

症例報告

HIV 感染判明から 8 年間抗 HIV 療法を拒否した 症例のカウンセリング経過

天笠ジェイムスジョンソン¹⁾, 立川 夏夫²⁾, 吉村 幸浩²⁾, 宮田 順之²⁾,

堀内 弘司²⁾, 宮林 優子²⁾, 吉村 歩²⁾

¹⁾ 横浜市エイズカウンセラー, ²⁾ 横浜市民病院長

背景: 抗 HIV 療法の早期導入が推奨される中, その服薬者にとって一生にわたる治療は大きなストレスとなることが指摘される。患者の治療意欲を保つうえでも, 心のケアが欠かせない所以だ。

症例: 本稿では, 抗 HIV 療法を 8 年間拒否した後, 服薬開始に至った症例のカウンセリング経過を概観した。カウンセラー (Co) が患者に関わった期間中, 約 2 年半の通院中断があったため, ドロップアウトが懸念された症例である。家族関係, 就労, 性, 精神疾患など, 多岐にわたる問題を抱えて来院した患者は当初, 主治医に対して「今は生きる目的も気力もない」と, 抗 HIV 療法の導入を拒んでいた。Co は受容的・支持的に関わっていき, 1 つひとつの問題を傾聴し, それらの問題が服薬開始の阻害要因となっていることが判明した。Co と患者は解決の必要な事柄の優先順位を協働で明確化しながら, 患者の思考と感情の整理を図り, 一定の解決を目指した。さらに主治医や薬剤師による積極的な支え, 生活の充実化, 自信の回復などの要因も働き, 患者には「生きたい」という前向きな意思が芽生え, 8 年に及んだ治療拒否に終止符が打たれた。

考察・結論: 本症例から, 服薬の開始と継続が今なお患者に心理的負担を及ぼしていることが示唆された。それ以外にも, カウンセリングでは必ずしも HIV 感染症に直結しない相談事項も多く扱われた。これは現代の HIV/AIDS カウンセリングの様相を呈するもので, 今日患者は多様な心理的ニーズを抱えていることが示された。

キーワード: 治療拒否, HIV/AIDS カウンセリング, 服薬アドヒアランス

日本エイズ学会誌 25: 143-150, 2023

序 文

抗 HIV 療法の開始時期については, 薬剤の進歩とともにさまざまな議論が重ねられてきた。2022 年に発行された HIV 感染症「治療の手引き」(第 26 版)¹⁾ では, 「CD4 陽性リンパ球数に拘らず, すべての患者に治療を早期に開始することが推奨される」と明記されている。2015 年 12 月に公表された同手引きの第 19 版²⁾ でも同様に, 抗 HIV 療法は「全ての HIV 感染者に推奨」されているものの, CD4 数が 500 以上あれば「治療開始を推奨」されるのに対し, 350~500 であれば「治療開始を強く推奨」されるなど, 服薬の開始基準は患者の CD4 数によって推奨度が異なっていた。近年, 服薬の早期導入が明言化されている。

抗 HIV 療法の成否と予後を大きく左右するのが服薬アドヒアランスの維持である³⁾。服薬率を維持できなければ免疫力は改善されないだけでなく, 薬剤耐性の獲得やエイズ発症につながり得るがゆえに, 患者の生命に直結する問題である。したがって, 患者の服薬, およびそれに臨む患者

の精神状態を十分に考慮することは抗 HIV 療法における重要な責務と言える。

しかしながら, HIV が慢性疾患として位置づけられ長期療養が可能になった今も, 服薬を毎日継続することは容易ではない。「高い服薬率の維持と一生継続治療は, 患者にとって大きなストレス」となり⁴⁾, 服薬の開始時期には, 「失望, 混乱, あせり, 気持ちの落ち込み, 意欲の減退などの心理的反応が現れる」ことも指摘される⁵⁾。これらは HIV 患者にカウンセリングなど心のケアが必要とされる理由の一部である。

ところが, 服薬アドヒアランスを確立させようと, 医師が時間をかけて服薬に関する説明をし, 他職種も服薬開始にまつわる患者の苦悩の軽減に努めても, 患者が服薬を拒否する場合も存在する⁶⁾。そのときの CD4 数や疾患の進行具合に関わりなく, 当然, 楽観視できる状態でない。その際, 医療者にはどのような対応が求められるか。また, 長期にわたって服薬を拒むような患者がいざ開始を決意するときには, どのような要因が働くのか。これらは昨今の HIV 感染症の早期治療やアドヒアランスの概念を吟味するにあたって意義のある問題と考えられる。本稿では, 8 年間にわたって抗 HIV 療法の開始を拒否した症例のカウ

著者連絡先: 天笠ジェイムスジョンソン (〒231-0005 横浜市中区本町 6-50-10 横浜市医療局健康安全課)

