陽性者の診療実施の可能性、研修参加の有無ならびに研修参加の意思について郵送法による自記式アンケート調査を行った。

##### ・調査対象

対象は大阪府内の精神科医療施設とした。施設の抽出は大阪精神科病院協会の会員施設、大阪精神科診療所協会の会員施設、ならびに大阪府内の精神科外来の標榜がある総合病院に調査票を郵送した。

##### ・調査項目

(1) HIV 陽性者の診療の有無・人数 (2) HIV 陽性者の診療実施の可能性 (3) HIV 関連研修への参加経験 (4) 今後の研修参加の意思についてとした。

#### ・分析方法

1) 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。  
2) エイズ診療拠点病院を大学病院と総合病院の 2 群にわけて各調査項目を単純集計し、比較した。3) 先行研究である全国調査<sup>1)</sup>と本研究調査を比較した。

#### 倫理面への配慮

本調査における回答については自由意思であり、回答した内容についてエイズ治療拠点病院以外の施設名は公開しない。

#### 研究結果

返信が 204 施設からあり、回収率は 55.3%であった。そのうち所属が未記載であったのが 3 件であった。内訳は、総合病院が 29 施設 (65.9%)、精神科病院が 34 施設 (68.0%)、診療所が 138 施設 (50.2%) であった。

#### 1) 大阪府全体の精神科医療機関の状況

##### (1) HIV 陽性者の診療

2018 年の 1 年間に HIV 陽性者の診療を行ったかについて「ある」と回答したのは 58 施設 (28.4%) であり、「ない」は 146 施設 (71.6%) であった (図 1)。「ある」と回答した施設の内訳は精神科病院が 34 施設中 11 施設 (32.4%)、総合病院が 29 施設中 11 施設 (37.9%)、診療所が 138 施設中 35 施設 (25.4%)、未回答が 1 施設であった。

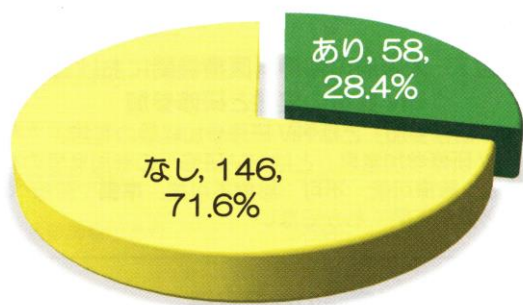


図1 HIV陽性者の診療実施 (n=204)

## (2) 診療した HIV 陽性者の数

HIV 陽性者の診療が「ある」と回答した 58 施設での診療患者数は、精神科病院では 1-5 人が 12 施設(100%)であった。総合病院では、1-5 人が 9 施設(81.8%)で、6-10 人が 1 施設(9.1%)、51 名以上が 1 施設(9.1%)であった。診療所では 1-5 人が 34 施設(94.4%)、6-10 人が 2 施設(5.6%)であった。(表 1)

表 1 HIV 陽性者の診療患者数

	1-5人	6-10人	51人以上	計
精神科病院	12	0	0	12
総合病院	9	1	1	11
診療所	34	2	0	36
未回答	1	0	0	1

## (3) HIV 陽性者の診療の可能性

今後、HIV 陽性者の診療への可能性については「可能」が 86 施設(42.4%)、「不可能」が 28 施設(13.7%)、「準備が必要」が 30 施設(14.7%)、「わからない」が 60 施設(29.4%)であった(図 2)。

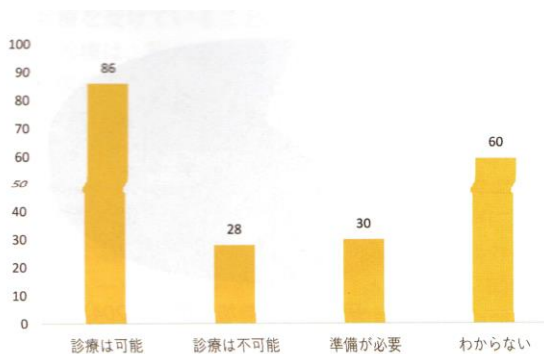


図2 HIV陽性者の診療の可能性

## (4) HIV 感染症に関する研修への参加

HIV 関連の研修や学会への参加経験については「あり」が 24 施設(11.8%)、「なし」が 177 施設

(86.8%) であった(図 3)。

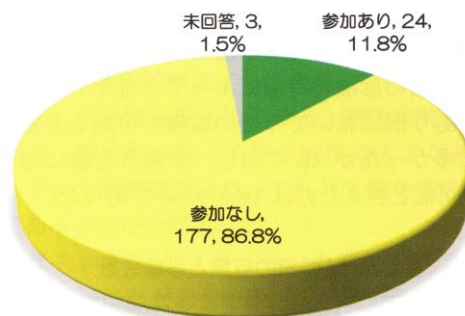


図3 研修会への参加 (n=204)

施設別に研修参加数をみると、精神科病院は 2 施設(6.1%)、総合病院は 4 施設(13.8%)、診療所は 18 施設(13.2%)であった(図 4)。

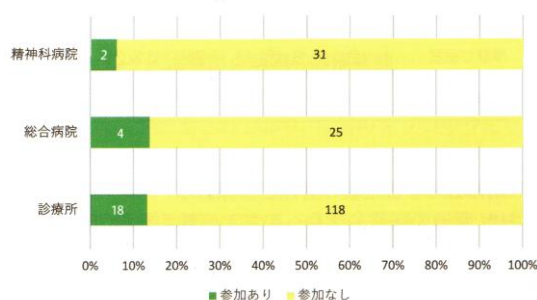


図4 施設別研修会への参加状況

## (5) 研修会への参加意思

研修会の参加意思は「参加を検討する」が 120 施設(58.8%)、「参加しない」が 78 施設(38.2%)であった。未回答は 6 施設(2.9%)であった(図 5)。

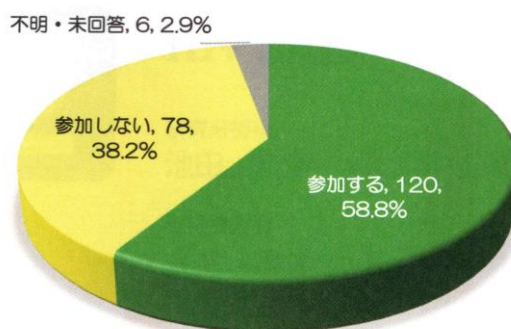


図5 研修会への参加意思 (n=204)

施設別にみると精神科病院が 78 施設(73.5%)、総合病院 17 施設(58.6%)、診療所が 25 施設(56.5%)に研修会参加への意思があった(図 6)。

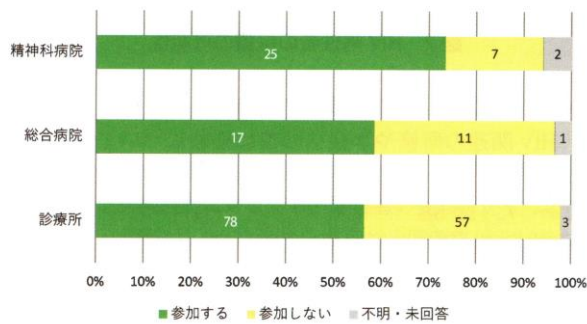


図6 施設別の研修参加意思

## 2) HIV 診療の有無と今後の診療の可能性

HIV 陽性者の診療の有無によって2群化し比較すると、診療あり群において今後の診療の可能である施設は有意に多かったが(p<.01)、診療なし群においても診療不可能と答えたのは 18.5%のみであった。

表2 HIV 診療の有無と診療意思

	診療あり n=58	診療なし n=146
診療可能	49 ( 84.5% )	37 ( 25.3% )
診療不可能	1 ( 1.7% )	27 ( 18.5% )
準備が必要	2 ( 3.4% )	28 ( 19.2% )
わからない	6 ( 10.3% )	54 ( 37.0% )

## 3) 研修会の参加経験の有無と診療意思

HIV 関連の研修や学会への参加経験の有無で2群化 診療可能性したところ、研修等への参加経験あり群は、今後の診療が可能である施設が有意に多かった(p<.01)。

表3 研修会の参加経験の有無と診療意思

	研修参加あり n=24	研修参加なし n=177
診療可能	17 ( 70.8% )	69 ( 39.0% )
診療不可能	1 ( 4.2% )	27 ( 15.3% )
準備が必要	1 ( 4.2% )	27 ( 15.3% )
わからない	5 ( 20.8% )	54 ( 30.5% )

## 4) 大阪府の精神科医療機関における HIV 診療の実態と研修参加の状況

HIV 陽性者に対する今後の診療可能性について、診療の有無、研修参加の有無、研修参加意思について統合してみたところ、診療がなく、HIV 研修への参加、研修への参加意思もない施設は 21 施設のみであった。(図7)

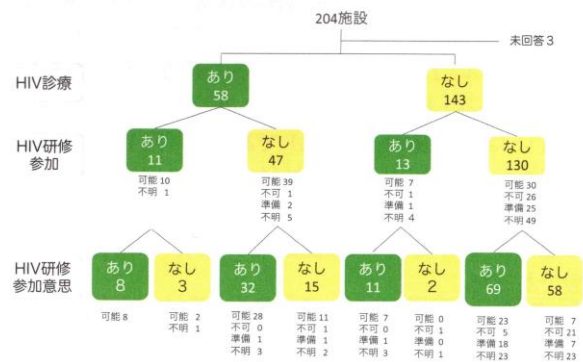


図7 大阪府の精神科医療機関における HIV 診療の実態と研修参加

注:「HIV 研修参加」とは HIV 研修参加経験の有無。  
「HIV 研修参加意思」とは HIV 研修への参加意思の有無。  
略:可能:診療可能, 不可:診療不可能, 準備:診療への準備が必要, 不明:わからない

## 5) エイズ治療拠点病院の診療実態

回答の得られたエイズ治療拠点病院を大学病院と精神科のある総合病院で分類した(表4)。拠点病院において精神科での診療実績は 55.6%であった。研修に参加したことがあるのは 33.3%、大学病院においても1施設のみであった。研修会への参加意思があるのは 88.9%であった。

表4 大阪府内エイズ治療拠点病院の診療実態

	拠点病院		
	大学病院 n=5	総合病院 n=4	計 n=9
HIV患者の診療	あり	2	3 ( 55.6% )
	なし	3	4 ( 44.4% )
診療患者数(人)	1-5	2	3 ( 33.3% )
	6-10	0	1 ( 11.1% )
	50以上	0	1 ( 11.1% )
診療可能性	可能	4	7 ( 77.8% )
	不可能	0	0 ( 0.0% )
	準備が必要	0	1 ( 11.1% )
	不明	1	2 ( 22.2% )
研修参加	あり	1	3 ( 33.3% )
	なし	4	6 ( 66.7% )
研修参加意思	あり	5	8 ( 88.9% )
	なし	0	1 ( 11.1% )
	未回答	0	1 ( 11.1% )

## 6) 先行研究との比較

先行研究である「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」において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 感染症患者の診察に対する態度、研修希望の有無などについてアンケート調査が行われた。その結果の概要は平成 23 年度(2011 年)の研究結果報告書<sup>1)</sup>(以下「2011 年全国調査」)にまとめられており、その結果と本調査の結果を比較した(表 5)。HIV 陽性者の診療経験を有する施設が大阪府では多かった。また、今後の診療が不可能と回答した施設は全国調査よりも少なかった。研修参加率も全国調査よりも多かった。

表 5 先行研究と本研究の比較

	2011年全国調査(%)	2018年大阪府調査(%)
HIV陽性診療経験あり	11.9	28.4
診療可能性あり	42.3	42.2
診療不可能	26.3	13.7
研修会参加あり	7.6	11.8
研修会参加意思あり	55.9	58.8

## 考察

### 1. 先行研究との比較

本研究は地域における精神科医療機関のネットワーク構築に主眼を置いているため、大阪府に限定して調査した。先行研究である 2011 年の全国調査(回収率 19.7%)と本研究の 2018 年の大阪府調査(回収率:55.3%)を比較検討した。

まず、結果の差異を解釈するにあたり、回収率の差や対象とした地域の違いなど、単純な比較検討には限界があることは否めないが、本研究の結果から 2 つの仮説が示唆される。

- 1) 7 年の経過の中での日本全体の HIV 陽性者に対する意識の変化を反映している可能性
- 2) 大阪府における特異的な意識の変化を反映している可能性

以上の仮説については、今後同様の全国調査の報告による検証が待たれるが、大阪府は厚生労働省のエイズ発生動向<sup>2)</sup>において HIV 発生報告が全国で 2 番目に多い地域であることを踏まえて、1) の可能性を想定して考察をすすめる。

#### 1-1. HIV 陽性者の診療経験について

表 5 では HIV 陽性者の診療経験がある医療機関は、2011 年全国調査と比較して、2018 年大阪府調査では約 2.5 倍の結果であった。その理由として本研究において総合病院(37.9%)を筆頭

に、精神科病院(32.4%)、診療所(25.4%)と一定の割合で HIV 陽性者は精神科で診療を受けていることが明らかになった。HIV 陽性者の診療は、総合病院のみではなく地域の診療所や精神科病院でも行われる可能性が示唆された。

HIV 陽性者の診療を行った医療施設別に内訳をみると、HIV 陽性者の診療が「ある」と回答した 60 施設のうち 56 施設(93.3%)が 1-5 人以下の患者数であることが明らかになった。この結果から、大阪府において後述するエイズ治療拠点病院における精神科外来を除くと、一般の精神科診療機関においては HIV 陽性患者の偏在はほとんどなく、均等に診察する機会がある可能性が示唆された。

#### 1-2. HIV 陽性患者の診療可能性について

表 5 のとおり、HIV 陽性者の診療可能性については、「診療可能」と回答した群は 2011 年全国調査と比較して、2018 年大阪府調査はほぼ同水準であるのに対して、「不可能」と答えた群は、2011 年全国調査と比較して、2018 年大阪府調査では半減している。これは以前と比較して、HIV 陽性者というだけで、診察を不可能と考える医療機関が減少し、準備や状況次第では今後受け入れを検討する医療機関が増加している可能性が示唆される。

さらに本調査結果からは、大阪府においては、今後、HIV 陽性者の診療をする可能性については、「可能」と回答した医療施設別にみると、総合病院を筆頭に、診療所、精神科病院と診療可能性に大きな差は認められず、いずれの医療機関においても HIV 陽性者の診療は可能であることが示唆された。

また、診療が「不可能」と答えた施設は 28 施設(13.7%)にとどまり、30 施設(14.7%)が「準備が必要」、60 施設(29.4%)が「わからない」と回答しており、研修を中心とした啓発活動等により、診療可能な医療機関が増加する可能性が期待できる。

