

厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業
多剤併用療法服薬の精神的、身体的負担軽減のための研究班

平成 17 年度 研究報告書

独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター
HIV/AIDS先端医療開発センター長

白阪 琢磨

目 次

■ 総括研究報告

- 1 多剤併用療法服薬の精神的、身体的負担軽減のための研究…………… 7
 主任研究者：白阪 琢磨（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター HIV/AIDS先端医療
 開発センター長 免疫感染研究室長兼任）

■ 分担研究報告

- 2 治療開始・継続困難症例へのケア支援に関する研究…………… 1 5
 分担研究者：池田 和子（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター 患者支援調
 整官）
- 3 服薬開始および継続に関連する心理・社会的要因とその援助方法に関する研究…………… 2 1
 分担研究者：山中 京子（大阪府立大学 人間社会学部 社会福祉学科 助教授）
- 4 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…………… 3 1
 分担研究者：越智 直哉（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 精神神経科科長）
- 5 抗 HIV 療法の実施状況と副作用調査に関する研究…………… 4 9
 分担研究者：栗原 健（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 薬剤科 副薬剤科長）
- 6 抗 HIV 療法の拠点病院での実施状況の調査研究…………… 6 3
 分担研究者：上田 良弘（関西医科大学附属洛西ニュータウン病院 内科部長）
- 7 日和見疾患合併 HIV 感染症の多剤併用療法に関する研究…………… 6 9
 分担研究者：小河原光正（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 総合内科医長。平成17年
 5月まで独立行政法人国立病院機構 近畿中央胸部疾患センター 呼吸器科）

8 服薬支援としての薬剤耐性検査の意義に関する研究…………… 79

分担研究者：西澤 雅子（国立感染症研究所 エイズ研究センター）

9 携帯電話を使った服薬時間お知らせシステムに関する研究…………… 83

主任研究者：白阪 琢磨（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター HIV/AIDS 先端医療
開発センター長 免疫感染研究室長兼任）

総括研究報告

1

多剤併用療法服薬の精神的、身体的負担軽減のための研究

主任研究者：白阪 琢磨（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター HIV/AIDS 先端医療
開発センター長 免疫感染研究室長兼任）

分担研究者：池田 和子（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター）

栗原 健（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 薬剤科）

山中 京子（大阪府立大学 社会福祉学部）

上田 良弘（関西医科大学附属洛西ニュータウン病院 内科）

小河原光正（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 総合内科）

西澤 雅子（国立感染症研究所 エイズ研究センター）

越智 直哉（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 精神科・神経科）

研究要旨

本研究の目的は服薬に伴う精神・心理的、身体的負担を明らかにし、対策を講じて負担を軽減せしめ抗 HIV 療法の効果を良好かつ長期に維持する事により HIV 感染者の AIDS 発症および薬剤耐性 HIV 株の出現を阻止する事である。今年度は昨年度の成果に基づき、さらに各要因の検討を深めた。研究によって患者には服薬に伴う精神・心理的、身体的あるいは社会的負担があり、多くの患者で服薬継続困難な要因が存在あるいは潜在していた事がわかった。各施設には服薬指導の課題や抗 HIV 薬の在庫、院外処方の問題があった。さらに、服薬アドヒアランス向上・維持のためには医師、看護師に加え、薬剤師、臨床心理職あるいは MSW らで構成されたチーム医療による支援が有効であり、これまでの本研究成果から外来チーム医療マニュアルを作成した。昨年度に引き続き、携帯電話による服薬支援ツールやホームページでの情報提供や副作用モニターシステムを開発し、完成できた。

研究目的

種々の精神的、身体的負担によって服薬アドヒアランスが不十分になる事による治療失敗や薬剤耐性 HIV 出現の報告がある。本研究目的は HAART が必要な患者が適切で完璧な服薬を長期間遂行できるように 1) 服薬の継続の阻害要因を患者側（身体的、心理的負担など）と医療者側から明らかにし、それらを軽減するための支援方法を確立し、服薬支援ツールも開発する事である。さらに、これらの研究成果から、外来におけるチーム医療マニュアルを作成する。