2022 年 9 月 3 日受付; 2023 年 5 月 24 日受理

ンセリング経過を概観することによって、この問題について検討した。

なお本症例の公表にあたっては患者とその主治医の許諾を得た。プライバシー保護のため個人が特定されないよう配慮し、事実関係を一部変更した。

方 法

1. 症例の概要

患者：20代後半の男性，Aさん。

家族構成：父，母，弟。

職業：初診時は無職。

感染経路：同性性的接触。

現病歴：HIV感染はx年に判明。x-3年にはパニック障害を発症し、心療内科に通院していた。HIV感染判明の翌年にB型肝炎発症にてM病院を受診。x+4年には広汎性発達障害⁷⁾と診断された。転居により、x+5年7月にG病院（以下、当院）に紹介された。当院初診時のCD4数は490/ μ L、HIV-RNA量は23,000コピー/mL。感染が判明したx年から当院受診に至るまでの5年間、HIV療法は拒否されていた。

外見と印象：細身で身だしなみの整った格好。言葉づかいが丁寧で、物事を慎重に考える真面目な青年。

カウンセリング来談経緯：x+5年7月の当院初診日、外来診察後に内科の主治医の紹介によりカウンセリングへ繋がった。患者がカウンセリングに関する説明を受けられるよう、当院では、初回面接として新患は一度カウンセラーと顔合わせをする仕組みになっていた。この仕組みには、早期に少しでも患者-カウンセラー間の関係性を築くことで、たとえ初診の時点でカウンセリングを利用する必要が感じられなくとも、将来的に心理的支援が必要になった場合には患者が来談しやすくする意図があった。

担当カウンセラー：カウンセリングは2名の派遣カウンセラーが担当した。なお当院には、複数名のカウンセラー（臨床心理士）がそれぞれ異なる曜日にY市より派遣されており、患者やその家族、パートナーなどが希望した場合に無料でカウンセリングを受けることができる。

以下で患者の経過を辿る4年9カ月の間に、カウンセラー側の都合により担当カウンセラーの交代が2度あ

た。最初の6カ月は男性カウンセラー（以下CoBと記す）が携わった。次に女性カウンセラー（以下CoCと記す）が当院に3年3カ月勤務した。それ以後の1年間の面接は再びCoBが担当した。

カウンセリング経過の区分：本稿では、カウンセリングの中で浮上した中心テーマを基にカウンセリング過程を初回面接、第一期、第二期、第三期に分けた（表1参照）。CoBが主に担当した第一期とCoCが担当した第二期はそれぞれ7カ月、CoBが担当した第三期は1年にわたった。

面接構造：カウンセリングは2週に1度の頻度をベースに設定した。面接時間は1回1時間としたが初回面接で明らかになるように、Aさんが多様な問題を抱えていたことから面接時間は柔軟に設定し、必要に応じて1時間半会うこともあった。場所は当院の面談室で行った。

結 果

1. カウンセリング経過

1-1. 初回面接（#1）：問題の交通整理（CoB担当）

x+5年7月、初回面接ということもあり、やや緊張した面持ちで面談室を訪れた。カウンセリングでは、同居する両親との不和、金銭問題、自身の性的関心に対する嫌悪感、発達障害に特化した支援の求めといった多岐にわたる主訴があがった。しかし、Aさんから抗HIV療法の服薬に関する訴えはなかった。

CoBから、エイズカウンセラーという立場上、発達障害に特化した支援を提供することはできないと説明した。その上で、カウンセリングで気持ちを整理していき、その中で扱っていく問題の優先順位を決定しながら、1つひとつ問題解決や意思決定をサポートすることは可能であることを伝えた。その結果、定期的にカウンセリングを継続していくことに合意された。AさんにはHIV感染症判明後にB型肝炎罹患歴があり、初回面接時点で性的にアクティブであったことが判明した。CoBはセーフターセックスの重要性と方法を説明し、同時にAさんが日常で自身の健康をどのように守っていけるかを話し合っていくことも約束した。

面談の中では、学生時代にあったいじめや、これまでに発達障害が主要な原因で仕事や人間関係が長続きしなかつ

表 1 Aさんのカウンセリング経過

初回面接：x+5年7月 #1 CoB担当
第一期：x+5年7月～x+6年1月（7カ月）#2～11 CoB担当；#12～13 CoC担当
第二期：x+8年6月～x+8年12月（7カ月）#14～21 CoC担当
第三期：x+9年4月～x+10年3月（1年）#22～32 CoB担当

たこと、性的欲求のコントロールが困難なことなど、過去の辛い経験や苦手意識が把握された。過去に自身ができなかったことや苦手なことが多く語られたため、カウンセラーのスタンスとして、本人の「できている」部分にも焦点を当てながら支持的な関わりを心掛けることで、過去の経験により損なわれてきた自信や自尊心の回復を図ることにした。

1-2. 第一期 (#2~13) : 服薬開始に対する抵抗 (Co B #2~11, Co C #12~13 担当)