#### 1-3 エイズ治療拠点病院の診療実態

エイズ治療においては、全国に約 380 のエイズ治療拠点病院が選定されており、全国の 8 ブロックにブロック拠点病院がそれぞれ設置されている。近畿ブロックでは大阪府下にある大阪



医療センターがブロック拠点病院の責務を担っている。さらに府県ごとには中核拠点病院が選定されており、大阪府では3つの中核拠点病院(大阪急性期総合医療センター、大阪市立総合医療センター、堺市立総合医療センター)が選定されている。その他にも大阪府下には12のエイズ治療拠点病院が選定されている<sup>3)</sup>。

今回アンケートを施行した2019年1月末日時点で、精神科外来が設置されているのは、ブロック拠点病院、3施設中2施設の中核拠点病院、その他12のエイズ治療拠点病院のうち6施設であり、我々は精神科外来の設置されているすべてのエイズ治療拠点病院からアンケートを回収することができた。患者数はブロック拠点病院において51人以上、2つの中核拠点病院では6-10人、1-5人が各1施設、その他6つのエイズ治療拠点病院においては1-5人が2施設、0人が4施設であった。また、エイズ治療拠点となっている大阪府下の大学病院全て(5施設)から回答が得られたが、HIV陽性患者を診察している大学病院は2施設であった。

以上の結果からエイズ治療拠点病院において、まず精神科外来体制が整備されていない病院も16施設中7施設と半数近く存在し、精神科外来の設置されているエイズ治療拠点病院においても、ブロック拠点病院を除くと、1つの中核拠点病院で6-10人を診察している以外は1-5人の施設が3施設、0人が4施設と少ない。エイズ治療拠点病院においても診療の機会が少ないことが示唆された。

また、HIV陽性者の精神科医療機関の医療連携を検討する際に、HIV/AIDS治療においてブロック拠点病院に患者が集まるのは致し方ないが、精神症状への診療はブロック拠点病院とその他の精神科医療機関の連携体制の整備が必要であることが示唆された。

## 2. 研修会参加と今後の参加意思

精神科医療関係者を対象としたHIV陽性患者の診察に関する研修(以下「HIV研修」)への参加は、2011年全国調査と比較して、2018年大阪府調査では約1.5倍に参加施設が増えた。

HIV研修は「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」<sup>1)</sup>における研究成果を踏まえて、大阪を中心とし

て研修計画が計画されて以降、定期的に全国で開催されている。その結果、徐々に研修参加経験のある医療関係者が増加している可能性が示唆されるが、依然として全体で11.8%にとどまっており、参加したことがない医療機関が86.8%を占めた。医療機関別にみると「参加したことがない」と回答した医療機関は精神科病院を筆頭に、診療所、総合病院の順であった。

今後の参加意思については、58.8%と半数以上が参加すると回答しており、精神科病院、総合病院、診療所の順に参加意思は高く、依然としてHIV研修の需要は高いことが示された。

すでにHIV診療をおこなっている施設においても、研修会に参加が「あり」群の施設は58施設中11施設にとどまったが、一方で研修参加が「ない」群においては、47施設中32施設が参加を検討する回答が得られた。

また、すでにHIV研修の参加ありの施設(24施設)においても、約8割は研修の参加を希望していることがわかった。さらにHIV診療をしておらず、これまでHIV研修に参加したことがない127施設においても、過半数を超える69施設が研修の参加を検討するという結果が得られた。

以上の結果から依然としてHIVに関する啓発教育に関して、それぞれの経験や知識習得に応じて、多様な研修需要の可能性があることが示唆された。

## 3. 今後の研究課題について

1) HIV陽性者を診察している精神科医療機関を対象として、「診察することになった経緯」、「外来/入院治療の種別」、「HIV陽性者の精神科診断名」、「身体合併症診断」、「他科との連携様式」等に関する実態調査を行う。その結果より、それぞれの診療機関別におけるHIV陽性者の特徴を明らかにし、治療連携を考えるための基礎資料を得る。

2) HIV陽性者の精神科診療における知識のアップデートとなる研修となり、地域における切れ目のない連携をとるための啓発教育を行う。内容としてはHIVの身体合併症の専門家、HIVの精神症状の専門家、ネットワーク連携の専門家等を招聘して、精神科医療にかかわる医師及びコメディカルを対象に研修プログラムを立案し、開催する。

## 結論

大阪府の精神科医療機関において HIV 陽性者への診療は全国調査よりも多く行われ、総合病院、精神科病院、診療所においても満遍なく診療が行われていた。

HIV 研修会への参加率は依然として低いが、研修への参加希望が多いことから、HIV 陽性者の精神科診療に必要な技術や連携に関する研修会の開催し、HIV 診療の啓発の場が必要であることが示唆された。

## 謝辞

本調査にご助言ならびにご協力をいただきました独立行政法人国立病院機構大阪医療センター廣常秀人先生、安尾利彦先生に御礼申し上げます。

またアンケート調査にご協力いただきました大阪精神科病院協会ならびに会長の河崎建人先生、大阪精神科診療所協会ならびに会長の堤俊仁先生に深謝申し上げます。

## 引用文献

- 1) 廣常秀人, 梅本愛子, 吉田哲彦, 他: 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. HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究:105-115, 2011.
- 2) 厚生労働省エイズ動向委員会: 平成 29(2017)年エイズ発生動向一概要一< <http://api-net.jfap.or.jp/status/2017/17nenpo/h29gaiyo.pdf>>平成 30 年 8 月 27 日アクセス
- 3) HIV・AIDS 先端医療開発センター, <<https://osaka.hosp.go.jp/khac/kinki/index.html>>2019 年 2 月 22 日アクセス  
令和元年度

## 研究目的

HIV 感染症は、抗 HIV 薬の開発によって慢性疾患と捉えられるまでに治療効果が得られている。一方で精神疾患や認知機能の低下、その他多様な心理的問題を有する HIV 陽性者が一定数いることが指摘されている。このように多様化する HIV 陽性者の精神症状に対して、大学病院精神科、総合病院精神科、精神科病院、精神科診療所が連携する診療体制の構築が望まれている。

我々は昨年度に大阪府内の精神科関連医療機関に対して HIV 陽性者の受診状況ならびに診療体制についてアンケート調査を実施した。その結果、11施設の精神科病院、11施設の総合病院、35施設の診療所から HIV 陽性者の診療を行っているという回答が得られた。また、これまでに HIV に関する研修の参加経験が「ある」と回答した医療機関は 11.8%と低かった一方で、今後の研修への参加意思については「参加を検討する」が 58.8%と半数以上であった。この結果から、多様化している精神症状についての実態調査を行い、HIV 陽性者の精神症状について精神科医が診療を行える連携体制づくりのための研修会の必要性が示唆された。

そこで前年度の結果をもとにした、今年度の研究目的を、研究 1: 「精神科医のニーズに合わせた HIV 研修プログラムを作成すること」、研究 2: 「HIV 陽性者にみられる HIV 関連神経認知障害 (HIV-associated neurocognitive disorder : 以下 HAND) を含む精神疾患合併症の実態を明らかにすること」とした。

## 研究方法

大阪府内の精神科関連医療機関 (大阪府精神科診療所協会・大阪府精神科病院協会に加入している施設ならびに大阪府内の総合病院等) に対してアンケート調査を実施した。

・データ収集期間: 2019 年 10 月 1 日～10 月 31 日

・データ収集

### アンケート調査の内容

#### 研究 1

精神科医向けの HIV 研修プログラムニーズ調査

- ・ HIV/AIDS に関する知識、薬物治療と相互作用、社会資源、感染症対策等から複数選択
- ・ HIV/AIDS に対してもつ印象

#### 研究 2

精神科受診中の HIV 陽性者の精神科での診断名、処方薬の種類と数、HAND の症状の有無

・分析方法

記述統計

・倫理的配慮

国立大学法人大阪大学医学部附属病院観察研究倫理審査委員会 (19165) の承認を得て研究を実施

した。

## 研究1の結果

### 1. 対象

395 施設に対してアンケート調査を配布し、100 施設から回収が得られた(回収率 25.3%)。

100 施設 102 名(1 施設からは 2 名の医師から返信あり)の医師から回答が得られ、研究協力できないという施設 1 施設を除く、99 施設 101 名のデータを解析対象とした。

101 名の所属施設内訳は診療所 65, 単科病院 20, 総合病院 14, 大学病院 2 であった。

### 2. 精神科医がもつ HIV/AIDS についての印象

精神科医がもつ HIV/AIDS の印象について、平成 30 年 内閣府世論調査と同様の項目で調査した。「特別な病とは思っていない」の回答が 78 名(77.2%)であった一方で、「致命的な疾患である」・「原因不明で治療法がない」の回答が 6 名(5.9%)あった。「毎日大量の薬をのまなくてはならない」の回答が 17 名(16.8%)であった。

表 1 HIV/AIDS についての印象

	診療所				平成30年世論調査
	n=65	n=20	n=16	n=101	
					n=1671
致命的な疾患である	5 ( 7.7%)	1 ( 5.0%)	0 ( 0.0%)	6 ( 5.9%)	52.1%
原因不明で治療法がない	5 ( 7.7%)	0 ( 0.0%)	1 ( 6.3%)	6 ( 5.9%)	33.6%
特定のひとに対して関係のある病気である	5 ( 7.7%)	2 (10.0%)	1 ( 6.3%)	8 ( 7.9%)	19.9%
どれにもあてはまらず不治の特別な病とは思っていない	49 (75.4%)	15 (75.0%)	14 (87.5%)	78 (77.2%)	15.7%
毎日大量の薬をのまなくてはならない	9 (13.8%)	7 (35.0%)	1 ( 6.3%)	17 (16.8%)	13.8%
仕事や学業など、通常の社会生活はあきらめなければいけない	0 ( 0.0%)	0 ( 0.0%)	0 ( 0.0%)	0 ( 0.0%)	11.0%

### 3. 研修希望内容

研修希望内容について、一番多かった回答が、HIV 治療薬と向精神薬との薬物相互作用で 68 名(67.3%)、次いで HIV 治療薬の副作用としての精神症状が 64 名(63.4%)で、薬物治療に関する内容が多かった。

診療所・単科病院・総合病院の 3 分類ごとに研修希望内容の結果を以下に示す。

#### 1) HIV /AIDS の診療・知識に関する内容

診療に関する知識については、エイズ関連神経認知障害 (HAND) が診療所 33 (50.8%)・単科病院 16(80.0%)・総合病院 11 (68.8%)と回答が多かった。

表 2 HIV/AIDS に関する診療知識 (複数回答)

	診療所	単科病院	総合病院	合計(%)
	n=65	n=20	n=16	n=101
治療	25 ( 38.5%)	12 ( 60.0%)	9 ( 56.3%)	46 (45.5%)
問診の取り方	17 ( 26.2%)	11 ( 55.0%)	6 ( 37.5%)	34 (33.7%)
経過・予後・疫学	29 ( 44.6%)	13 ( 65.0%)	9 ( 56.3%)	51 (50.5%)
告知の方法	22 ( 33.8%)	12 ( 60.0%)	4 ( 25.0%)	38 (37.6%)
HIV脳症	32 ( 49.2%)	13 ( 65.0%)	10 ( 62.5%)	55 (54.5%)
エイズ関連神経認知障害 (HAND)	33 ( 50.8%)	16 (80.0%)	11 ( 68.8%)	60 (59.4%)
画像所見のみかた	17 ( 26.2%)	10 ( 50.0%)	6 ( 37.5%)	33 (32.7%)
中枢神経病変のみかた	15 ( 23.1%)	9 ( 45.0%)	7 ( 43.8%)	31 (30.7%)

#### 2) 薬物治療に関する内容

薬物治療に関する内容については、「HIV 治療薬と向精神薬との薬物相互作用」が診療所 41 (63.1%)・単科病院 16(80.0%)・総合病院 11(68.8%)と回答が多かった。次いで「HIV 治療薬の副作用としての精神症状」が多かった。

表 3 HIV/AIDS に関する診療知識 (複数回答)

	診療所	単科病院	総合病院	合計(%)
	n=65	n=20	n=16	n=101
HIV感染症治療薬における最新知識	30 ( 46.2%)	14 ( 70.0%)	7 ( 43.8%)	51 (50.5%)
HIV治療薬と向精神薬との薬物相互作用	41 (63.1%)	16 (80.0%)	11 ( 68.8%)	68 (67.3%)
HIV治療薬の副作用としての精神症状	39 ( 60.0%)	15 ( 75.0%)	10 ( 62.5%)	64 (63.4%)
ART (antiretroviral therapy)	10 ( 15.4%)	4 ( 20.0%)	7 ( 43.8%)	21 (20.8%)

#### 3) 社会的支援に関する内容

社会的支援に関する内容では、診療所は「緊急入院の連絡先」が 46.2%、「利用できる訪問看護や施設」が 43.1%と高かった。単科病院では、「緊急入院の連絡先」が 70.0%と高かった。総合病院においても「緊急時の連絡先」と「利用できる訪問看護や施設」が 56.3%とニーズが高かった。

表 4 社会的支援(複数回答)

	診療所	単科病院	総合病院	合計(%)
	n=65	n=20	n=16	n=101
緊急入院の連絡先	30 (46.2%)	14 (70.0%)	9 (56.3%)	53 (52.5%)
派遣カウンセラー制度	15 (23.1%)	7 (35.0%)	8 (50.0%)	30 (29.7%)
利用できる訪問看護や施設	28 (43.1%)	13 (65.0%)	9 (56.3%)	50 (49.5%)
HIV支援団体	17 (26.2%)	7 (35.0%)	6 (37.5%)	30 (29.7%)

#### 4) 感染対策・教育方法に関する内容

針刺し事故に対する対応については、単科病院においては 90.0%と多かった。

表 5 感染対策・教育(複数回答)

	診療所	単科病院	総合病院	合計(%)
	n=65	n=20	n=16	n=101
針刺し事故の対応	31 ( 47.7%)	18 ( 90.0%)	7 ( 43.8%)	56 (55.4%)
施設内への教育方法	19 ( 29.2%)	12 ( 60.0%)	7 ( 43.8%)	38 (37.6%)

## 5) 施設形態別の研修ニーズ

診療所・単科病院・総合病院ごとに研修ニーズの高さを表6に示した。

診療所では、薬物相互作用や薬の副作用について薬物治療に関する事が多かったが、単科病院では針刺し事故とHAND・薬物相互作用が多かった。総合病院においてはHANDと薬物相互作用、HIV脳症や薬物治療が多かった。