本研究でもテーマ別に研究を分担し、遂行した。各研究グループの研究内容の詳細は次項以降にあるので、本項では主な研究内容を記す。

研究方法

本研究では 1) 患者側要因として①ケア支援、②副作用調査、③心理支援、④精神介入、2) 医療者側要因として⑤HAART 調査、⑥服薬指導調査、⑦合併例 HAART、⑧耐性検査、3) 服薬支援ツ

ール開発として⑨ホームページ (HP) 開発、⑩ツール開発の 10 研究につき 10 のグループで分担し研究を実施した。①**ケア支援グループ（分担研究者：池田和子）**では、今年度、「修正 DOT のアセスメントシート」を改訂し「初診で直接入院症例の転帰」につき調査した。②**副作用調査グループ（分担研究者：栗原健）**では受診患者に副作用につきブロック拠点病院と国立国際医療センターにアンケート調査を実施した。③**心理支援グループ（分担研究者：山中京子）**では服薬の心理的な維持要因あるいは阻害要因を明らかにする目的で患者に対して個別面接調査を実施した。④**精神介入グループ（分担研究者：越智直哉）**では患者（HAART 実施患者 105 名、未実施患者 73 名）を対象に、さまざまな社会的背景、心理状態をアンケート、心理検査を用いて明らかにし、患者の病態の情報を加えた相互関係を分析した。⑤**HAART 調査グループ（分担研究者：栗原健）**では全国エイズ拠点病院に対し抗 HIV 薬の組み合わせ、採用・在庫、院外処方箋発行状況などにつきアンケート

調査を行った。⑥服薬指導調査グループ（分担研究者：上田良弘）では近畿の拠点病院薬剤部へ服薬支援連携に付きアンケート調査を実施した。⑦合併例検討グループ（分担研究者：小河原光正）では、結核およびエイズの専門診療施設に対して結核/抗酸菌症合併 HIV/AIDS 症例治療に関するアンケート調査を行った。⑧薬剤耐性グループ（分担研究者：西澤雅子）では服薬に伴う薬剤耐性検査の時期や意義の検討と、患者への薬剤耐性に関する情報提供につき検討を行った。⑨HP 開発グループ（分担研究者：栗原健、担当者：湯川真朗）では、利用者にやさしいユニバーサルデザインによる HP を作成し、内容として新たな薬剤情報を追加した。さらにモニター患者による出来事および患者向け服薬アンケートシステムを開発した。⑩服薬支援ツール開発グループ（主任研究者：白阪琢磨、担当者：幸田進）では、昨年度に開発した携帯電話を用いた服薬支援ツールを試行し、問題点と課題の検討を行った。

2年間の研究成果を基に外来における服薬等のチーム医療マニュアルを作成した。

（倫理面への配慮）

研究の実施にあたっては、疫学研究に関する倫理指針を遵守し、研究対象者に対する人権擁護上の配慮、研究方法による研究対象者に対する不利益、危険性の排除に留意し、患者への分かりやすい説明を行いながら十分な理解（インフォームドコンセント）を得る事とした。研究によって施設の倫理委員会の承認を得た。

研究結果

①ケア支援グループでは修正 DOT 導入の適応が治療失敗後や初回治療例で認められた。感染の発見遅延から症状コントロール不良、さらには服薬の自己管理移行も困難となった症例があった。初診時直接入院症例では AC 期より AIDS 期で初診時 CD4 数が少なく、症状出現から受診までの日数と在院日数が長い傾向があった。また発症者の約 2 割が死亡した。②副作用調査グループではブロック拠点病院 4 施設と国立国際医療センターでアンケート調査を実施した。③心理支援グループでは