Aさんの服薬開始への抵抗感が表面化した期間を第一期とした。当期は7カ月、面接回数では計13回におよび、最初の5カ月 (#2~11の10回) をCo Bが、次の2カ月 (#12~13の2回) をCo Cが担当した。

カウンセリングは初回面接に続いてCo Bが担当した。主治医から抗HIV療法の開始を勧められたものの、Aさんは断った。それについては、「薬を飲む意味があるのか分からない。今は生きる目的も気力もない」と悲観的な思いが語られた (#2)。また、以前に前医から「あなたはドロップアウトしてしまいそう」と指摘された経験があり、それも服薬を始めることに対するモチベーションを阻害していることが分かった。HIV感染症/AIDSに関連する症状は現れていなかったが、Co Bは服薬を開始しないことで今後の状態が悪化してしまうことが心配であると伝えた。

また、Aさんはパニック症状の治療として当院精神科にもかかった。そこでCo Bは、Aさんの精神科主治医に会い、今後のAさんとの関わり方について相談した。その結果、役割分担を明確化し、精神科ではAさんのパニック症状と発達障害、カウンセリングでは性や家族関係、就労や金銭問題について扱うことにした。この方針をAさんに説明し、役割が明確になることに賛成された。以後、投薬治療によりパニック症状には波があったものの、比較的安定した。ただし、発達障害については、Aさんはカウンセリングの場でも話し合えることを望んだ。Co Bとしても、本人の精神状態を十分に理解するにはできるがぎり多くの情報を把握しておく必要を感じたため、Aさんの要望に応じて方針を修正し、カウンセリングでは発達障害に由来する悩みも扱った。

Aさんの感じる発達障害に関連した生きづらさを聞くと、具体的には、長期的で安定した人間関係の維持、人の指示を受けながら手作業をするなどのマルチタスク、情報処理や読字の苦手があった。それをもとに、2つの対応を心掛けた。第一に、カウンセリング自体が長期的な人間関係を築くことの充足体験になり得ると考え、定期的にカウンセリングを利用したいAさんの意欲をCo Bも支持した。第二に、マルチタスクや情報処理の苦手を踏まえ、なるべく話は順序立てて、分かりやすくすることを意識した。

面談室で示すAさんの態度は拒絶的ではなく、むしろ診察もカウンセリングも定期的な受診を継続され、自分自身の問題に積極的に取り組まれた。服薬の開始については、「とりあえず金銭的に安定してから。その前に今やれることをしたい」と語り、今後の目標の優先順位が整理された。

この頃、内科主治医としてもCo Bとしても、服薬開始を拒否する患者を目の前にして焦りは生じた。そして主治医とCo B双方の中に、Aさんには治療を開始してほしい思いがあった。Aさんとしても服薬を開始したほうがいいことは理解していたが、家族関係や金銭問題、性的関心に対する嫌悪感や発達障害の苦悩などについて話し合いたいというニーズがあった。カウンセリングを利用する者はクライアントと呼ばれる。すなわち依頼者であり、カウンセラーはクライアントの依頼に沿って求められたサービスを提供する側となる。したがってCo Bは、「今やれることをしたい」というAさんの求めに応じることに努め、この方針に主治医も協力的であった。あわせて、Co Bは服薬に対する思いについても適宜Aさんに聞くようにした。

初診日から2カ月が経過した時期より、無職で外出をほとんどしていなかったAさんは、自らアルバイトを開始され、さらに趣味でジムに通って軽い運動も始められた。また、発達障害の支援を得るために専門機関を見つけ、発達障害の既往歴のある人を対象とする就労支援を受けるようになった。主体的・積極的な行動の増加が認められ、Co BはAさんが発達障害に関して支援を受けることも自信や自尊心の回復を促進すると考え、就労支援の利用に賛同した。しかしながら、一連の変化をCo Bは前進と捉えていた一方で、カウンセリングの場におけるAさんの表情は浮かない様子だった。Co Bは互いの受け止め方にずれが生じていると感じ、話を聞いていくと、Aさんは就労支援に通い始めて研修や講座は開始したものの、発達障害に関して満足のいく問題解決にはまだ至っていないことが分かった。発達障害を抱えることの生きづらさは未解消だったのである。家族関係の問題、性的欲求のコントロールの困難、自分自身の性的関心への嫌悪感も持続していた。自信の低さが確認された初回面接時と同様、「できた」部分よりも「できていない」部分に意識が向いていたことが分かった。Co Bは先走ってAさんを称賛したくなる気持ちを抑え、Aさんのこれまでの努力を支持した上で、持続している問題に引き続き取り組んでいくことにした。

アルバイト、運動、就労支援と、外出する時間や人と接触する機会が増したAさんは、そのぶん、疲れも感じるようになった。変わり始めた生活を維持できるよう、睡眠時間をしっかり確保するなど体調管理を心掛けた。ところがこれと同時に、自宅で両親と衝突することが徐々に増えて