表6 施設形態別の研修ニーズの順位(複数回答)

診療所	%	単科病院	%	総合病院	%
1位	薬物相互作用 (63.1)	1位	針刺し事故 (90.0)	1位	HAND (68.8)
2位	副作用 (60.0)	2位	HAND (80.0)		薬物相互作用
3位	HAND (50.8)		薬物相互作用	3位	HIV脳症 (62.5)
4位	HIV脳症 (49.2)	4位	副作用 (75.0)		副作用
5位	針刺し事故 (47.7)	5位	最新知識 (70.0)	5位	治療 (56.3)
6位	最新知識 (46.2)		緊急入院		経過/予後
					緊急入院
					訪問看護

## 研究2の結果

### 1. 対象

精神科医療機関15施設から、28名の患者の診療状況について回答が得られた。内訳は診療所8施設、単科病院5施設、総合病院2施設であった。

診療患者の基本属性は平均年齢48.7歳(SD10.1)で、

全員男性であった。HIVの診断から平均11.1年(SD7.2)で3年から27年経過していた。

精神科への受診はHIV診断後が50%で、同時期が11%であった。HIV診断前から精神科を受診していたのは25%であった。

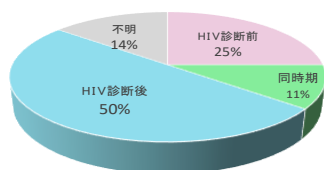


図1 HIVの診断と精神科診断の時期(n=28)

### 2. 精神科の診断・治療の実態

#### 1) 診断

対象28名の診断名はうつ病16名、不眠症4名、パニック障害とADHD(注意欠陥・多動症)が各3名、適応障害、統合失調症、不安障害、躁うつ病が各2名であった。HIV脳症、アルコール関連障害、違法薬物、気分変調、広汎性発達障害が各1名であった。

#### 2) HIVと精神疾患の関連性

HIV感染症が現在の精神科の主診断との関連性について、「関連あり」は14名(50.0%)で、「関連なし」は10名(35.7%)で「不明」が4

名(14.3%)であった。

「関連あり群」ではうつ病が14名中11名(78.6%)と多く、「関連なし群」ではうつ病が10名中3名(30.0%)、「躁うつ病」が2名(20.0%)であった。「不明」の4名のうち「うつ病」は2名で、統合失調症と違法薬物が各1名であった。

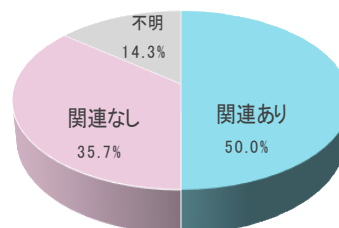


図2 精神科主診断とHIVとの関連

### 3) 症状

HIV陽性者の受診時にみられたHANDが疑われる精神症状(16項目)の有無について回答を得た。抑うつ気分が71.4%と多く、ついで不眠の60.7%であった。

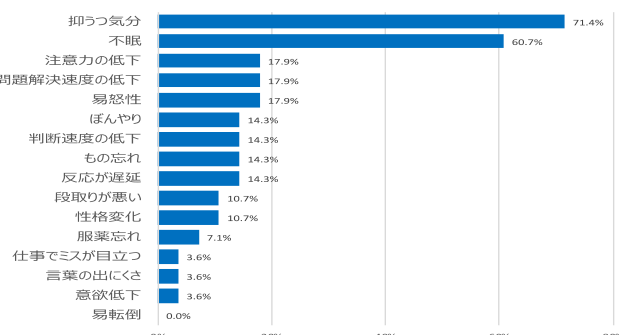


図3 HIV陽性者のHANDに関する症状の出現率

### 4) 治療

支持的精神療法が全員に実施されていた。薬物治療は抗HIV治療薬が処方されているが27名で1名は不明であった。抗HIV治療薬の処方先は他院が24名、自施設が3名、不明が1名であった。自施設は全て総合病院であった。

処方薬は、睡眠薬が20名(74.1%)に処方されており、1剤13名、2剤6名、3剤1名であった。抗不安薬は9名(33.3%)に処方されており、1剤8名、2剤1名であった。

抗うつ薬は15名(55.6%)に処方されており、1剤7名、2剤6名、3剤1名であった。抗精神病薬は10名(37.0%)に処方されており、1剤6名、2剤4名であった。気分安定薬は3名(11.1%)に処方されており、1剤2名、2剤1名であった。抗酒薬・抗認知症薬は0名(0%)、AD/HD治療薬は2名(7.4%)であった。他には下剤1名、降圧薬1名、過敏性腸炎治療薬1名であった。

### 3. HIV 陽性者に対する診療上の配慮

実際に HIV 陽性者の診療をしていると回答をした 18 名の精神科医の中で、HIV 陽性者を診察することに不安や抵抗感を感じると回答したのは 3 名 (16.7%) であった。精神科医は問診での抵抗として「希死念慮」は 1 名 (5.6%)、「アディクション・薬物乱用」は 0 名 (0%) であったが、「セクシュアリティ・性指向」については 6 名 (33.3%) であった。

服薬管理については全員が確認しており、逆境体験については 9 名 (50.0%) が確認していた。

HIV 陽性者に診療にあたり配慮していると 8 名が回答し、具体的には「他の人と区別・差別しないこと」、「プライバシーの保護」、「不安感を与えないようにしている」といった回答が得られた。また自由回答として、「HIV により不安症状が強く出現しているときは HIV 治療を行なっている身体科の主治医と密な連絡をとっている」といった施設間連携の工夫、「採血には注意している」「採血を看護師にさせないようにしている」といった施設内における感染管理への配慮が挙げられた。

## 考察

### 1) 研修プログラム

精神科医と一般市民がもつ HIV/AIDS についてのイメージの相違を検討するために、平成 30 年内閣府世論調査と同様の内容の調査を精神科医を対象に行った。結果、HIV に対して「不治の特別な病ではない」イメージを 77.2% の精神科医が持っており、一般市民より正確な医学知識を有していることが示唆された一方で、「死に至る病である」、「原因不明で治療法がない」イメージを依然としてもつ精神科医が一定数いることが明らかになった。さらに、「毎日大量の薬をのまなくてはならない」イメージは一般市民と同様の比率で精神科医も有している可能性が示唆された。

昨年度の調査で今後の HIV の研修への「参加を検討する」精神科医療機関が 58.8% と過半数を超えたことと併せて考えると、精神科の医療関係者が HIV に関する知見が近年著しく進歩していることを十分に自覚した上で、継続的な啓発教育の機会を求めている可能性が示唆された。

その一方で、昨年度の調査でこれまでの HIV に関する研修の参加経験が「ある」と回答した精神科医療機関は 11.8% にとどまったこと背景として、精神科医療関係者の研修ニーズが十分捉えられていない可能性を考えた。このため、我々は本年度具体的な研修内容のニーズ調査を行った。

結果、研修内容のニーズとして、診療に関する知識として「HAND」、薬物治療に関する内容として「抗 HIV 薬と向精神薬の薬物相互作用」、「HIV 治

療薬の副作用としての精神症状」、社会的支援に関する内容として「緊急入院の連絡先」、「利用できる訪問看護や施設」、教育に関する内容として「針刺し事故における対応」が特に高いことが明らかになった。

今日、高齢化に伴う認知機能低下の問題が社会問題となっている。精神科医にとって、種々の認知機能低下をきたす疾患の鑑別の 1 つとして「HAND」に対する最新の学術的な知見が必要とされている可能性が考えられた。また、今日における精神疾患に対する診療の中で、治療法として向精神薬による薬物療法は大きな位置づけを占めている。このため、HIV 陽性者を診察する際の治療選択を検討する際に、「抗 HIV 薬と向精神薬の薬物相互作用に対する知識」や、「HIV 治療薬の副作用としての精神症状」に関する知識が必要とされている可能性が考えられた。さらに、HIV 陽性者も通常精神科診療患者と同様に精神症状やライフステージに応じて、精神科病棟での入院加療、訪問看護などの在宅支援、施設入所などの福祉支援が必要になる。このような社会的支援の内容に関しても研修の希望が高かったという結果からは、HIV 陽性者に対する幅広いニーズを精神科医療機関が必要としている可能性が示唆される。

針刺し事故における対応についての研修ニーズは、単科病院で 90% と特に高かった。この背景として単科病院においては採血の機会が診療所に比べて多いにもかかわらず、総合病院であれば可能なインフェクションコントロールチーム体制や感染管理認定看護師による教育・管理体制が整備されていないため、独自で感染防止マニュアルを策定し、その啓発教育に取り組む必要性があるが、そのような院内の体制整備が困難な可能性が示唆された。

以上より、HIV に対する医学的知識にとどまらない精神科医療機関の病診連携や様々な地域資源との連携体制、院内の体制整備が構築されるための研修が精神科医療機関から望まれていることが示唆され、ニーズに即した研修を行うことで精神科医療機関における HIV の知識の向上、ひいては HIV 陽性者の精神疾患医療体制と連携体制の構築へとつながっていくことが期待される。

### 2) HIV 陽性者の精神科診療の実態

HIV 陽性者の精神科診療の実態として、気分障害圏やストレス関連障害圏の精神科診断が多くを占め、抑うつ気分、不眠など典型的な精神症状に対して、支持的療法とともに、睡眠薬、抗不安薬、抗うつ薬を中心とした薬物療法が治療として行われている現状が示唆された。この結果からは、HIV 陽性者の精神科診療に対して、特有の診断名、特有の症状、特有の治療が行われている

という結果は得られず、一般的な精神科診療の実態と同様である可能性が示唆された。

その一方で、今回の調査では、精神科医療機関から HAND の診断がされている HIV 陽性者の回答を得ることができなかった。この結果からは、実診療において、HAND の症状を見出し、診断することが難しい可能性が示唆された。そもそも気分障害やストレス関連障害に伴う症状と HAND に伴う症状は重なりあうため、現在の精神科診断の背後に HAND が隠されている可能性も否定できず、HAND の啓発教育とともに一般の精神科医療機関で可能な HAND のスクリーニング法の確立が望まれる。

また、精神科受診の時期は HIV 診断前に受診していたのは 25%、同時期が 11%、HIV 診断後が 50% であり、精神疾患と HIV の関連性を想定している患者は 50%であった。この結果から、HIV とメンタルヘルスの問題の関連は必ずしも一元的に説明することができず、多要因から生じている可能性が示唆された。

HIV 陽性者の診療をしている精神科医からの診療上の配慮に関する調査からは、HIV 陽性者の診察に不安や抵抗感を持っているとの回答は 16.7% にとどまった。また「希死念慮」、「アディクション・薬物乱用」などの問診については抵抗が少ない一方で、「セクシュアリティ・性指向」については 33.3% が抵抗があると回答した。この結果からは、精神科の治療対象としての「生きづらさ」に対して精神科医が寄り添い支援することへの抵抗が少ない一方で、個人の価値観から生ずる「生きづらさ」に対しては啓発教育などによる更なる準備をすることで、よりよい支援につながっていく可能性が示唆された。

## 次年度に向けて

今年度の結果を受けて、精神科医向けの研修会を開催する。

表 6 研修プログラム案

プログラム内容
1. HIV 総論
2. 感染対策(針刺し)
3. HAND
4. HIV 治療薬と薬物相互作用
5. 社会支援
6. 行政の取組み・連携体制

## 結論

HIV 陽性者に対する精神科診療は通常診療と同様に実施できる。精神科医向けに特化した研修会の実施により、連携体制の構築に繋げられる可能

性が示唆された。

## 健康危険情報

該当なし

## 研究発表

1. 論文発表 : なし
2. 学会発表

- 1) 学金井講治, 長瀬亜岐, 池田学: 大阪府内における精神科診療機関の HIV 陽性者の受診および受け入れ体制. 第 33 回日本エイズ学会学術集会・総会, 熊本, 2019 年 11 月.

## 知的財産権の出願・取得状況 (予定を含む)

1. 特許取得 該当なし
2. 実用新案登録 該当なし
3. その他 該当なし

## 謝辞

本調査にご助言ならびにご協力をいただきました独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 田宮裕子先生, 廣常秀人先生, 安尾利彦先生, 岡本学先生に御礼申し上げます。

またアンケート調査にご協力いただきました大阪精神科病院協会会長 河崎建人先生, 大阪精神科診療所協会会長 堤俊仁先生に深謝申し上げます。

## 令和 2 年度

### 研究目的

HIV 感染症は、抗 HIV 薬の開発によって慢性疾患と捉えられるまでに治療効果が得られるようになった。その一方で、精神疾患や認知機能の低下、その他多様な心理的問題を有する HIV 陽性者が一定数いることが指摘されている。このように多様化する HIV 陽性者の精神症状に対して、大学病院精神科、総合病院精神科、精神科病院、精神科診療所が連携する診療体制の構築が望まれている。

我が国における HIV 有病者は年間約 1,300 名が新規発症しており、2000 年代の頃からみると減少傾向

にはあるものの、ここ10年間は横ばいである。一方で、近年、HIV感染症に対する治療は、抗HIV薬開発を中心とした治療の進歩によって慢性疾患と捉えられるまでの治療効果が得られるようになった。その結果、HIV陽性者の高齢化によって、外来通院HIV陽性患者数が増加しており、生活習慣病、悪性腫瘍など加齢に伴う疾患合併が増加している。更にHIV陽性者の精神疾患、すなわちHIV脳症由来のうつ病、アパシー、認知症や、HIV陽性が判明したことによる二次障害とも言える反応性の抑うつ状態や適応障害など精神疾患を合併している場合も少なくない。海外では、精神疾患や認知機能の低下、その他多様な心理的問題を有するHIV陽性者が一定数いることが報告されている。米国でもっとも包括的と考えられるHIV Cost and Services Utilization StudyにおいてはHIV陽性者において大うつ病(36%)、不安障害(16%)、薬物依存(12%)、薬物使用(50%)、重度飲酒(8%)などの精神疾患の合併が報告されている。日本においては、2009年に国立国際医療研究センターおよびHIV診療ブロック拠点病院を対象とした調査があり、抑うつ状態など気分障害、次いで適応障害など神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害、不眠症などが多く認められていた。

以上のことから、HIV感染症者の中に精神医学的介入が必要なものが一定数いることは明らかであるが、わが国において、HIV陽性者の精神科受診状況や診療実態は今なお不明確な部分が多く精神的な支援方策も確立されていない状況である。我々はこれまでに大阪府内のHIV陽性者の精神科受診状況の実態、ならびにHIV陽性者の精神科領域における疾患を明らかにした。その結果よりHIV陽性者の精神科診療は一般的な精神科診療の実態と同様である可能性が考えられた。