服薬良好維持群（20～40 代の仕事を有する者 12 名）では、服薬が自分自身の生命や生活の重要な基盤であると明確に意識し、試行錯誤による有効な方法の発見と定着によって、服薬行動を食事と同様の日常行為にまで生活の一部化していた。医療者は服薬情報を提供する情動的サポートとして機能していた。④精神介入グループでは、感染者の不安は、定期的に受診することへの職場の理解がある人、法的配偶者がある人、本人の感じる社会的困窮がない人のほうが有意に少なく ($p < 0.01$)、仕事を持つ人のほうが不安が少なかった ($p < 0.05$)。医療関係者以外に HIV 感染を気軽に相談できる人がいる人の方が状態不安尺度が低く ($p < 0.05$)、社会的適応、医療関係者以外の相談相手の存在が、感染者の不安を和らげる可能性を示した。一方、同居家族や性的パートナーの有無、学歴、物質依存と不安の程度には有意差がなかった。抑うつ程度も不安と同じ傾向を示した。認知能力低下は感染年数や過去最低の CD4 値などの病勢が関係しており、不安よりも抑うつ程度と関係が深かった。⑤HAART 調査グループではアンケート結果を得た 260 施設（回収率 70.3%）で在庫金額は増加し、患者数増による負担が重くなってきていることが示唆された。院外処方発行状況は昨年と同様であり、プライバシーや在庫問題が院外処方の支障となっていた。処方の組み合わせは症例数 30 例未満の施設では昨年同様の傾向が見られたが、30 例以上の施設では 1 日 1 回処方が増加していた。⑥服薬指導調査グループでは、アンケート調査を実施し、近畿地方の多くの拠点病院は HAART 処方症例数が 10 名以下であり専任の薬剤師の配置はなく、外来での服薬指導はされていなかった事がわかった。一方、10 名以上の病院では専任薬剤師を配置し、服薬指導を行っていた。後者の病院でも研修会、HP の設置、メールによる服薬相談などの強い希望があった。⑦合併例検討グループでは、アンケート調査によって、結核/非結核性抗酸菌症合併 HIV/AIDS 症例は結核 313 例、非結核性抗酸菌症 198 例であり、そのうち HAART 導入後に免疫再構築症候群を認めた症例は結核 10.2%、非結核性抗酸菌症 24.7%である事がわかった。抗結核/抗酸菌治療開始後の HAART

導入時期については、“同時に開始でよい”とする意見から“1ヶ月”～“6ヶ月後”、“結核治療終了後”と様々であり、一定の意見が得られなかった⑧**薬剤耐性グループ**での検討では治療開始前、治療失敗時の実施が必要と考えた。⑨**HP 開発グループ**では、ユニバーサルデザイン化によってアクセス数が増加した。内容として抗 HIV 薬の情報提供の内容を充実させた。提供した薬剤情報として、抗 HIV 薬の添付文書情報、抗 HIV 薬を分かりやすく解説した患者向け情報提供カード、抗 HIV 薬服用に関する Q&A、海外で患者向けに提供されている Patient Information の日本語翻訳版。抗 HIV 薬の添付文書情報には昨年作成した副作用用語の解説、添付文書の読み方、重大な副作用の解説に加え、今年度副作用の症状とその類似語・定義の解説を追加した。さらに、副作用の検索システムを追加し機能の充実を図った。⑩**服薬支援ツール開発グループ**では、昨年度開発した携帯を用いたツールを 2 施設で試行した。登録は 7 名であったが、服薬支援サービスを有効に利用している事が確認された。

外来でのチーム医療マニュアルを作成した（図-1～10）。

考察

これまでの本研究から患者の服薬行動についての精神的、身体的阻害因子や促進因子がある事と医療を提供する施設側にも要因があることが明らかになった。心理テスト分析から患者の精神心理的背景が明らかになった。ただ、今回の調査対象者は服薬への理解度が高く、怠薬患者が少なかったため怠薬の増悪に繋がる社会的背景を明らかに出来なかった。罹患年数の長さ、CD4 の低下が怠薬の増加と関係が示され、病状に応じて、服薬指導を強化する必要性がある。抗 HIV 薬の在庫リスクは依然として高く、病院経営に及ぼす影響を考慮すると薬剤採用に影響する可能性を否定できない。多くの拠点病院の薬剤師が自らの服薬指導がまだ不十分であると自覚しており、服薬連携支援システムの確立が急務と考えた。服薬支援ツールでは“服薬時間お知らせメール”の配信後、遅延応答でも服薬したと扱われたため、時間