いくこととなった。冷蔵庫の中に消費期限切れの食材をたびたび見つけ、自分で捨てたり、親にも食品管理をきちんとするよう伝えたりした。Aさんが家で休んでいる際に親が立てた音に反応することも増えた。こうしたことから両親との衝突が増え始め、休息を得られるはずの家での生活が苦になったとともに、Aさんが両親への不満を吐露することも増した。両親との生活習慣の違いが浮き彫りになっていたため、カウンセリングでは一人暮らしを始めることについても話し合った。しかし、Aさんも家を離れることには前向きだったものの、それにはまず安定した収入が必要ということで、すぐに改善できる問題ではなかった。この家族関係の悪化がAさんの精神状態に、さらには受診意欲にも影響を及ぼし、しだいに通院は不安定になり始めた。

x+5年12月、カウンセラー側の都合で担当がCo BからCo Cに交代となった。Aさんは、引き続き自身の気持ちや考えを話し合うことによって整理していくことを自ら希望し、Co Cとカウンセリングを継続することに合意された。しかし、服薬については「一度飲み始めたら、ずっと飲まないといけない。服薬を続ける自信がない」と述べ、服薬開始を拒まれた(#12)。カウンセリングに対する意欲は高かったが、先述のとおりすでに受診が不安定になり始めていたAさんはカウンセリングを7カ月継続したものの、x+6年2月から2年4カ月の間、抗HIV療法を開始することなく当院への受診が途絶えた。

1-3. 第二期 (#14~21) : 自信の芽生えから服薬開始へ (Co C 担当)

服薬の開始、それにまつわる気持ちや変化が中心テーマとなった期間を第二期とした。Co Cが担当した当期は第一期と同じく7カ月にわたり、この間に計8回の面接が行われた。精神状態の安定とともに、面接は隔週からおよそ月1回の頻度に移行した。

x+8年6月、Aさんは2年4カ月ぶりにふたたび当院を受診され、本人の希望によりCo Cのもとでカウンセリングも再開された。この時点で、感染が判明したx年から8年が経過していた。CD4数は445/ μ L、HIV-RNA量は24,000コピー/mLであった。

Aさんは受診を中断していた間、プライベートで「子どものときから身近に感じ、一生に一度は登ってみたいかった」という富士山の登頂に成功したことを語られた(#14)。「生きることを諦めかけていた自分でもできることがあるんだなという衝撃があった」と述べるほど、これが自信の回復につながった。また、これを機に趣味や仲間関係も広がり、「生きる目的も気力もない」というかつての想いから、「生きたい」という前向きな気持ちが強くなり、これまで拒否していた抗HIV療法を始める意欲が示された。Co CはAさんの意思を尊重すると同時に気持ちの変化を

支持した。

通院を再開すると主治医から服薬の開始を強く勧められた。Aさん自身も治療を始める決意をした上で受診していた。ところが診察の場になると「薬を飲む時間が決められない」と訴え、服薬をいったんは拒否された。それでも抗HIV療法開始を提案する主治医の指示に従い、Aさんは感染判明から約8年間拒否し続けてきた投薬治療を心ならずも開始された。抗HIV療法はドルテグラビア、テノホビル、エムトリシタピンであった(1日1回2錠)。薬剤耐性を獲得しにくい組み合わせが選ばれた。

Co Cも服薬開始を支持し、今後も続けられそうかを確認しながら服薬の継続をサポートすることとなった。治療開始に加え、パニック障害の治療、発達障害の専門的な支援探しなど、複数の困難に同時に直面していたAさんに対してCo Cは、いっぺんに対処することの難しさに共感しながら、まずは服薬に専念し、次にパニック発作を落ち着かせ、それから発達障害に取り組むことを提案した。Aさんは、「この場で話すことによって、自分が抱えている大きな悩みや問題に優先順位をつけられた」と発言されていた。

また、抗HIV療法を開始するにあたっての服薬管理等の困難を察した薬剤師が、一日の服用薬を一包化してくれた。一包ごとに服薬の日付と時間が記載されたことによりAさんの飲み忘れの心配がなくなり、精神的な負担が大きく軽減された。

服薬を開始して1カ月が経過した時点で、Aさんは内服については「思っていたより楽だった。こんなことなら、もっと早く飲めばよかった」と発言された。しだいに体調の改善をも実感するようになったAさんに対してCo Cは、その後、服薬の開始という患者の自己決定を尊重し、治療の継続を積極的に支持していきながら支援を続けた。

カウンセリングの場でCo Cが受けた印象は「精神的なゆとりが見られるようになった」ことであった。それをCo Cから患者にフィードバックすると、「ここでこうやって話すと、考えが整理される。自分では気づかなかった、ストレスに対処するためのアイデアが思い浮かんでくる」と振り返った。