一方で、HIV陽性者当事者の精神科への診療希望ならびに受診のしづらさについて実態は不明な点が多い。本研究はHIV陽性者の多様な精神疾患に対して、ニーズに合わせた精神科医療機関による診療体制のモデルを構築することである。

そこで令和2年度の研究目的は、HIV陽性者当事者の精神科への診療希望ならびに受診のしづらさを明らかにすることとした。

## 研究方法

研究方法はwebによるアンケート調査を実施した。対象者のリクルートはHIV/AIDS当事者支援を行

なっている関係者に調査依頼文書を配布し、HIV陽性者に協力依頼をした。

データ収集期間は2021年1月9日～1月31日で行なった。

アンケート調査の内容は、居住地域(近畿エリア、その他)、性別、精神科受診の有無、精神科に対する抵抗感とその理由、精神科受診への要望、精神症状の有無等である。

分析方法は記述統計で行なった。

## ・倫理的配慮

国立大学法人大阪大学医学部附属病院観察研究倫理審査委員会(20355)の承認を得て研究を実施した。

アンケート内容は個人が特定されることのないように十分に配慮して作成した。

## 結果

### 1) 回答者の概要

28名(全員男性)から回答が得られた。回答者の居住地は大阪が57.1%、兵庫が14.3%、その他の地域が28.6%であった。

### 2) 精神科受診状況(図1, 図2)

精神科(メンタルヘルス科、心療内科を含む)の受診は「あり」が6名(21.4%)、「なし」が22名(71.6%)であった。受診の診断名(複数回答可)は気分障害が5名、不眠症が4名、不安障害、適応障害が3名の順に多かった。また診断名を知らないという回答も2名でみられた。

受診頻度は「1か月に1回」が67%を占め、「2～3週間に1回」、「3か月に1回」がそれぞれ16.7%であった。治療内容は薬の処方が100%、精神療thatが83.3%を占め、回答した6名全員が3種類以上の内服薬を処方されていた。

精神科の受診開始時期は「HIV判明前から」が83.3%に対して、「HIV陽性と判明後から」が16.7%であった。

精神科の受診決定は、「自らの意思」が83.3%、「主治医や相談医等に勧められた」が16.7%であった。

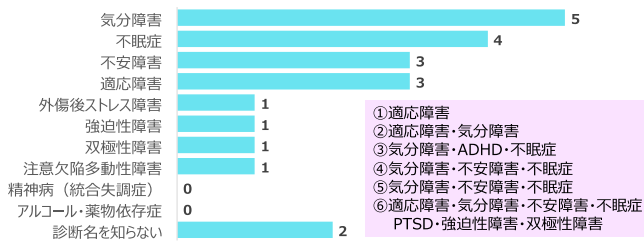


図1 精神科での診断 (n=6)

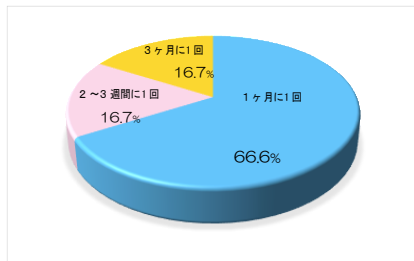


図2 精神科の受診頻度

### 3) 精神科の受診しづらさ・抵抗感 (図3)

精神科の受診のしづらさ・抵抗感についての回答では、「抵抗感あり」は64.3%、「なし」は35.7%であった。その理由として、＜精神疾患に対する抵抗感＞が55.6%、＜精神科の治療が必要か迷う＞が55.6%、＜精神科は薬漬けにされるのではないかと不安＞が44.4%、＜プライバシーが守られないのではないかと不安＞が33.3%、＜HIV陽性のカミングアウトをすべきか迷う＞が27.8%の順で多かった。

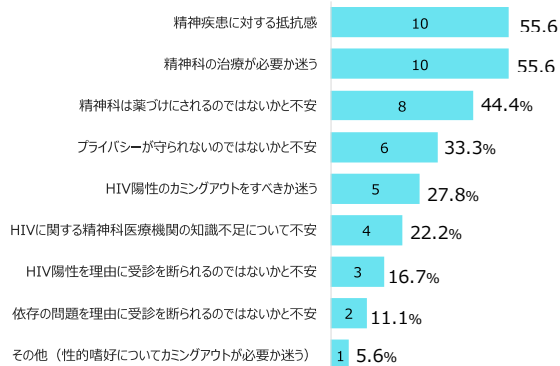


図3 精神科の受診のしづらさ・抵抗感の理由(n=18)

### 4) 精神科医療機関の選定 (図4, 図5, 図6)

精神科医療機関を探す方法は「主治医からの紹介」が20名、「インターネット検索」が13名、「ソーシャルワーカーからの紹介」が10名、「友人やコミュニティの仲間に相談」が6名の順で多かった。

精神科医療機関の希望は「HIV陽性者の治療を受けている病院」が71.4%、「精神科・心療内科クリニック」が25.0%であった。(図5)

精神科の病院選定基準で大切な要件は「LGBTに対する配慮・理解」が21名、「HIVに理解がある」が20名、「利用しやすい時間帯・曜日に聞いている」が14名、「プライバシーが守られて話ができる」が13名、「HIVの研修を受けているスタッフがいる」が13名の順であった。

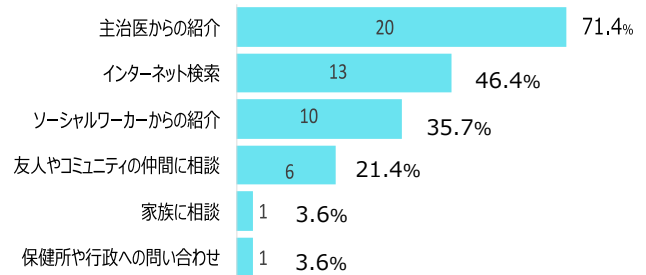


図4 精神科医療機関を探す方法(n=28)

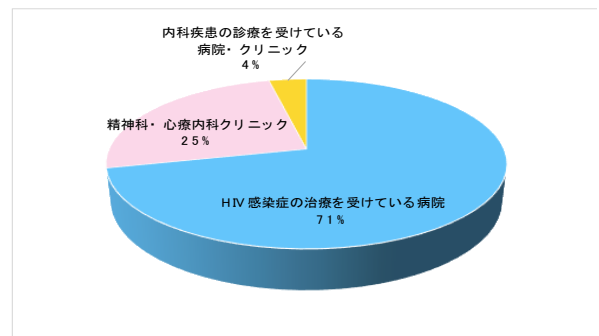


図5 受診を希望する精神科医療機関の形態

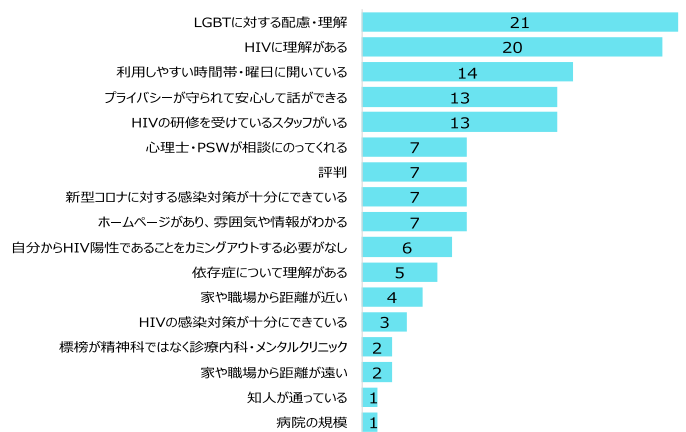


図6 精神科の病院選定で大切な要件

### 5) 精神的に辛い時への対処 (図7, 図8, 図9)



精神的に辛い時に誰かに相談するか、相談したいかについては「相談する」が53.6%、「相談したいが相談できる人がいない」が32.1%、「相談しない」が14.3%であった。精神科受診あり群と受診なし群にわけて比較したところ、精神科受診あり群は「相談したいが相談できる人がいない」が67%と高かったのに対して、精神科受診なし群は「相談する」が63%と相談する人がいる率が高かった。

実際に精神的に辛い時に誰に相談するか、相談したいかについては22名から回答が得られ、友人が18名、パートナーが10名、HIV治療の担当医が9名、PSW/MSWが7名、精神科医が5名、家族が3名、臨床心理士・カウンセラーが3名の順であった。

また、辛い時に誰かに相談すると回答した人は、精神科受診群で16.3%、精神科受診なし群で63%だった。精神科受診なし群は友人やパートナー、医療者、行政等に相談するとの回答が得られた。

「相談したいが相談できる人がいない」と回答した者で、精神科受診あり群は、精神科医や医療者、友人に相談したいと回答していた。精神科受診なし群は友人やHIV主治医に相談したいと回答していた。

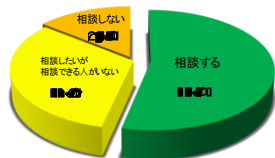


図7 精神的に辛い時にだれかに相談するか、相談したいか (n=28)

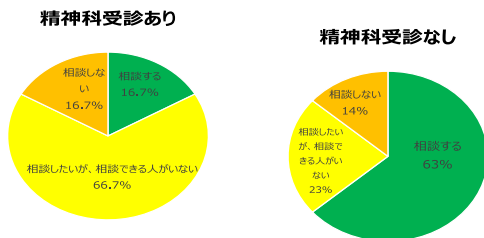


図8 精神的に辛い時の相談を精神科受診の有無別で比較

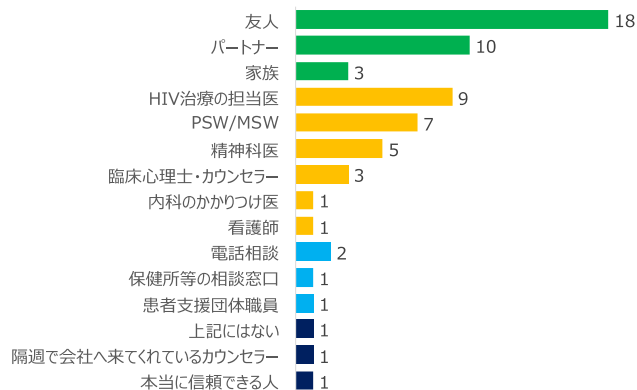


図9 精神的に辛い時に相談する人、相談したい人 (複数回答)

## 6) 精神症状 (表1, 表2)

「精神症状がない」は50% (14名)、「精神科受診中」が21% (6名)、「その他」が29% (8名)であった。「その他」の内訳は<症状はあるが、通院が不要>が2名、<内科で処方してもらっているため、精神科受診は不要>が3名、<通院していたが今は行っていない>が2名、<勇気がない>が1名であった。

「その他」の8名のうち5名 (62.5%)に精神科への抵抗感があった。その理由はさまざまであったが、<HIV陽性者であることをカミングアウトすべきか迷う><精神科の治療が必要か迷う>ケースを認めた。

「精神科受診中」の6名についても、精神科への抵抗感を4名 (66.7%)が持っていた。その理由として、<精神疾患への抵抗感>や<薬漬けにされるのではないかと不安>という不安、<精神科の治療が必要か迷う>との回答が得られた。

表1 精神症状「その他」のグループにおける内訳と精神科への抵抗感

理由	精神科への抵抗感がある (人)			
	n=2	n=3	n=2	n=1
精神科の治療が必要か	●	●	●	●
精神疾患への抵抗感	●			
薬づけにされるのではないかと不安				●
HIVを理由に断られるのではないかと不安		●		●
依存の問題で断られるのではないかと不安				●
HIVカミングアウトすべきか迷う	●	●		●
性嗜好をカミングアウトすべきか迷う	●			●
プライバシーが守られない	●			●
HIVの知識不足への不安	●			●

表2 「精神科受診中」のグループの内訳と精神科への抵抗感

精神的に辛い時に相談するか、相談したいか	相談する	相談しない	相談したいが相談できる人がいない
	n=1	n=1	n=4
精神科への抵抗感がある(人)	1	1	2
理由			
精神疾患に対する抵抗感		●	●
薬漬けにされるのではないか		●	●
精神科の治療が必要か迷う	●	●	
プライバシーが守られないのではないか		●	
HIV陽性をカミングアウトすべきか迷う		●	

## 7) コロナ禍におけるメンタルヘルス

コロナ禍における HIV 陽性者のメンタルヘルスとして「ストレスが増えた」という回答が 68 %、「変化なし」が 32 %であった。新型コロナウイルス感染症にかかったときに、HIV 陽性であることから特に心配なことについての自由記載回答欄では、プライバシー・報道に関する不安や HIV の重篤化への不安、HIV 治療薬に関すること、医療に関することなど多彩な内容が挙がった。

表 3：新型コロナウイルス感染症にかかったときに、HIV 陽性であることから特に心配なことについての自由記載

### 【プライバシー・報道に関する心配】

- ・報道によるプライバシーに関する懸念
- ・プライバシー保護
- ・プライバシーが会社などに漏れること
- ・個人を特定されないか
- ・名前まで出なくとも、会社名、年齢など個人特定に繋がりある情報が報道されてしまう事が怖い。また、罹患してしまった際の症状の程度についても心配がある
- ・HIV 陽性者がコロナに感染したと報道されるのは怖い

### 【HIV の重篤化への不安】

- ・HIV の重症化や CD4 の低下による他の病気の発生
- ・病状の悪化の進行度
- ・HIV の重篤化
- ・HIV との関連性、重症化や免疫力が下がる可能性があるか？
- ・CD4 などは安定しているのに HIV 陽性と関連付けた不安は特にありません

### 【HIV 治療薬に関すること】

- ・薬の効き目への変化
- ・吐き気等の症状悪化で服薬ができなくなる

- ・隔離されている時に HIV の薬が切れた場合も入手出来るか不安
- ・入院になった場合の服薬
- ・HIV の重症化との関連があるのか

### 【医療に関すること】

- ・万が一自分が感染した場合それが発覚して対応される人が HIV に理解のない医療関係者が対応される場合があったらと思うと不安
- ・収容施設が決まらない、必要な治療が受けられない可能性
- ・HIV の治療と並行してコロナの治療ができる状態であればよいと願います

## 考察

回答が得られた HIV 陽性者 28 名のうちの半数にメンタルヘルスの問題、精神症状がある一方で、精神科の通院中の方は 21% にとどまった。精神科通院中の 6 名のうち、5 名は HIV 陽性の診断前から受診していた。精神科で処方されている薬は 3 種類以上であった。この結果から、精神症状があっても、精神科への受診を阻害する要因があることが示唆された。精神科受診にいたる群では、多数の薬を処方されている傾向があることがわかった。