内服薬の正確さの把握に欠けるなどの問題点があった。機能改修したシステムの開発によって、より正確な利用状況を把握でき患者の服薬の自己管理を支援できると期待できる。服薬に関連した機能を有する HP を開発でき、今後の活用が重要と考えた。本研究成果から外来におけるチーム医療マニュアルを作成したが、今後、現場で使用し評価の後、改訂を行う必要があるかと考える。

結論

服薬の長期継続維持のために服薬アドヒアランスの阻害要因（身体的、心理的負担など）を患者側と医療者側から明らかにし、それらを軽減するための支援モデルを作成し、併せて服薬支援ツールを開発した。これらの研究結果から外来におけるチーム医療マニュアルを作成した。今後、研究を深め、全国の拠点病院等での服薬支援の実践に役立て、患者の服薬アドヒアランスの向上、維持につなげたい。

健康危険情報

該当なし

研究発表

欧文論文

- 1) Matsushita S, Yoshimura K, Kimura T, Kamihira A, Takano M, Eto K, Shirasaka T, Mitsuya H, Oka S : Spontaneous recovery of hemoglobin and neutrophil levels in Japanese patients on a long-term CombivirR containing regimen. J.Clin.Virol. 33(3):188-93. 2005

和文論文

- 1) 栗原健 : HIV 感染症、薬局別冊、2005, 56, 429-443
- 2) 栗原健: 小児 HIV 治療におけるアドヒアランス、小児内科、2005-3;37(3), 362-365
- 3) 栗原健: 抗 HIV 薬の血中薬物動態、BIO Clinica, 2005, 20(8), 689-696
- 4) 山中京子 : ドメステック・バイオレンスと改正 DV 法、望月彰他編『児童福祉論』三学社、2005

年6月、158-167

- 5) 小河原光正: HIV感染症の呼吸器病変、IRYO 59: 663-667、2005

国際学会発表

- 1) Ogawara M, Kimura T, Sakatani M: Anti-tuberculosis (TB) chemotherapy for the patients with HIV in Japan: Research by questionnaire investigation. 7th ICAAP, Kobe, 2005
- 2) Kuwahara T, Shirasaka T: Analysis of prescribed and stocked anti-HIV drugs among the AIDS referral hospitals in Japan, 7th ICAAP, Kobe, 2005
- 3) Yoshino M, Nagai S, Kuwahara T, Oda S, Uehira T, Shirasaka T: The clinical experience of Abacavir in HIV-infected Japanese, 7th ICAAP, Kobe, 2005
- 4) Oda S, Shimoji Y, Nakata M, Shigeura Y, Uehira T, Yasuo T, Aoki R, Enomoto T, Shirasaka T: Problems of foreign patients of PLWHA in Japan and their support system, 7th ICAAP, Kobe, 2005
- 5) Yasuo T, Shirasaka T: Psychological difficulties on deciding to live with HIV Case studies of psychotherapy with PLWHAs in Japan, 7th ICAAP, Kobe, 2005
- 6) Shimada M, Oda S, Ono T, Sugawara M, Uchiyama M, Yamashita I, Yamada Y, Kaabe Y, Jyozaiki M, Ikeda K: Strategies to Promote Adherence to ART in Japan, 7th ICAAP, Kobe, 2005. 7

国内学会発表

- 1) 吉野宗宏、永井聡子、栗原健、織田幸子、前川孝史、白阪琢磨: ブロック拠点病院における抗HIV薬院外処方箋発行の取り組みと課題。第59回国立病院総合医学会、広島、2005年10月病院総合医学会、広島、2005年10月
- 2) 下司有加、織田幸子、森田美揚子、井上磨智子、白阪琢磨: 受診中患者の背景と受診再開への支援と経緯。第19回日本エイズ学会学術集会・総会、熊本、2005年12月
- 3) 安尾利彦、仲倉高広、白阪琢磨: 当院のHIV感染症患者における心理的支援へのニーズに関