1-4. 第三期 (#22~32) : 服薬開始を決定づけた「生きたい」気持ち (Co B 担当)

最後の第三期は期間にして1年、面接回数にして11回に及んだ。第二期に続き、面接はおよそ月1回の頻度で行われた。

2度目の担当カウンセラーの交代があり、x+9年4月からふたたびCo BがAさんの担当をすることになった(表1)。Aさんと会うのは約3年半ぶりだった。薬の飲み忘れは特になく、この時点で服薬を開始してから11カ月が経過していた。CD4数は578/ μ L、HIV-RNA量は20コピー/

mL未満であった。家族内の軋轢は続いてしたが、発達障害に理解のある心療内科を自分で探し、投薬治療を受けていた。うつ状態とパニック発作とともに倦怠感が改善し、生活の中での行動範囲が広がっていた。

Co Bが参加するHIV関連の研究会で症例発表をすることが決まり、Aさんについて発表してもよいか尋ねたところ、快諾された。同意を得た上で、症例発表に際してこれまでの経過を一緒に振り返った(#30)。

服薬開始後の変化に対してAさんは以下のことを列挙された。

- ・服薬開始後にはしばらく下痢や現実味のある悪夢などの副作用があったこと。
- ・それ以外には身体的症状に変化は感じられなかったこと。
- ・一包化による服薬は思っていたよりも楽だったため、負担にもならず、飲み忘れはほとんどないこと。
- ・生活面ではアルバイトを継続しながら、余暇は好きなスポーツや登山を楽しむようになったこと。
- ・精神面では、イライラすることが減ったこと。服薬の前は気分の落ち込みや悲観を抱えていたのが、趣味の幅が広がっていくとともに、「生きたい」「健康になりたい」と思えるようになり、安定して薬を飲み続けていける状態になったこと。

このような変化に対してAさんは「どこかで『生きたい』という気持ちが少しでもあったからこそ、今があるのかなと思う」と話された。また、服薬を拒否した理由としては、「HIVに感染していることよりも、自分が『生きたい』と思えなかったことのほうが大きな問題だった。それもあるって服薬を躊躇したのだと思う」と話された。

2年4カ月ぶりに来院したとき、主治医に服薬開始を強く推奨されたことについては、「後押しになってよかった」と振り返った。さらには、「一包化して飲み忘れの心配もなく、思っていたより気軽に服薬できるなら、もっと早く飲めばよかった」とも発言された。服薬開始した当時については改めて、「毎日同じ時間に一生薬を飲み続けることが本人にとってどれだけプレッシャーになるか分かってもらいたかった。でも主治医やカウンセラーや薬剤師の方が諦めず、服薬開始へのサポートや工夫をしてくれている想いも伝わってきたから服薬してみようと思えた」と話された。

考 察

1. 服薬拒否の背景にあった患者の心理状態

Aさんは当院の初診時、感染が判明してからすでに5年が経過していた。最初の約半年は定期受診しつつも抗HIV療法の開始は拒否し続け、それから2年4カ月は受診を中断された。主治医が治療開始を勧めても拒否したために、

そのままドロップアウトしてしまうことが懸念された症例である。服薬を拒否し続けた背景には、Aさんのどのような心理状態が影響していたのだろうか。

カウンセリングにより家族関係、金銭問題、性的欲求のコントロールの困難、発達障害に関する支援の求めといった、多岐にわたるテーマが存在することが判明した。複数のストレス要因に一度に直面されていたのである。さらには、当院受診前、前医より「あなたはドロップアウトしてしまいそう」と言われ、自身を否定されたかのように感じたことも深く心に残っていた。それゆえにカウンセリングでは、第一に服薬開始の阻害要因を特定し、解決すべき問題の優先順位を明確化すること、第二に自尊心の回復を図ることを念頭に回数を重ねていった。

そして第三期、30回目の面接場面において、「HIVに感染していることよりも、自分が『生きたい』と思えなかったことのほうが大きな問題だった」と治療開始を拒んだ理由を振り返ったように、カウンセリングで扱った家族関係、金銭問題、性、発達障害、服薬への抵抗といった多様な問題の根本には、生きる意味が見出せていなかったことが分かった。生きる意味が見出せていなかったゆえに、服薬を拒否していたのである。むしろ、それだけ多くのストレス要因を日々同時に抱えていれば、生きる気力や意欲を維持するのが難しいことは十分に理解できる。Aさんにとって、服薬を選択することは毎日決まった時間に薬を飲むだけでなく、「生きる」と宣言するに等しい行為だったのである。このように服薬拒否の背景には、生きる意味の有無が大きく関係していたことが明らかになった。