精神科への抵抗があるとの回答は 64.3% でみられ、精神疾患に対する抵抗感・治療の必要性の判断の難しさ・向精神薬の多剤治療への抵抗感という理由が多かった。この傾向は精神科受診している場合にも同様で、66.7% に抵抗感を認めた。

辛い時に誰かに相談すると回答した人は、精神科受診群で 16.3%、精神科受診なし群で 63 % だった。精神科受診なし群は友人やパートナー、医療者、行政等に幅広く相談できる場所をもっていたのに対して、精神科受診あり群は 66.7% が相談相手がいない一方で、全員が HIV 治療の主治医と精神科医に相談したいと回答していた。この結果から、精神科への抵抗感がある中で精神科に相談したいが相談できる人がいないと回答していた人たちにとって、精神科医が相談することができる相手の役割を担う可能性が示唆された。

HIV 陽性者は病院受診の際に、主治医に相談を求めることが明らかになった。HIV 陽性者に安心して受診できる精神科医療機関を主治医が探すための手段が求められると考えられる。

また、精神科の病院選定基準で大切な要件としては、LGBT への配慮やプライバシーが守られて安心して話ができる環境の整備が特に求められていた。他にも HIV に対する理解があることが求められており、HIV 研修の受講が HIV 陽性者の受診しやすさへつなげられる可能性が考えられる。

一方で、回答者により精神科の病院選定で大切とする要件は異なり、さまざまなニーズに応えられる多様な精神科医療機関の選択肢の中で HIV 陽性者が精神科医療機関を選定できるようになることが、精神科受診が必要な HIV 陽性者の精神科への受診しづらさや抵抗感をさげる可能性が示唆された。

## 結論

Web 調査で回答が得られた 28 名のうち、50%に精神症状があり、21%が精神科通院中であった。精神科への抵抗感は 64.3%がもっていた。HIV 陽性者の精神科病院の選定基準で大切な要件として、LGBT に対する配慮(75.0%)や HIV への理解(71.4%)を求めていることが示唆された。HIV 陽性者の多様なニーズに応える精神科医療機関向けの啓発により、連携体制の構築に繋げられる可能性が示唆された。

## 3 年間の研究総括（政策への提言）

- 1) HIV 陽性者が精神科医療機関に必要な際の受診を可能とする医療機関の連携体制を構築するためには、HIV 陽性者が抵抗感を低くできるような精神科医療機関向けの形態別の研修が必要と考える。
- 2) HIV 研修内容のニーズは、精神科診療所では、「薬物相互作用」、「HIV 治療薬の副作用としての精神症状」など薬物治療に関すること、精神科単科病院では社会的支援・連携に関する「緊急入院の連絡先」「利用できる訪問看護や施設」「針刺し事故への対応」、総合病院では「HIV/AIDSに関する診療知識・薬物治療・社会

的支援等包括的なニーズ」などであった。HIV 陽性者はカミングアウトに必要性があるのかについても不安に思っており、より一層 LGBT の理解を求めていることから、LGBT の理解にむけた啓発教育が必要である。

- 3) HIV 陽性者は精神症状があった時に HIV 治療の主治医に相談することから、HIV 治療を行う感染症科・内科医等が紹介しやすい HIV において理解のある精神科病院リストの作成が必要である。

## 健康危険情報

該当なし

## 研究発表

### 1. 論文発表

金井講治, 長瀬亜岐, 池田学: 大阪府精神科診療機関の HIV 診療の実態と研修ニーズ. 日本エイズ学会誌 (in press).

### 2. 学会発表

金井講治, 長瀬亜岐, 池田学: 大阪府の精神科医療機関における HIV 陽性者の外来診療の実態. 第 34 回日本エイズ学会学術集会・総会 web  
2020.11.27-11.29.

知的財産権の出願・取得状況 (予定を含む)

1. 特許取得 該当なし
2. 実用新案登録 該当なし
3. その他 該当なし

## 謝辞

本調査にご助言ならびにご協力をいただきました独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 白阪琢磨先生, 岡本学先生, 大阪青山大学 塩野徳史先生に御礼申し上げます。

またアンケート調査にご協力いただきました HIV 陽性者当事者の皆様に深謝申し上げます。

## 6 薬害被害者の心理的支援方法の検討

研究分担者： 山田 富秋（松山大学 人文学部社会学科）

研究協力者： 早坂 典生（特定非営利活動法人りょうちゃんず）  
橋本 謙（愛知県・岐阜県スクールカウンセラー）  
種田 博之（産業医科大学 医学部人間関係論）  
入江 恵子（北九州市立大学 文学部人間関係学科）  
小川 良子（看護師）  
宮本 哲雄（国立病院機構大阪医療センター）

**研究目的** 本研究の目的は、薬害エイズ事件の被害者である血友病の薬害 HIV 感染被害者（薬害被害者）に対する社会心理的支援方法を、社会学、薬害被害者当事者であるピア、そして臨床心理士、看護職を含む医療者の多様な視点から、薬害エイズ事件の発生から今日までの薬害被害者の経験を歴史的に振り返って分析することによって考察することである。薬害被害者は、薬害エイズ事件を経験したことによって、医療に対する根源的な不信感や無力感にさいなまれたり、さらには HIV 感染というスティグマの露見による差別を恐れたパッシング（身元隠し）によって、日常的なコミュニケーションが困難になったりすることによって、慢性的な「生きづらさ」に直面している。この「生きづらさ」を具体的に明らかにすることによって、現在の医療体制を含めた患者を取り巻く状況の問題点を指摘し、当事者にとってより良い社会心理的支援のあり方を探る。

**研究方法** 1980 年代に血液製剤を通じた HIV 感染が血友病者のあいだに発生し、1989 年に薬害裁判が提訴され、1996 年に和解した薬害エイズ事件に関わる薬害被害者の経験について、ライフストーリーインタビューを通して得られた「生きられた経験」の語りを手がかりとして、薬害被害者が置かれてきた「生きづらさ」の状況を明らかにする。具体的には、精神・心理班として 2013 年 6 月～2020 年 10 月までに蓄積した 25 例の薬害被害者のインタビュー逐語録を分析する。

（倫理面への配慮）

平成 30 年度から令和 2 年度まで、松山大学研究倫理審査委員会の審査を経て承認済みである。

### 薬害被害者の置かれた状況の歴史的背景

令和元年度血液凝固異常症全国調査では、薬害エイズ事件による HIV 感染を通して、これまで 1433 名の HIV 感染者が報告されており、すでに 717 名（50.03%）の死亡が報告されている。当時、この惨状に対して、愛媛県出身の赤瀬範保氏が日本で初めて HIV 感染を公表し、1989 年に製薬会社 5 社と国を相手どって民事上の損害賠償請求訴訟を提訴した。ほどなく東京原告団も結成され、若者を中心と

した大きな市民運動の支援もあって、1996 年に菅直人厚生大臣（当時）の下で和解し薬害と認定された。

原告の主張に沿った勝訴に近い和解の結果、エイズを発症し亡くなった薬害被害者の悲願であった HIV/AIDS 治療体制が日本全国に整備され、薬事法と血液法が改正された。しかしながら、薬害によって家族を失った遺族の苦悩だけでなく、HIV 感染というスティグマに起因する医療不信や日常的な人権侵害による無力感など、薬害被害者が被った苦悩は現在までも続いている。

HIV 感染のスティグマの発生を歴史的に振り返ると、1980 年代前半までエイズは海の向こうの正体不明の恐ろしい病として認識されるにすぎなかった。ところが、エイズが HIV というウイルスを通して感染する病気であることが判明し、エイズを発症して亡くなる人が国内でも出てくるという事態が 1980 年代後半に発生すると、マスメディアは HIV/AIDS の性感染という点をセンセーショナルに報道し、性交渉を通して誰にでも感染する恐れがあることだけがクローズアップされた。それによって引き起こされたのがエイズパニックである。

1986 年末から 1987 年にかけて、松本市での HIV 陽性者の発見の報道後に、神戸市での女性の AIDS 発症と死亡、そして血友病患者から HIV 感染した高知県の女性の出産報道へと、感染者へのケアや人権への配慮とは反対に、感染者に対する道徳的非難と攻撃という社会防衛的な報道によって、HIV 感染者に対する差別と偏見が一気に高まった。高知事件によって、血友病イコールエイズという連想も定着し、弁護士の菊池治の表現を借りれば、薬害の「被害者を HIV を感染させる加害者として取締まりの対象にしよう」と（草伏村生，1993『冬の銀河』181 頁）するエイズ予防法が準備され、血友病の患者会（石田吉明氏を代表とする洛友会）が中心に反対運動を展開したが、国会で成立してしまっ

た。エイズパニックとエイズ予防法の成立は、HIV 感染と血友病をスティグマ化し、その結果、多くの血友病患者たちは、HIV 感染の有無に関係なく、血友病イコール HIV 感染者と見られることを恐れ、沈黙

を余儀なくされていった。このスティグマの問題は医療現場にも大きな影響を与えることになる。(種田博之の考察1を参照)

1980年代後半に入ると、血液製剤を媒介とした血友病のHIV感染者のAIDS発症が始まり、発症した人々は次々と亡くなっていった。このとき問題になったのは感染告知である。告知がスティグマ付与になることはもちろん、当時まだHIV/AIDSに対する効果的な治療法もなく、感染告知が事実上、死に至る病の宣告になってしまう状況において、抗体検査の結果を患者にそのまま告知しても良いのかどうか医師の間で問題になった。

一般的に考えれば、血液感染の他に、性感染の恐れがあるので、感染告知は必須と考えられるにもかかわらず、インフォームドコンセントも定着していなかった時代において、抗体検査の実施も検査結果の通知も基本的には医師の裁量に委ねられていた。その結果、感染告知について実質的なコンセンサスもないまま、医師たちの多くはスティグマ性を帯びたHIV感染と実質的な死の宣告となる告知の問題に頭を悩ますことになった。当時の厚生省の呼びかけによって、1988年に血友病の医師を集めて「箱根ワークショップ」が開催された。これを機に医師の感染告知をフォローするために心理カウンセリングが導入され、告知転換を促す結果になったが、これ以前は、スティグマ付与と死の宣告を避けるために、ほとんどの医師たちは、患者が子どもであったり、性感染の恐れがないと判断したりした場合には、告知しない方針(非告知)を取っていたことが推測される。

この非告知の方針は、血友病の患者コミュニティに対して破壊的な効果をもたらした。すなわち、多くの患者はいつ抗体検査されたのかもわからず、検査結果も通知されない状況の中で、自分が感染しているのかわからない疑心暗鬼状態に長く置かれた。さらに、子どもの頃から診てもらっていることで、親子関係にも喩えられる閉鎖的な医師-患者関係に亀裂が入り、医師への信頼感が失墜する例が見られた。インタビューから明らかになったように、患者は医師の出す曖昧なサインからしか自分の感染を推測することができなかった。

この結果、血友病患者会はHIV感染者と非感染者に分かれて分裂したり、非感染者がHIV感染者との同一視を恐れたために患者会自体が活動停止を余儀なくされたりした。このような状況において、HIV感染者は長期間にわたって孤立を深めただけでなく、切迫感を持って必要とされたHIV/AIDSに関する情報も医療者から入手することができず、医療に対する極度の不信感と無力感に苛まれる状況に陥った。このような深刻な不信感は平成30年度の私たちの研究対象者から読み取ることができる。

薬害被害者に対して専門的な支援が提供されない中で、孤立した被害者たちを結びつけ、希求された

心理的支援を提供したのは、同じくHIVに感染した同僚患者(ピア)である。この間、将来的に裁判闘争へと結びついていく、感染者同士のセルフヘルプグループが全国で立ち上がっていった。

ここで制度的に導入された心理的支援方法について考察する。HIVチーム医療において心理カウンセリングが組み入れられるきっかけになったのは「箱根ワークショップ」である。この時、感染告知のインパクトを和らげるために、1990年代初めに心理カウンセリングが初めて制度的に導入された。しかしこのことは、心理カウンセリングの役割が、HIV感染者に死の受容を準備させることであったことも意味する。この結果、心理カウンセリングに対して抵抗を示したり、その存在すら認識していない薬害被害者が多数いることも事実である。事例数としては限られているが、私たちのインタビューから明らかになった現在の心理カウンセリングの利用状況については、**宮本哲雄の考察3**を、看護師によるサポートの状況については、**小川良子の考察4**を参照されたい。このような歴史的経緯を考慮に入れるなら、薬害被害者の置かれた困難な歴史的状況を医療不信も含めて包括的に理解しなければ、現在導入されているHIVチーム医療における心理カウンセリングの役割が明確にならないだろう。

## 研究結果

本研究は、大阪医療センターの白阪琢磨医師が代表となる厚労科研「エイズ対策政策研究事業」の「HIV感染症および合併症の課題を克服する研究」班として、NPO法人「りょうちゃんず」代表の故藤原良次氏が班代表となって実施した薬害被害者の実態調査から始まる。「りょうちゃんず」の薬害被害者支援研究の歴史については、**橋本謙の考察5**を参照されたい。その後、研究課題の重要性と専門性が高いため、平成30年度より白阪琢磨医師を研究代表として「精神・心理班」として独立した研究班と位置づけられた。そして2年目の平成31令和元年度から代表が山田富秋に代わった。その間、2013年6月～2020年10月までに25例のインタビューを実施し、研究成果は毎年日本エイズ学会学術大会・総会において発表してきた。

**1年目の研究結果** 私たちは本研究の初年度である平成30(2018)年度の研究において、エイズパニック前後の感染告知の変化を研究対象とした。そして、同じ病院に通院する二人の血友病患者を取り上げ、この病院がエイズパニックの前では感染告知を行い、その後に非告知に転換したため、一方は深刻な医療不信に陥らなかったのに対して、他方は医療に対する深刻な不信感を抱き、偶然も重なって他地域に転院することになったケースを日本エイズ学会にて「薬害被害者の心理的支援方法の検討」として報告した。

同時に、和解後のチーム医療における心理カウンセリングの位置づけを明らかにするために、ある拠点病院の HIV チーム医療スタッフに対するインタビュー調査を実施した。その結果、HIV 感染によるスティグマによって、自尊感情が低かったり、薬害エイズ事件による医療不信に陥ったりしている薬害被害者の存在を考慮に入れ、患者の生活背景まで考えながら、粘り強く治療とのつながりを維持する努力がなされていることがわかった。裁判の和解後に ART (多剤併用療法) という効果的な抗 HIV 薬が開発されても、医療に対する根源的不信感や初期の抗 HIV 薬の副作用のひどさから、治療を受け入れるのが難しかった事例があることもわかった。この拠点病院では、心理カウンセリングの役割を抜本的に見直し、スタッフと患者のあいだに上下関係を作らないよう、カウンセリングを通常の診察に組み込み、できるだけ対等な関係でのカウンセリングができる工夫をしている。この研究成果は、山田富秋 (2018) において発表した。