する分析。第19回日本エイズ学会学術集会・総会、熊本、2005年12月

- 4) 池田和子、山田由紀、武田謙治、大金美和、畑中祐子、石垣今日子、島田恵、岡慎一、木村哲、当センター成人患者におけるMDOT(Modified Directly Observed Therapy)の検討。第19回日本エイズ学会総会、熊本、2005年12月
- 5) 島田恵、今井敦子、内山正子、山田三枝子、山下郁江、人見公代、星屋寿賀子、大金美和、池田和子、数間恵子、川村佐和子、抗HIV療法を行う患者の外来支援に関するプロトコールの改訂に関する検討。第19回日本エイズ学会総会、熊本、2005年12月
- 6) 山本法子、中島由美、北脇亜衣、池田和子、島田恵、小野瀬友子、当センターにおける初診時直接入院成人患者の特徴と転帰の関連一病期別に比較して一。第19回日本エイズ学会総会、熊本、2005年12月
- 7) 栗原健、吉野宗宏、佐野俊彦、小島賢一、日笠聡、白阪琢磨: 拠点病院における抗HIV療法と薬剤関連アンケート調査結果(第2報)。第19回日本エイズ学会総会、熊本、2005年12月
- 8) 西澤雅子、Urvi Parikh、藤野真之、松田昌和、三浦秀佳、加藤真吾、山本直樹、杉浦互: ヒト末梢血単核球を用いたK65R獲得HIV-1の逆転写酵素阻害剤に対する感受性の解析。第19回日本エイズ学会総会、熊本、2005年12月

知的財産権の出願・登録状況

- 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

図-1

HIV診療における外来チーム医療マニュアル

平成17年度厚生労働科学研究費補助会エイズ対策研究事業
多剤併用療法服薬の精神的、身体的負担軽減のための研究
主任研究者 白飯博彦

図-2

考え方

- ・ 外来におけるHIV診療に不可欠な標準的チーム医療を示す
- ・ 診療経験の少ない拠点病院でも実施可能
- ・ 必要な役割を職種別に記載するが、各施設に現存する職種で振り分けることを想定
- ・ 今回のマニュアルでは主要なポイントを押さえる
- ・ 案を提示後、地域の拠点病院等の意見を聴取し、バージョンアップを行っていく。

図-3

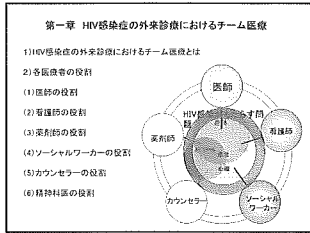


図-4

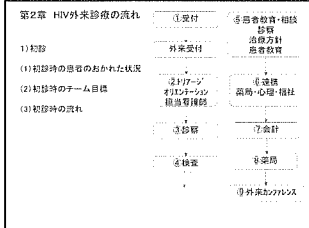


図-5

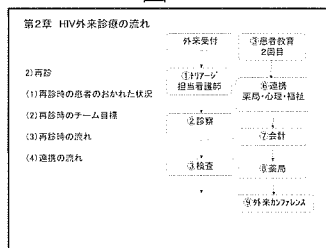


図-6

第3章 抗HIV療法と抗HIV薬の特徴

1) 抗HIV療法の原則

(1)治療の考え方
(2)抗HIV薬の投薬期間
(3)治療開始時期
(4)抗HIV薬
(5)治療効果のモニタリング
(6)薬剤血中濃度
(7)薬剤耐性検査
(8)他剤との併用禁忌と併用上の注意

図-7

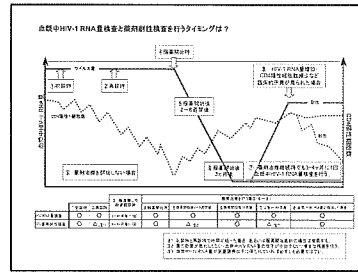


図-8

第4章 服薬支援

1) 服薬支援とは

2) 服薬開始前(処方決定されるまで)