2. 受診中断の背景にあった患者の心理状態

次に、Aさんが受診中断に至った背景について考察したい。カウンセリングを開始して7カ月後、X+6年2月から2年半近く通院は中断した。カウンセリングを開始して最初の数カ月は、アルバイトや運動を始めるだけでなく、発達障害を抱える人を対象とした就労支援も自ら求めた。そのため、行動レベルで活発になっていただけに、生活面を見れば好転し始めていた時期とも言えるかもしれない。ところが、同居する両親との関係悪化を機に精神状態が不安定となり、カウンセリングを開始して7カ月後に通院も来談も途絶えてしまった。

アルバイト、ジム通い、就労支援を開始したことで、物理的に家を出る機会が増えたAさんは、疲れることも増した。引きこもりがちだった生活から、外出や人との接触が増えたことでなおさら、身心ともに休息を必要とした。ところが、ともに暮らす両親の言動によって衝突やイライラすることが増え、精神状態と生活の均衡を保つことがきわめて困難となった。

家での問題が顕著になるまで、Co BにはAさんの状況

は好転しているように映ったが、Aさん本人からすれば、まだ綱渡りをしている思いだったのだろう。事実、カウンセリングを始めて2,3カ月が経った時点で、行動面と生活面でたしかに変化が見られてからも、それとは裏腹に面接場面でAさんが手ごたえを感じている様子はあまり見られなかった。家族関係、性的欲求のコントロール、発達障害の苦悩などの問題は未解決で、まだ心から満足はできなかったのである。

3. 抗HIV療法の開始に至った要因

感染が判明して8年間、治療開始を選択しなかったAさんが何を機に内服するに至ったか、その要因を整理したい。

第一に、受診を中断していた期間中の富士山の登頂が大事な要因として働いた。「衝撃」だったと語ったその経験は自信になり、本人の中で「生きたい」という明確な意思が芽生えるきっかけになった。第二に、主治医が服薬開始を強く推奨したことがあげられる。薬を飲むという決断と行為がプレッシャーだったAさんは後に、「服薬を始めて健康に生活したいと思えるようになったときに後押ししてもらえたのがよかった」と語っている。第三に、服薬アドヒアランスの維持に貢献した要因として、薬剤師による薬の一包化があった。これにより「毎日同じ時間に一生薬を飲む」ことの負担が大きく軽減されたのである。

また、Aさんは、「服薬できるようになるために、まず何から考えなければならぬか整理できた」と述べている。この言葉から、一度にいくつものストレスに曝されていた状況で、カウンセリングで思考を整理することは気持ちの安定を保つのに重要な要因であったことが示唆された。

4. 原動力となった富士山登頂の意味

発達障害を抱える大人は、「基本的には成功体験が少なく、自己評価や自尊心が低い」傾向があるために、うつ病などの二次障害も発症することが少なくないことが指摘される⁸⁾。広汎性発達障害、今日で言う自閉症スペクトラム障害⁹⁾の傾向を有する者は、学業や仕事、人間関係などにおける失敗や困難による自尊心の低下も報告されている^{10,11)}。

それを踏まえると、Aさんにとって富士山の登頂はたんなる趣味や気分転換ではなく、それまで不足していただろう成功体験を獲得する転機だったと言える。自尊心を回復するきっかけにもなっただろう。もちろん、富士山の登頂によって過去の問題が魔法のように消えてなくなったわけではない。しかし、自らに課した課題(山登り)を達成(登頂)したことで、これまで家族関係、就労、人間関係の維持、発達障害、性的欲求のコントロールなどで問題や苦手意識を抱えていたAさんは、「自分にもできる」というたしかに感触を得られた。山頂に立っていたのは、「できない」と思っていた自分ではなく、「できた」自分だったの

である。

この成功体験は2年以上に及んだ受診中断期間に終止符を打った。面接での「生きることを諦めかけていた自分でもできることがあるんだな」という衝撃があった」という一言は多くのことを物語っているように思われる。なぜならこれにより、Aさんは自分に自信を得ることができたからである。「自分にもできる」というたしかに実感と、生きていることの喜びを味わえたのではないだろうか。事実、これを機に趣味も広がり、「生きたい」と思うようになったと言う。そして通院を自らの意志で再開し服薬開始に至り、その後も安定して継続した。

治療薬の進歩によりHIV感染症は致命的疾患から慢性疾患へと変容した。その治療薬を服薬する個々の患者の精神状態や人生観は千差万別である。治療成功の鍵を握ると言われる服薬アドヒアランスは、当然ながら、患者自身が薬を飲むことを決意しなくてはまったくもって意味を成さない概念である。Aさんの体験は、医療が進歩した今もお、患者の心に目を向け、耳を傾けることの重要性を示していると言えよう。

5. 主治医による服薬開始の強い推奨

服薬を開始する決意をし、いざ2年4カ月ぶりに再受診したAさんに対して、主治医は服薬開始を強く勧めた。先述のとおり、ドロップアウトが心配されたためである。ところがその場でAさんは開始することのプレッシャーを感じ、拒否した。開始の同意を得られなかった主治医はそれでも服薬を強く奨励し、抗HIV薬を処方した。治療の開始を決断し、服薬に対する心の準備が整っていたAさんはそれを受け取り、投薬治療を始めたのである。