## 2年目の研究結果 私たちの平成 31-令和元

(2019) 年度の研究は、裁判初期の孤立無援の状況から、薬害被害者として裁判を闘った 1960 年代生まれの第一世代と、裁判を通して薬害被害者に対する医療体制が整備された 1970 年代後半生まれの第二世代とを比較した研究である。これは 2019 年のエイズ学会において、「1970 年代後半生まれ血友病 HIV 感染者における「日常 (普通)」生活の取戻し」のタイトルで発表した。第一世代は「被害者」としてのアイデンティティを基盤として、実際の差別や偏見と立ち向かわざるをえなかったために、被害者アイデンティティから脱却することが難しかった。これに対して、第二世代は被害者アイデンティティから一定の距離を取ることができるようになり、日常生活のレベルにおいてプライベートな自分の物語を取り戻すことができた。ここから、それぞれの世代に合った心理的支援方法が必要になる。この二つの世代のジェネレーションギャップの詳細については、入江恵子の考察 2 を、第一世代の「被害者」アイデンティティについては種田博之の考察 1 を参照されたい。

3年目の研究結果 令和 3 (2020) 年度においては、新型コロナウイルスの感染者に対する差別的行為が問題になる状況において、同じ感染症である HIV 感染の差別の問題を取り上げた。すでに述べたように、エイズパニック以降の 1980 年代末は、HIV 感染がスティグマ性を持つようになり、血友病は HIV/AIDS と結びつけられ、薬害被害者は「他者に感染させうる脅威の存在」として、さまざまな差別や偏見にさらされてきた。ART が普及した現在においても、HIV/AIDS はいまだにスティグマとして薬害被害者に特有の心理的困難さをもたらしていることは、過去 2 年間の研究において明らかにしたところである。ここで薬害被害者にとっての「感染」

の心理社会的意味をあらためて理解することを通して、当事者に必要とされる支援を特定化することができる。

これまで蓄積したライフストーリーインタビューから、彼らに向けられた差別や偏見について、いくつか特徴的な語りを取り出して分析した。エイズパニック以降、HIV 感染や HIV 感染と結び付けられる血友病を隠したり (パッシング)、HIV 感染したことで結婚をあきらめたり、交友関係を限定したりする語りがあった。さらに、これまで機能していた血友病患者会が、非感染者と感染者に分裂して、活動停止をよぎなくされた。以下、インタビューの語りの抜粋を紹介する。

※ ( ) 内は調査者が補足した。

例① (大学時代にエイズパニックがあつて) 「いよいよ製剤は隠しようと思ったよね。ずーっとなんか恐怖感があつた」。

例② 「職場であいつ血友病だと言われてしまつて、あいつエイズじゃないかっていうことで、すごい、いじめというか村八分にされるようなことがあつて (後略)」

周囲と距離をとり、行動範囲を極端に狭めた者もいた。

例③ (HIV 感染告知を受けた後) 「結婚もしないと。恋愛もしないと思いました。」「その血は、俺でおしまい」 (にする。)

例④ 「今の嫁さんとも別れたほうがいやらしいやろなあつて、これからどうしようかって、ちょっと途方にくれましたよね」。

血友病の患者会の分裂もあつた。

例⑤ 調査者 「じゃあ、患者会はまったくそういう…何ですか、伝達しあう会にはならなかった？」  
対象者 「ならなかった。うん。もう (HIV が) プラスの人とマイナスの人と分裂した感じ」。

HIV 感染者は当時「他者に感染させうる存在」として恐怖の対象となり、社会防衛的な攻撃の標的ともなった。

例⑥ 「(前略) どっかで、HIV 感染していることを知られたらどうしよう。その (※エイズパニック直後の) 頃の状況は、感染者の職も、生活も奪うし、へたすると感染者の親の家業とかもつぶされるぐらいの状況だったので、裁判の誘いにのれなかったですね」。

「(中略) あの家には、血友病の息子さんいたよなつて、息子さんエイズじゃないのと噂を立てられたら、そしたら飲食業なんか、もう、やってられない状況だったので。本当にパニックだったと思いますよ。その頃の状況というのは、いろいろな面で世の中パニックだったと思います」。

こうした攻撃に対して、感染者自身が自らを他者に感染させる脅威の存在でもあると捉え、他者と関わらないようにふるまうが、その限界を感じ、勇気をもってカミングアウトすると、予想を裏切って受け入れてくれたというケースも見出された。

例⑦「ええ。でやっぱり、いろいろ揺れましたし、すごい辛かったので、逆に二十歳まで人の3倍生きようって思ったんですね、その当時。そして、60歳生きたことになるっていうような自分の中で、そんなふうにしてとにかくがむしゃらなことをやって…。それでもやっぱり限界みたいなことがきて、高校2年の終わりぐらいだったと思うんですけど、これじゃ一人で抱えきれんぞって思って、そして初めて友だちにHIVのことを言ってみたんですね。それは、中学校からの友だちだったんですけど。そいつに言ってみたら、何でもっと早く言わなかったんだって怒られたんですね。んで、すごい真剣に話を聞いてくれたというか、なんかやっぱりそれまで自分も偏見が怖かったというか」。

例⑦のようにカミングアウトした例は少なく、ほとんどの薬害被害者は、不安を一人で抱え込んだまま、感染にまつわることを誰にも相談できない孤立状況に陥った。

例⑧「怖かったですね。えっと、やっぱり病院、この病気はこの病院行ってたんで、他の病院行ったことないんで、他の病院行って初めー(いち)からやられるのは嫌やったんで。怖かったですね。HIVがわかってたときやったんです。だから余計に怖かったですね。この病院にHIVってわかって、友だちにわかるとか」。

そのような時に薬害被害者に手を差し伸べたのが患者仲間の「ピア」であり、支援者たちの創意工夫であった。

例⑨調査者「さっき、重要な話がでたんじゃけど、血友病患者会よりも感染者の会のほうが大切だと言ったけど、HIV感染者の会が大切だという思いは、どういうところからきている？」  
対象者「あの、自分が、病気、HIVであることを気軽に言えるというか、わかってもらえるのと、情報がまったく感染者の会の人以外から、まったくなかったです。安心感って言いますか」

以上まとめると、薬害被害者は当初は社会的なスティグマ視もあり、HIV感染した自分をネガティブ

なものとして捉え、恐怖から他者との繋がりを絶って孤立化する傾向が認められた。しかし、同じ感染者(ピア)との接触をきっかけに、他者と繋がり、これまであった社会的分断が乗り越えられ、同時に個人のネガティブなアイデンティティがプラスに転換した者もいた。これは薬害被害者の社会心理的支援の方法として評価できる。一方、ピアとピアに相当する仲間との関係が弱い感染者がおり、そのような人を支援につなげていく方法が、支援の今後の課題として残っていることがわかった。COVID-19においても、スティグマの克服として、ピアの経験の共有による繋がりの回復が重要であることが示唆される。

**考察** 当事者の経験から明らかになったのは、過去の薬害エイズ事件から由来するHIV感染にまつわるスティグマの存在である。薬害被害者は日常生活のさまざまな場面で、このスティグマから来る差別や偏見によって「生きづらさ」を抱えている。インタビューから明らかになったことは、過去のトラウマ経験によって、強い不信感や虚脱感を抱えている薬害被害者に対して支援を実際に提供したのは、制度化された医療者ではなく、過去に同じ経験を共有したピアとピアの組織であったことである。

**結論** 本研究の最大のメリットは、血友病の薬害被害者のピアによって構成された支援団体であるNPO法人「りょうちゃんず」の全面的な協力を得て、薬害被害者の視点を分析視角に入れるとともに、現在HIV医療に従事している看護師と臨床心理士を研究協力者として研究チームに組み入れることによって、当事者の「生きられた経験」だけでなく、医療現場における社会心理的支援の実際の文脈を考慮に入れることができたことである。

薬害被害者がスティグマに脅かされずに生活するためには、HIV/AIDSというスティグマに対する啓発活動と医療福祉機関の連携が必要である。HIVチーム医療の研究が明らかにしたように、実効性のある支援を行うためには、医療者自身が、薬害被害者の不安感を生み出している生活史的背景を理解し、可能な限りそれを受け止めていくことが重要である。それは、医療という限定的な文脈を超えて、薬害被害者の生活の文脈へと一歩足を踏み出すことを意味する。本研究を踏まえた今後の医療に対する提言は、早坂典生の考察6を参照されたい。

**健康危険情報**  
該当なし

## 研究発表

### 1. 論文発表

山田富秋「血液製剤由来 HIV 感染者の心理的支援方法の検討—ある HIV チーム医療の実際から—」『松山大学論集』第 30 巻 4 号,pp.213-241.2018 年

## 2. 学会発表

山田富秋、橋本謙「薬害被害者の心理的支援方法の検討」第32回日本エイズ学会学術集会・総会 大阪、2018年12月

早坂典生、橋本謙、山田富秋、種田博之、入江恵子、小川良子、宮本哲雄「薬害被害者の心理的支援方法の検討—1970年代後半生まれ血友病 HIV 感染者における「日常（普通）」生活の取戻し」第33回日本エイズ学会学術集会・総会 熊本（ポスター発表）、2019年11月

山田富秋「薬害被害者の「感染」の心理社会的意味」第34回日本エイズ学会学術集会・総会 オンライン学会 2020年11月

### 知的財産権の出願・取得状況

該当なし

**謝辞** この研究のインタビューにご協力いただいた全ての薬害被害者及びご支援、ご協力をいただいた全ての皆様に感謝を申し上げます。

### 考察1 種田博之 HIV/AIDS というスティグマ 関係概念としてのスティグマ

スティグマとは、元々は、肉体上に刻まれた印・属性を意味し、そこから「汚名」を表す言葉になった。社会学においてスティグマは関係概念として位置づけられている。すなわち、当該属性を他者（とくに当該社会の主流派）が「忌むべきもの」といったように否定的に評するとき、その属性はまさしくスティグマ＝汚点になり、そしてその属性の所有者は差別の対象となると捉える。属性そのものではなく、当該属性に対して誰がどのような意味付与をおこなうのかということに着目するのである。

また、他者との関係だけでなく、自己との関係においても、スティグマとなる（自分で自分自身にスティグマを押ししてしまう）とも考える。例えば、ある社会である属性がスティグマとして認知されている場合、当該属性の所有者は差別を恐れて、それを隠そうとするかもしれない（逆に、当該社会に対抗すべく、自らの意志でその属性を誇示することもあるかもしれない）。これは、当該属性をその所有者がスティグマであると認めているがゆえに、起こることである。

HIV/AIDSに引きつけるならば、HIV感染はまさにスティグマであった（ある）。HIV感染症は、1990年代後半に多剤併用療法が現れるまで、極めて致命性が高かった。そのため、社会はHIV感染症を非常に恐れた。そして、その恐れから、HIV感染者やAIDS発症者を排除しようとした。その典型例が1980年代後半に起こったエイズパニックであった。血液製剤によってHIV感染を被ったある血友病患者は、差別をおそれて（そしてその差別が家族にまでおよぶことをおそれ）、なかなか裁判に加わることができなかった（感染を隠さなくてはならなかった）ことを語っている。

*HIV感染していることを知られたらどうしよう。その頃の状況は、感染者の職も、生活も奪うし、へたすると感染者の親の家業とかもつぶされるぐ*

*らいの状況だったので、赤瀬さん（実名公表していた大阪原告団の初代団長）の誘いに乗れなかったですね。*

ハンセン病のように、外観からHIV感染の有無はほぼわからない。しかし、感染を知られたならば差別的取扱いを被りうるため、秘密にしなければならぬこと、うかつには言えないことであった。このことは血友病患者同士の間でも同じであった。全血友病患者（約5,000人）のうち、HIV感染を被った者は3～4割（約1,500人）であった。言い換えれば、血友病においても感染者は少数者であったということである。したがって、患者の会合において非感染の血友病患者から、感染者を差別するような発言——非感染の自分たちまで感染しているように思われることが「辛い」——がなされた。

*1回か2回ぐらい会合に行っただけですけど、(略)、行ってみたら、血友病だっただけを人に話すとHIVじゃないかって思われるのが辛いみたいな話で盛り上がっていて。俺はHIVなんだけどみたいな感じでいづらかったのがあったりして、辞めたいって言うか、辞めちゃいました。*

1980年代後半（末）、血友病の感染者は自らの感染を誰かに相談しにくい状況にあった。そのため、自分一人で抱え込んでしてしまう感染者もいた。ある感染者は以下のように語っている（県外への引っ越しを機に、主治医が突然感染告知をおこなった事例である）。

*〇〇先生（引っ越し先の主治医）のところを受診に行くと、相談したら、「ちょっと僕も限界ですわ、僕も説明できんし、母親にもちょっと説明できないんですが」、って言ったら、〇〇先生が、「じゃあ、お母さんとお父さん、連れて来なさい、僕から説明してあげる」って言って。それで、親父にも会社を休んでもらって、〇〇先生の*



ところに連れて行きました。(略) その時に、だから、結局、(本人が感染告知を受けた時点から) 半年後ぐらいですね、両親に告知していただいたというほうがよろしいですかね。だから、僕からはちょっとよう説明できなかったんで。情報もないし、知識もなかったんで。で、〇〇先生に説明してもらったという感じで。

この感染者は感染告知後、半年間、親にさえ相談できず、まさしく感染を抱え込んで「限界」を迎えていた(ただ、幸いなことに、引っ越し先の主治医には相談できていた)。

血液製剤による HIV 感染は 1990 年代に入り潮目が大きくかわり、社会問題として「薬害エイズ」——血友病の感染者は「被害者」である——と表象されるようになった。そして、薬害エイズ訴訟(1989 年開始)を支えようとする機運が高まっていった。孤立していた感染者や遺族を支えるべく、感染者(原告) = ピア自身による支援もなされるようになった。こうして、一人で悩んでいた感染者に手がさし延べられるようになっていった。

聞き手: さっき、重要な話がでたんじゃけど、血友病患者会よりも考える会(ピアによる支援)のほうが大切だと言ったけど、考える会が大切だという思いは、どういうところからきている?