- (1) チーム目標
- (2) 服薬支援の実態
- (3) 服薬支援の質
- (4) ライフスタイルにあった服薬
- (5) 服薬開始前の患者のおかれた状況
- (6) ソーシャルワーカーが必要な検討
- (7) カウンセリングの導入や精神科受診が必要な検討

3) 服薬開始時

- (1) チーム目標
- (2) 具体的な服薬支援

図-9

第4章 服薬支援(続き)

4) 服薬開始直後

- (1) チーム目標
- (2) 具体的な服薬支援
- (3) 服薬開始時の患者のおかれた状況
- (4) カウンセリングの導入や精神科受診が必要な検討

5) 服薬継続後

- (1) チーム目標
- (2) 医師
- (3) 具体的な服薬支援
- (4) 服薬継続時の患者のおかれた状況
- (5) カウンセリングの導入や精神科受診が必要な検討

6) 服薬中断

- (1) 服薬中断の患者のおかれた状況
- (2) 医師の役割
- (3) 看護師の役割
- (4) 薬剤師の役割
- (5) カウンセリングの導入や精神科受診が必要な検討

図-10

資料1 カウンセラーや精神科医等へ紹介する際の観察のポイント

資料2 エイズ関連カウンセリング制度実施自治体一覧(平成16年8月現在)

資料3 診療情報の保護とプライバシー

資料 在宅療養支援フローチャート

分担研究報告

2

治療開始・継続困難症例へのケア支援に関する研究

分担研究者：池田 和子（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター）

研究協力者：織田 幸子（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター HIV/AIDS 先端医療開発センター）

下司 有加（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター HIV/AIDS 先端医療開発センター）

古金 秀樹（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター HIV/AIDS 先端医療開発センター）

大金 美和（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター）

武田 謙治（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター）

山田 由紀（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター）

畑中 祐子（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター）

石垣今日子（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター）

山本 法子（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター）

北脇 亜衣（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター）

中島 由美（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター）

小野瀬友子（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター）

島田 恵（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター）

岡 慎一（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター）

木村 哲（国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター）

研究要旨

抗 HIV 療法は格段に進歩したものの、その治療成功の鍵は患者自身の服薬行動に左右される。現実には服薬継続は副作用や通院継続の難しさなどから容易ではない。また病状が進行している場合などは仮に治療が開始できても後遺症などの問題が残ったり、最悪死亡の転帰をたどったりするなど、治療の恩恵が受けられない。治療継続および治療開始が難しい症例への服薬支援として、修正 DOT (Modified Directly Observed Therapy、以下、MDOT) を実施し、アセスメントシートを改訂した。DOTS (Directly Observed Therapy Short course) が有効な支援とされる結核に比べて抗 HIV 療法は、治療期間が長期であり、また患者の病状として精神疾患や精神障害などがある場合については、MDOT が終了できない現状も明らかになった。さらに初診でいきなり入院した症例の転帰について病期別に比較したところ、入院時 AC 期に比べ、AIDS 期で入院した場合のほうが、「入院時 CD4 陽性リンパ数」は少なく、「症状出現から入院までの期間」や「在院日数」も長かった。また AIDS 期のなかでも「悪性リンパ腫」や「パルス療法後の PCP」では死亡に至っており、病気発見が遅れた場合の治療は難航していた。