後のカウンセリングの中でAさんは当時の心境について、内服することについて躊躇はあったものの、後になって思えばタイミングの良いときに主治医の後押しがあったと述べた。服薬を開始した時は主治医とAさんとの間で完全な相互理解と同意があったわけではない。昨今、患者が医療者の指示に従うことを指す「コンプライアンス」から、両者が協力して治療方針の決定に参加することを意味する「アドヒアランス」が重要視されることを鑑みれば、標準的なガイドラインに必ずしも沿う行為ではなかったと指摘できるかもしれない。さらには、患者が服薬を拒んでもなお、その開始を勧めるという行為が効果的であると裏付けるエビデンスも恐らくなかろう。しかし、結果的にはこのアプローチが奏功し、現にAさんは服薬を開始し、その後も維持できている。数値は安定、趣味は充実し、仕事も継続している。主治医が諦めていないという姿勢がAさんには伝わり、服薬をしてよかったと感ずることができた。

Aさんに治療意欲がなかったわけではない。まずは生活

状況や自身の精神状態を整える必要があったのである。また、治療を拒否していた間、主治医やカウンセラーそれぞれとの間に信頼関係がなかったわけでもないだろう。そのような関係がなければ、外来を定期的に受診し、カウンセリングにも積極的に来談しなかったと思われる。ラポールがある程度構築されていたからこそ、主治医に勧められ、処方された薬をAさんは受け取り、服薬するに至ったのではないだろうか。

もちろん、患者が服薬を拒否したら医療者はそれを勧めればよいというのではない。それを奨励することが本稿の目的ではない。Aさんの場合は数値が比較的ゆるやかに悪化した、命の危険が迫っている中で医療者のとれる、一人ひとりの患者に適した最善の行動とは何か。患者が長期にわたって服薬を拒み、刻一刻と免疫力の低下が進行しているとき、医療者にはどのような対応が求められるか。これらの重要な課題を本症例は投じているように思われる。

たとえば、Aさんが服薬開始に至ったこれまでの経緯をヒントに、次のような対応が考えられないだろうか。第一に、薬の一包化といった服薬方法に関する選択肢の早期の提示である。多種多様の問題を抱え、心の中で整理することが困難だったAさんにとっては、この方法が服薬を開始することへの精神的負担を緩和した。Aさんの場合は薬剤師によって提案されたが、早期の段階でこうした方法の説明があることは、とりわけ複数の薬を飲むことを負担に思う患者には効果的かもしれない。第二に、患者が服薬を拒否した場合、日常生活や精神状態にも目を向けることの重要性である。どんな訴えがあっても、日々の生活の中で患者が生きる意味を見出せているか、見出せていないならどのような要因が働いているかという視点を持つことが重要と思われる。第三に、至極当然だが、たとえ患者が服薬を拒んでも医療者は諦めないことである。その姿勢が患者に伝わり、肯定的に後押しをしているのはAさんが示したとおりである。筆者自身、諦めないことの大切さを学ばされた症例である。

6. 服薬開始と維持の心理的負担

服薬を開始することは、それまでにはなかったストレスを患者に強い事実を忘れてはならない。Aさんは生きる気力と服薬の目的が見出せず、薬を飲み始めることにプレッシャーを感じられていた。こうしたストレスにより服薬を8年間拒否し続けた患者の症例である。Co Bが研究会で行った症例発表後のAさんとの面接では、「毎日同じ時間に一生薬を飲むことがどんなに負担かをいろいろな人に分かってもらいたい」と話されていた。薬剤が進歩した今日でも服薬を開始し、長期継続することが患者にとって容易ではないことを再確認させられる言葉であった。

Aさんの場合、毎日服薬しなくてはならない薬の一包化

という、一見すると小さなきっかけが救いになった。それは、複数の困難を同時に抱え、自分の気持ちや考えをまずは整理する必要を感じていた本人にとって、負担を現実的にも象徴的にもまさにまとめてくれるものだった。

ま と め

富士山の登頂という成功体験を機とした自信の芽生え、服薬開始を強く勧めた主治医の諦めぬ姿勢、薬の一包化による服薬への精神的負担の緩和、カウンセリングを通じた問題の交通整理および精神状態の安定化といったさまざまな要因が働き、患者は抗HIV療法の服薬開始を決心した。治療を拒否していた8年間も、それ以後も、本人にとってははけっして楽な道のりではなかった。カウンセリングでは服薬開始への抵抗以外にも、家族関係、就労、日常生活、精神疾患を抱える苦悩など、HIV感染症に直接関連する事柄以外の多様なテーマが表面化した。実際、現代におけるHIV/AIDSカウンセリングではHIVに必ずしも直接は関連しない、幅広い問題への対応が求められる¹²⁾。本症例も、HIV感染症が慢性疾患化し長期療養が可能となった今日におけるHIV/AIDSカウンセリングの様相を呈していると言えよう。患者の多種多様な訴えに耳を傾けながら、長期的に関われる支援体制が今後ますます必要とされる。