語り手: あの、自分が、病気、HIV であることを気軽に言えるというか、わかってもらえるのと、情報がまったく考える会の人以外から、まったくなかったです。安心感って言いますか、

また、ピアによる支援だけでなく、感染者の既存の人間関係が支えた例もある。ある感染者は一人で抱えきれなくなつて友人(非血友病・非感染者)に感染を告白したところ、「何でもっと早く言わなかったんだって怒られたんです」と、その友人に支えてもらったことを語っている。

しかし、HIV に「薬害エイズ」の意味が加わったからといって、感染者自身の HIV に対するスティグマが消えたわけではなかった。例えば、2000 年代に入って、ある感染者(原告)が啓発活動のために実名公表をした時(その地域の原告団は実名公表しないという方針であった)、他の原告からクレーム——その人が自分たちのそばにいと感染者だと思われるから、「もう近寄らない」、「付き合いたくない」——があった。HIV 感染が差別されうるとする認識が残っていることが、ここからわかる。ピアによる支援の逆説

とくに、ピアは「同じ経験」をしているがゆえに、その支援は痒いところにも手が届くこと——感染者は「わかってもらえる」と思う——になりやすい。それは心理的な安定などをもたらす、顕在的機能をはたしているとも言えよう。しかしながら、潜

在的逆機能の側面もありうる。それは、ある感染者の以下の語りから窺うことができる。

被害者のままでいる友人たちというか、それがすごくかわいそうっていったらあれですけど、なんか不幸なような気がしたんですね。で、そこから被害をもちろん受けたことが事実ですし、すごく大変ですし、それはそうなんですけど、被害者のままでいると幸せになれないんですよ、結局。すべてがエイズのせいだってどこに収れんされて、自分で不幸を作り出していくというか、そんな気持ちもあって、

血液製剤によって HIV 感染を被ってしまった事実から、確かに自分たちは「被害者」である。しかし、「被害者のままだ」が、自分たちを「不幸」にしているのではないかと、この感染者は考えている。

上で触れたスティグマ化の過程と同様に、感染者を不幸にする、「被害者のままで」いさせるメカニズムにおいても、他者との関係の水準と自己とのそれがあろう。前者の他者との関係とは、ピアとの関係である。ピア同士による経験の語りあいは、ある経験を強化し再生産してしまいうる(場合によっては、お互いに、自分自身の経験を無意識のうちに他者の経験にあわせてしまうこともおこるだろう)。そして、ピア同士で語られ強化されたその経験が、後者の自己との関係において、まさに自分自身の経験としてしまいうる(またその経験がピアとの関係において強化されて、さらにそれが自分の経験となる)。

つまり、ピア同士による経験の共有化は、感染者に対して、自分たちは薬害の「被害者である」という意識を抱かせ、維持させる。そして、そうして形成された意識が自己の水準で根づき、いわゆるアイデンティティとなる。こうして、上の感染者の言葉を今一度借りて言えば、「被害者のままで」あり続けてしまつて、「幸せになれない」 = 「自分で不幸を作り出していく」ことになる。

こうした不幸化のメカニズムに、ピアは意図せずして係わつてしまつていように見える。感染者のために「良かれ」と思つておこなつた支援が、逆に当人を不幸のまま留めさせてしまう。まさに支援の潜在的逆機能である。しかし、ピアによる支援は決して静的・固定的なものではなかった。その時々々の状況やニーズなどに応じて変わつてきたという経緯がある(例えばターミナルから日常生活のフォローへ)。このことを鑑みれば、潜在的逆機能になりうるといふ気づきは、支援のあり方を変えていく一歩になるだろう。より良い支援にしていくために、継続的な模索が必要である。

## 考察2 入江恵子 「被害」のジェネレーションギャップ はじめに

このたびの調査で、第一世代（1940～60年代生まれ）がこれまで語ってきた「被害」の経験と、第二世代（1970年代生まれ）の経験の語られかたに違いがあることが明らかになった。第一世代の語りにおいては、個々には多様性がありながらも、「被害者」としてHIV感染被害を捉え、語っていることがわかる。しかし、このたび聞き取りに応じてくださった第二世代の語りにおいては、例えば「感染させられたっていうのはあまりない」、「被害者意識はなかった」というように、「被害者」というカテゴリーからは少し距離を置いて感染被害を捉えていることがうかがえた。これまでは第一世代の語り主流のものとして捉えられてきており、このたびの第二世代の被害の捉え方は新しいものであるといえる。こうした捉え方の相違はどこからきたのか、ここでは第二世代の語りを中心に社会背景に着目しながら明らかにしたい。

### 社会背景

第一世代と第二世代でもっとも大きく異なるのは、感染と社会における排除と差別を経験した年齢である。社会で感染に対する偏見と排除が高まったときにどのような状況に置かれていたか、またそれを何歳の時に経験したかが決定的に異なっているのである。このたび聞き取り調査を行った25例のうち9例が第二世代にあたり、1970年代生まれではエイズパニックが起きたときは小学生から高校生だったことになる。そして、感染を知った時期も中学や高校在学中というのが最も多く、遅くても22、23歳という。つまり、物心ついたときにはエイズパニックも落ち着いていて、おおよそ社会に出る前に自らの感染の事実を知っていたことになる。

学校などでも差別などがあったのではと推測されるが、このたびの調査の語りからは、「HIVに関して嫌な目にあったことはない」、「これまで病気を特別に意識したことはない」などのように、周囲からレッテルを貼られることも、ネガティブな反応も受けていなかったことがうかがえる。実際に、第二世代の9例のうち、差別された経験があると答えたのは1例のみで、「養護学校の時給食の食器を別にされていたが、そのほかは特にない」というものだけであった。ただ、別の当事者の語りでは、「薬害が騒がれ始めようというところで、学校に血友病だと知れてるのが母親として嫌だったみたい」ということで小学校2年生のときに転校したというエピソードがある。まだ幼かった当事者らの保護者が、このケースの場合の「転校」のように、差別などの反作用が起きないように先回りして働きかけていた可能性も考えられる。このたびお話をうかがった第二世代の当事者においては、そもそもエイズパニック前後の社会で感染が騒がれていたときの記憶が薄いと

ことで、これらのことからスティグマが発生しなかったことがうかがえる。

一方、第一世代では、成人してから感染とエイズパニックを経験しているケースが多く、差別された経験が多く語られている。例えばある当事者は、

「エイズの人なんかみんな死んじゃえばいい」と職場の同僚が話していたと語り、またある当事者は、病院で近くにいると感染を疑われるので拒否されたと語っている。パニックが起こった当時すでに社会に出ていた第一世代の周囲では、HIV感染に対する差別的な反応が社会に蔓延しており、日常生活でそうした空気に晒されていたことがうかがえる。

### アイデンティティ構築の機会の有無

社会運動の場では、個々の経験を繰り返し語り合い、共有する過程で共通のアイデンティティが構築される。アイデンティティは運動の核となり、共通の目的の下で連帯することを可能にするのである。これが薬害感染被害の場合は患者会や原告団活動であり、「被害者」というアイデンティティである。実際に「裁判をする中で徐々に被害者意識がめばえていった」とある当事者も語っている。また、第一世代のある当事者が「一番最初から裁判に関わった。それで初めて一人ぼっちじゃったっていうのが軽減された。」と語るように、連帯することで孤独感を軽減し、お互いを助け合う自助の一面がある。こうした活動を通して共通の目的とアイデンティティは強固なものになっていくのである。

第一世代のほとんどが積極的に訴訟に参加しているのに対し、第二世代で訴訟に加わっていた7例のうち、うち5例は親の勧めで訴訟に加わるか、親が代わりに活動をしていた。その他の2例も医師の紹介だったり、弁護士に任せきりだったり、積極的に訴訟に参加したと思われるケースはひとつもなく、第一世代とは対照的であった。また、HIVの患者会などへの参加についても、積極的に参加していたのは3例にとどまる。血友病患者会についても、感染前は行っていたもののHIV感染が判明してからは行かなくなったケースが2例、その他もかわりを持っていない、あるいは行っていないケースがほとんどであった。

第二世代の多くは横のつながりを作る機会にとぼしく、結果的に共通のアイデンティティを確立する場への関わりを持たなかったようである。そのため、「被害者」アイデンティティを持つこともなく、感染や病気についての捉え方もそれぞれ個人で異なり、それぞれのライフイベントに応じて向き合い、意味づけしていた。中には「HIVも病気の1つとして、僕は血友病とか肝炎とかと一緒に感じて捉えている」とフラットに感染を捉えるケース、「病気のおかげで何とかやってこれてるってことが、側面としてあるのかな」と感染をポジティブに受け止めるケースも見られた。また、むしろ被害者というレッ

テルを拒否するような、「被害者のままでいると幸せになれない」という語りも見られた。

#### まとめ

以上のように、社会背景として薬害 HIV に対してスティグマが生じやすかった時代に成人していた第一世代とそうでなかった第二世代、「被害者」というアイデンティティを持っていた第一世代とそうでなかった第二世代という、社会背景とアイデンティティという 2 つの点においてそれぞれ異なっていることが感染被害の捉え方の差異として表れていたことが明らかになった。

ここで、第二世代ながら、第一世代と類似する経験をもつ当事者のケースがあったことについても言及しておきたい。将守 (2011) は著書の中で、血友病ゆえに小学校の頃から孤独な生活を送り、いじめの対象となっていたことを綴っている。感染被害がニュースになってからは、高校時代には目の前でエイズという言葉が投げかけられる経験をしている。その後、医療や国、企業に強い憤りを感じ、両親を説得して原告に加わっている。このように、たとえ成人前にエイズパニックが終息していても、強いスティグマにさらされる経験をした場合、いわば第一世代のように「被害者」としてアイデンティティを確立することがわかる。しかしながら、将守が、訴訟活動では同じ世代の仲間がおらず、他の原告である当事者らとはジェネレーションギャップを感じていたと振り返るように、第二世代では珍しいケースだったことがわかり、やはり第二世代では「被害者」アイデンティティを持つ者は稀だったといえる。

#### <参考文献>

将守七十六、2011、『血にまつわる病から生まれたメトセトラ——薬害エイズ訴訟と和解から十五年、僕らはこんなカンジで生きてます』(2006、文芸社)、デジタルハーベスト、(2021年2月13日取得、[https://www.amazon.co.jp/gp/product/B009SXDFZC/ref=db\\_s\\_a\\_def\\_rwt\\_hsch\\_vapi\\_tkin\\_p1\\_i0](https://www.amazon.co.jp/gp/product/B009SXDFZC/ref=db_s_a_def_rwt_hsch_vapi_tkin_p1_i0))

### 考察3 宮本哲雄 心理カウンセリングの利用状況とあり方について

#### 本研究の目的

調査協力者 25 名のインタビュー逐語録中のカウンセリング (以下 Co) に関連する発言を抜き出し、分析することによって薬害被害者にとっての Co のあり方について検討することを目的とした。なお、本文中の逐語録から引用した発言は、当事者のプライバシーや見やすさを考慮して、意味が変わらない範囲で省略や変更を行った。

#### HIV 医療領域における Co の位置づけ

今回の調査では、25 名中 8 名 (32%) が Co の利用経験があり、14 名 (56%) が Co の利用経験がなく、3 名 (12%) が不明という結果であった。

そもそも HIV 領域での Co は、多剤併用療法 (HAART) の登場以前、有効な治療手段がなく HIV が死に直結する疾患だった時期に、当事者の不安低減や死の受容のために、支援者側が制度化し導入したのが始まりであった。しかし、本研究の逐語

では、第二世代は「被害者」というアイデンティティなしにどのように感染を受け止め、向き合っているのだろうか。もうひとつ明らかになっているのは、このたび聞き取りをした第二世代のほとんどがカウンセリングを使用していないことである。上にも述べたが、患者会に参加している者もほとんどいなかった。つまり、患者としての横のつながりや、症状を把握する医療機関においてはサポートを受けていないのである。複数聞かれたのが、身近な友人に打ち明けているケースである。中には「伝えていないのは職場だけ」、「だいたいの友達に言った。今の職場で言える人には告知」しているという当事者もあり、家族やごく親しい友人といった親密圏を超えたサポートがあることがわかっている。つまり第二世代は、相談が必要と思えばその都度、状況に応じて行っていることが明らかになった。これは、感染を社会的なものとしてよりもむしろ、個人的なその他の属性などと同等のように捉えているという傾向を考慮すると自然なことなのかもしれない。

また今回は、家族との関係性が良好である当事者も多かったことも一つの特徴としてあった。家族、職場環境、友人といった豊富な社会資源は、感染を前向きに理解することに少なからぬ影響を与えていると考えられる。以上のことから、心理的支援のあり方を考慮するときには、感染に関して本人がどのようなアイデンティティを持っているのかについて、また、周囲の社会や人と結ぶ関係性の 2 点を考慮することが有効であると考えられる。

録から、当事者である薬害被害者にとって、Co が支援者側の意図通りに受け入れられ利用されたとは限らない場合があったことが明らかになった。

A氏: (HIV感染をはっきりと知らされない中で) カウンセラーとか付けますかって急に言われて、何で今頃言うんだらうって思った。

B氏: (感染から10年経った後で告知されて) カウンセラーに会ってみるって言われて、2回か3回か行ったけど、何を話していいのかさっぱりわからない。だって、教えてくれっていう欲求だけだもの。おれの身にいったい何が起こってるんだと。なんでこんなに元気が良いのに、感染してるってこと言われた明日からは、どう変わるんだと、自分の生活は。じゃあ、どうしとけば良いのかと。

かわりなく、(中略)、気軽に、楽しく話せる関係といえますか、必要じゃないかなあと思います。

エイズの存在が明らかになって以降、薬害被害者と同様に支援者側も、薬害で治療のない致死性の疾患に罹患したという事実をどのように取り扱えばいいのか分からない状況があったと思われる。それは逐語録中に、当初 HIV 感染について「大丈夫」と言われたにもかかわらず 10 年後に感染を知らされた、また一度も明確に HIV 感染告知を受けなかったなどのエピソードがあったことから読み取れる。そのような告知の問題もあり、制度として導入された Co は、被害者側からは戸惑いを持って受け取られることがあり、一方の支援者側の認識も一致していなかった場合があったことが読み取れる。

C 氏：(病気を知った当時に) 一応勧められた、カウンセリングを受けないかと。(そしたら) ずっと主治医だった先生が、(中略) その必要はないって言われた。(中略) 一線から落ちたら闇で、そこから下はカウンセリングとか薬に頼らなあかんだろうけど、(中略) 君だったら必ず上がれる (と言われた)。