謝辞

さまざまな困難を抱えながらも服薬を開始して生きることを選択したAさんの姿からは、人間が本来持つ生きる力について大いに学ばされました。お礼申し上げます。本症例の経過を一緒に振り返ってくださったCo Cにも感謝の意を表します。

利益相反:本研究において、利益相反に相当する事項はない。

文 献

- 1) 日本エイズ学会 HIV 感染症治療委員会: HIV 感染症「治療の手引き」(第 26 版). http://www.hivjp.org/guidebook/hiv_26.pdf
- 2) 日本エイズ学会 HIV 感染症治療委員会: HIV 感染症「治療の手引き」(第 19 版). http://hivjp.org/guidebook/hiv_19.pdf.
- 3) 日笠聡, 小島賢一, 榎原健, 山元康之: HIV 感染症治療のガイドラインと抗HIV薬の処方状況の変遷. 日本エイズ学会誌 16: 4-11, 2014.
- 4) 若生治友: 薬害による HIV 感染者/AIDS 患者を取り巻く現状と課題. 公衆衛生 74: 910-913, 2010.
- 5) 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究班: HIV

- 診療における外来チーム医療マニュアル（改訂第2版）. 2010.
- 6) Stevenson SR, Kitchener KS : Ethical issues in the practice of psychology with clients with HIV/AIDS. (Anderson JR, Barret B eds), *Ethics in HIV-Related Psychotherapy: Clinical Decision Making in Complex Cases*, Washington DC, American Psychological Association, pp 19-42, 2001.
- 7) American Psychiatric Association : Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV-TR. American Psychiatric Press, Washington DC, 2000. (高橋三朗, 大野裕, 染矢俊幸 訳 : DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引 新訂版. 東京, 医学書院, 2003).
- 8) 星野仁彦 : 発達障害に気づかない大人たち. 福島の進路 451 : 31-34, 2020.
- 9) American Psychiatric Association : Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5. American Psychiatric Association, Arlington, 2013. (高橋三朗, 大野裕 監訳 : DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引. 東京, 医学書院, 2013).
- 10) 砂川芽吹 : 自閉症スペクトラム障害の女性は診断に至るまでにどのように生きてきたのか : 障害を見えにくくする要因と適応過程に焦点を当てて. *発達心理学研究* 26 : 87-97, 2015.
- 11) 小島道生 : 自閉スペクトラム症者の自尊感情と主観的幸福感. *LD研究* 27 : 491-499, 2018.
- 12) 辻麻理子 : 長期療養とその支援. (矢永由里子, 小池眞規子 編) *がんとエイズの心理臨床—医療にいかすところのケア*, 大阪, 創元社, pp.115-121, 2013.

The Counseling Process of a Patient Who Refused HIV Therapy for Eight Years after His HIV-Positive Diagnosis

James Johnson AMAGASA¹⁾, Natsuo TACHIKAWA²⁾, Yukihiro YOSHIMURA²⁾, Nobuyuki MIYATA²⁾, Hiroshi HORIUCHI²⁾, Yuko MIYABAYASHI²⁾ and Ayumi YOSHIMURA²⁾

¹⁾ Yokohama City AIDS Counselor,

²⁾ Yokohama Municipal Citizen's Hospital

Background : Though it is recommended that patients with HIV begin their treatment early, lifelong medication can be a significant source of stress. The need to help maintain their treatment motivation is one of the reasons that mental health care is necessary.

Case : This paper discusses the counseling process of a male patient who refused to begin HIV treatment for eight years. It was feared that he would drop out of therapy because there was a two-and-a-half-year period in which he stopped visiting the hospital. With such concerns as his relationship with his family, work, sex, and mental health, the patient initially refused treatment, stating that he did not have a reason nor the energy to live. The counselors listened to these concerns acceptingly and supportively. Because these overwhelming issues were inhibiting the patient from beginning treatment, the counseling sessions focused on clarifying the patient's priorities, the order in which these issues could be dealt with, and organizing his thoughts and emotions. With the strong support of his physician and pharmacist, improvements in life, and recovery of self-confidence, the feeling of wanting to live eventually grew in the patient, ending the eight years of refusing HIV treatment.

Results : This case demonstrated the psychological burden that is experienced by the patient when beginning and continuing HIV treatment. Many other complaints were also addressed in the counseling sessions. Though HIV is considered a chronic disease today and a long-term care has been made possible, patients experience a wide range of difficulties to this day.

Key words : treatment refusal, HIV/AIDS counseling, medication adherence