#### 当事者にとってのカウンセリングの意味

以上のように、導入期からその立ち位置が揺れていた薬害被害者への Co であったが、一方で実際に当事者に利用されている事実も明らかになった。

A 氏：カウンセラーさんと Co という形で関わったのはつい最近、Z 病院にかかって、いま常勤のカウンセラーになった方とお話ししてから。今は (何かを解決してほしいわけではなく、前回からこんなことがあったみたいな) 話。例えば、結婚する前に、うちの病院に連れて行った時も、一緒に話を聞いてくれた。(パートナーが) 専任の看護師さんとカウンセラーさんとか、自分に関わっている医療者のいろんな人と顔見知りになってもらった方が、安心感がある。(Co をしてよかったこと、助かったことは) 偏見みたいなものが自分の中ですごくあったんですけど、自分の中でなんとなく整理できる。なんとなく、考え方が変わってきてはいます。(中略) 家でよく話す話とはまた、質が違う。

D 氏：自分の職種の人が精神的に危うい人が多いということで、自分がおかしくなるとかかるとは、普段からみてもらったら、今、おかしくなったと思うので、今はそのためにみてもらっています。(今自分の心理状態にとって Co が役に立っている自覚は) 正直に言えば、ないです。(中略) といっただけになると、いざ困った時に受けられないので、やっぱり、そこはなくさないようにしてほしいなあとは、思いますね。あと、治療がうまくいっているがゆえに、まあ、「(患者) 会」ともか

HIV 領域の Co は、支援者側から制度として当事者に勧められたものであったため、クライアントの側に Co の場で取り扱いたい明確な問題がないまま関わりが始まるが多かったと思われる。上記の発言からは、薬害被害者への Co は、内的葛藤を顕在化して取り扱うような Co ではなく、病気の知識を持っているカウンセラーに対して、他で話せない病気を含む様々なことを話してガス抜きできる場であったり、本人を含めた家族を支える場であったりなど、被害者の日常生活を支える場の 1 つとして機能していることが分かる。また、当初は Co の場で取り扱う明確な問題がなかったとしても、続ける中で内的な変化が起こり、生きやすさに繋がる例があることも明らかになった。

#### Co が薬害 HIV 領域の中で社会資源として利用されるためには

抗 HIV 薬の進歩により、HIV が不治の病からとも生きる病に変化した。それに従って薬害被害者が抱える問題は、HIV それ自体ではなく、HIV を抱えながら社会で生きていく中で起こる、身体の不具合や社会心理的問題など、多岐に渡るようになってきた。そのような様々な問題に対処するため、今後一層地域を含めた多職種によるチーム医療が重要となり、Co も必要時に利用できる社会資源の 1 つとして当事者に開かれている必要があると考える。

しかし今回の調査からは、薬害被害者の Co の利用率がそれほど高いとは言えない現状があることも明らかになった。今回のインタビューで、病院に心理士がいない、制度を知らない、紹介されなかった、または機会がなかったと述べた協力者が 3 名いた。このことから、今でも Co を含むチーム医療の体制が不十分な地域があることが明らかになった。また、Co を利用したことがない、もしくは途中で利用をやめたと答えた協力者の中には、以下のような発言があった。

E 氏：今のナースは、まず、うわべだけだと思っただけでも親身になって話してくれるからいいね。いろいろ相談もあるし、世間話もできるし。カウンセリング……何を話していいかわからない。普段も会わないし、いちいちカウンセリングするところに行かないね。

F 氏：(カウンセラーに相談しようと思ったことは) 今まではあまりなかったかもしれない。最初のころカウンセラーさんがちょっと長くいたときには少し話したこともあったけど、その方が異動すると、ポロポロポロポロ変わってきたので、いやもういいのかなって言うふうになっていた。

以上から、Co が薬害被害者の日常を支える場となるためには、カウンセラーが親身になり気にかけているという姿勢が当事者から見えること、またカウンセラーが個人として当事者と馴染みのある安定した関係性を築くことなどが重要であることが推察される。

#### まとめ

今後も種々の身体・心理社会的問題の中で生きていく薬害被害者にとって、社会の中に対人関係の支

援の網が広がることが重要であると思われる。その網の中で、Co が日々の生活を支え安心して話せる場になるためには、カウンセラー側が積極的に関わって当事者に関心を持っていることを伝えること、またカウンセラーが「その人」として安定して医療チームの中において、被害者にとって顔なじみの存在になることなどが重要であると考えられる。

### 考察4 小川良子 看護師の視点からサポート形成支援を考える

#### はじめに

HIV/AIDS コーディネーターナースが療養支援を行うために必要な5つの活動項目の一つに、サポート形成支援がある。その支援の内容の一部に、病名打ち明け者の有無の確認、病名打ち明け方法に関する支援、カウンセリングの検討、患者支援団体についての情報提供等がある。今回、インタビューの中からそれらについて抽出し、現状の把握と今後のサポート形成支援について考える。

#### 結果

25名中、家族・医療者以外の血友病告知は7名(28%)、家族・医療者以外のHIV告知は9名(36%)、一度でもカウンセリングの利用有りが8名(32%)、HIVに関連する患者会や支援団体等に参加経験有りは11名(44%)であった。インタビューに協力した薬害被害者は、これまで研究者と何らかのつながりがある人が選出されているというデータの偏りがある。

#### 考察

サポート形成支援の目標は、患者が療養に必要な支援を獲得できるように情報提供し、療養継続の環境調整を行うとなっている。これまでのインタビューで、献身的な看護師から肯定的な影響を受け、医療に対する信頼を回復するようになったと語った者は1例のみで、それが服薬継続できるきっかけとなったと述べられた。それ以外で具体的な看護師からの支援を語られたものはなく、薬害被害者への介入の少なさや、支援内容の情報提供不足を疑わせる。また、薬害被害者は通院歴も長期となっているた

<参考文献>

池田和子：コーディネーターテキスト ver1.0.厚生労働科学研究エイズ対策事業「HIV感染症の医療体制の整備に関する研究」平成27年度

白阪琢磨：HIV診療における外来チーム医療マニュアル 改定第2版. 厚生労働科学研究エイズ対策事業「HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究班」平成21年度

### 考察5 橋本謙 薬害被害者支援研究の発端

この研究の発端は、「りょうちゃんず」元代表故藤原良次氏の発案によるものであった。この団体による以前の研究は、「HIV感染予防介入」と「薬害エイズ被害当事者によるピアカウンセリング技法向上」に関するものであり、当事者研修と医療従事者研修の充実を図れたところで一応の区切りをつけ

た。そこで、次の研究内容の検討に入ったが、心理職としての立場から、私のほうから「薬害被害者の方々が、感染告知後の生活の上で、何に悩みそれらにどういった対処してきたか。その状況にカウンセリングあるいは相談をどのように取り入れていったかを聞き取ることが必要なのではないか。」と提案した

め、看護師は、その情報を知っていて当然と、思い込んでいる可能性も考えられる。薬害被害者のサポートを行うものは、過去の研究・調査結果にもあるように、ピアや友人、宗教など多岐に渡り、必ずしも看護師のみがかかわるものではないが、適切な支援者につなげて行く調整の役割を担わなくてはならない。だが、今回は看護師からの支援の有無について語られていることが少ない要因として、インタビューの質問項目に看護師に関する項目が設定されていないことや、通院先での担当看護師の有無などが明確でなく、十分に把握することができなかった。また、他職種と比べ受診時に看護師と接する機会が多いため、支援を受けているがそれが当たり前となっており、改めて発言することがなかったとも考えられる。これまでカウンセリングや臨床心理士とのかわりに関する質問が目立ったが、今後は看護師を含めチームで支援を受けているか等、インタビュー項目について、再検討する必要がある。

#### 結論

血友病や薬害という個人の歴史を知り、被害者が勝ち取った権利を安心して利用できる環境を調整していくために看護師は、積極的に支援内容の説明や適切な情報発信を継続していくとともに、それらの確認作業を怠らない。そして、支援内容の情報を共有するために、医療者だけでなく、他の各支援団体等とも連携を強化する。そのためにも、医療者と支援団体等が、連絡機会を増やしつながり続けることを意識的に行っていく必要がある。

ところ、藤原氏は、わが意を得たりという雰囲気とその方向性に対する支持を示されてきた。

その後の研究の進展の中で、藤原氏によるインタビュー対象者の選択や、インタビュー対応の仕方を見てみると、何か藤原氏の切実な思いを感じざるを得なかった。その思いとは、「これからの被害者の生活の充実を図る（QOLの向上）」ことであった。経済的な安定ばかりではなく、被害者の皆さんの精神的な安定と充実を求めて、重要な経験や思いを抱いている人、あるいは聞き取る必要のある人を上手に選択してきているように思われた。しかも、研究の本筋ではないが、被害者に対する支援の意味合いから「治療的」かかわりすら垣間見られることもあった。しかし、これは派生的ではあるにしろ、重要な成果であったと考えている。しかし、研究という枠組みに関しては、不十分なところがあったが、その後の山田富秋や種田博之の参加によりその枠組みが明確になってきたことは大変ありがたいことであった。

これまでの、藤原氏による一連の聞き取り調査は、藤原氏の思いをかなえるための全力を注いだ全国「行脚」であったような気がする。その行脚に寄り添っている中で、感じたことを簡略に2点記してみたい。

## 考察6 早坂典生 薬害被害者の視点から；一人一人の薬害エイズ、薬害被害は現在進行形

薬害被害者は、血友病患者として生まれ、生きるために必要な治療薬が原因でHIVに感染した。このインタビュー調査を通じて、地域、年代、血友病やHIV感染の受け止め方、医療者や家族・周囲との関係、薬害エイズ裁判への関わり方、和解後のHIVへの向き合い方の変化など、量的調査では把握できないそれぞれのライフストーリーがあった。

現在のHIV感染症は、科学的解明が進み、抗HIV薬が手に入る。インターネットで簡単に正しい情報が入手できる。日本では薬害エイズ裁判の和解以降、医療体制が整備されて全国どこでも必要な治療が受けられる。また、仮にHIVに感染してもウイルスを抑え、体調を維持すれば、人に感染させず、人生を全うできる時代であり、時には「HIV感染症は慢性疾患になった」と言われるまでになった。

しかし、薬害被害者は感染から30年以上、HIV感染症と共に生き、厳しい治療や様々な困難を乗り越えて現在に至っている。抗HIV薬の服薬継続の他、血友病性関節症の悪化、HIVと共に重複感染したC型肝炎の進行、各種がんの発症、高血圧や脂質異常、腎臓疾患、脳疾患、心疾患等、慢性的な健康不安は続いている。さらに被害者自身や家族の高齢化による介護問題も加わり、課題が多様化している。まさに一生医療から逃れることができない立場にある。さらに、HIVと同様にCovid-19においても感染症に対する患者差別、職業差別、地域差別が

### ①血友病患者さん特有の文化に対する甘え

インタビューを繰り返して、患者さんたちの受容的雰囲気が心地よく感じられていた時があった。この雰囲気は、幼少の時から病を所与のものとして受け入れていく過程の下で培われたもののように思われる。しかし、この文化に、研究者や医療者は助けられてきたところがある様に思える。

### ②薬害被害者の方たちにとって、私憤の少ない中で裁判とは何であったのか

聞き取り調査の中で、被害者意識を明確に示した患者さんにはほとんど会ってない。これも、①で示した文化によるものでもあるかもしれないが、「義憤」は外部から提示されたとしても、行政医療に対する憤りがなかなか見えてこなかった。その中で裁判とは、患者さんにとって何であったのか、そろそろ患者組織の中でまとめていただき、教えてもらいたいと思っている。

藤原良次氏の発想から生じた研究が、このような形でまとまってきたことは、慶賀に堪えないが、コロナ禍の中でさまざまな形で、応用できる柔軟性をもっていることから、更なる発展が期待できると思っている。

繰り返され、HIVに対する否定的イメージから、今も多くが逃れられない。

### 今後の支援のあり方について

薬害被害者は課題が多様化する一方で、治療慣れや体調不安が当たり前となり、自覚する問題がなければ多くを語らない傾向がある。今回、インタビュー場面におけるピア（同じ薬害被害者）の立ち会いは、経験の共有が安心感につながり、互いの価値観について相互理解が深まりやすく、これまで語られなかったことまで引き出され、課題の共有やこれからの支援に繋がる新しい人間関係の構築にも役立った。

これは医療機関等においても、従来の医療者としての対応に加え、多くを語らない薬害被害者が自ら話しやすい空間づくり、医療者側から積極的な声かけや様子をつかがう姿勢、些細な変化にも興味を示すことが重要である。また、チーム医療体制、必要に応じた他科との連携、他施設の利用、ピア団体やNGO、個人のネットワークの活用など、あらゆる資源を活用することが、薬害被害者の医療者に対する更なる信頼関係や期待、そして安心感を持つことにつながり、薬害被害者が積極的に治療に参加する姿勢を促すことに役立つと考えられる。

そして、これまで半数以上の薬害被害者が亡くなった。薬害被害者は、これまでに亡くなった多くの被害者の犠牲の上に、HIVに関わる全ての人々（医療者、研究者、ピア、行政担当者、支援者等）に支

えられていることも忘れてはいけない。また、自らの治療経験、薬害エイズ裁判の和解が、現在の HIV 医療体制の整備、免疫疾患の障がい者認定等、全ての HIV 陽性者支援に反映されていることを被害者が自認し、このことを社会へ向けて周知徹底を図ることが、薬害被害者の社会貢献、社会参加への意識を促し、自己肯定感を高めることにつながる。

最後に、当時を語ることのできる被害者、当時を知る医療関係者、研究者、支援者も少なくなり、残

された時間も限られてきた。これからもライフストーリーインタビューを継続し、一人一人の薬害被害者の声を聞き、未来に続く医療者への教訓として、繰り返される感染症に対する差別や偏見解消に向けた歴史的資料として、薬害エイズ事件を今後も語り継ぐ意義はある。まさに薬害被害は現在進行形であることを伝えたい。

## 別添4

### 研究成果の刊行に関する一覧表

#### 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
山田富秋	HIVチーム医療における心理カウンセリングの役割	山田富秋	生きられた経験の社会学－当事者性・スティグマ・歴史	せりか書房	東京	2020	264-294

#### 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
山田富秋	血液製剤由来HIV感染者の心理的支援方法の検討－あるHIVチーム医療の実際から－	松山大学論集	第30巻第4-1号	213-241	2018
Kato T, Yoshihara Y, Watanabe D, Fukumoto M, Wada K, Nakamura T, Kuriyama K, Shirasaka T,	Neurocognitive impairment and gray matter volume reduction in HIV-infected patients.	Journal of Neurovirology	26(4)	590-601	2020
金井講治, 長瀬亜岐, 池田学	大阪府精神科医療機関におけるHIV陽性者に対する診療の実態と研修ニーズ	日本エイズ学会誌	投稿中		