いかに早く病気を発見し、適切な時期に治療が開始される環境を整えることが医療機関の課題である。

I. 成人 HIV/AIDS 患者における MDOT (Modified Directly Observed Therapy) の検討

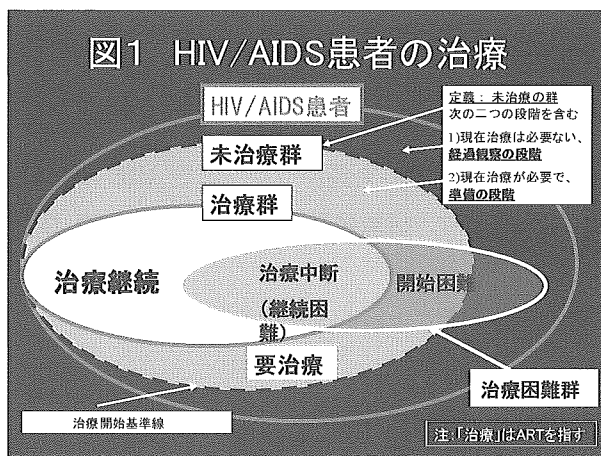
II. 初診時直接入院 HIV/AIDS 患者の特徴と転帰の関連 -病期別に比較して-

I. 成人 HIV/AIDS 患者における MDOT (Modified Directly Observed Therapy) の検討

研究背景と目的

抗 HIV 療法は高い服薬率を維持することが課題である。患者の多くは自己管理で服薬を行っているが、なんらかの理由で服薬継続が難しい場合は、患者以外のものに服薬確認の協力を依頼する必要がある。例えば、家族やパートナー、友人らの身近な支援者の確保や、地域保健師や訪問看護師らの活用を検討する必要がある。また最近では検査データでは治療開始基準を十分満たしているものの、患者自身が治療開始の心構えができていない場合や、病状により患者が治療の判断を下せない場合などがある。後者の場合は特に治療開始の遅延により、免疫再構築症候群出現の可能性や、検査データの改善がみられても後遺症や副作用の重篤化などのリスクがあることもわかってきた。

これまでは治療継続困難例に対して MDOT を実施してきたが、治療開始困難例（初回治療者）も増えた（図 1）。治療開始困難症例も含めたアセスメントシートの改訂を行い、効果的な服薬支援を検討する一助とする。



研究方法

対象・方法：1996年から2004年末までに、国立国際医療センター/エイズ治療・研究開発センターを受診した成人 HIV/AIDS 患者のうち、MDOT の対象となった患者の MDOT 導入時と開始から6ヵ月後のデータについて診療録調査を行

った。

（倫理面への配慮）

患者が特定されないよう情報収集は注意して行った。

研究結果

対象者は34名で、男性29名、女性5名、AIDS発症者25名、AC9名、無職23名、有職者11名、独居18名、初回治療者18名、治療経験者は16名であった。初回治療18名/治療経験者16名に分けた結果、AIDS発症者は、12/13名、治療導入時CD4陽性リンパ球数 $100/\mu\text{l}$ 以下は、11/8名、治療開始時、日和見感染症の治療を実施していた者（うち結核治療実施者）は、12(5)/3(2)名、精神疾患（統合失調症、精神遅滞など）がある者は13/7名だった。受診中断歴（最終受診日から1年以上受診間隔が空いたもの）-/6名、服薬自己中断歴がある者-/13名、薬剤の平均処方変更回数は-/4.6回、無職12/12名だった（表1）。

表1 MDOT導入時データ

	N=34	
	初回治療者 18(%)	治療経験者 16(%)
AIDS発症者	12(66.7)	13(81.2)
導入時CD4数 $100/\mu\text{l}$ 以下	11(61.1)	8(50.0)
日和見感染症有り/うち結核 精神疾患	12(66.7)/5	3(18.6)/2
13(72.2)	7(43.8)	
受診中断歴*（前医含む）	-	6(37.5)
服薬自己中断歴	-	13(81.3)
平均変更回数	-	4.6
無職	12(66.7)	12(75.0)

受診中断歴*：受診から1年以上経過

内服回数は1日2回が最も多く、14/12名で、抗 HIV 療法以外の治療も含まれていた。他者による内服確認回数は、「毎回」が15/14名で、「週5回」が1/1名、「週1回」が1/2名だった。患者自身以外の内服確認者は、家族、パートナー、友人や病院外来看護師、保健所保健師、訪問看護師、往診医、院外薬局薬剤師、区役所生活保護ケースワーカーなどであった（表2）。

表2 MDOT 導入者の内服回数と支援内容

		N=34	
		初回治療 18 (%)	治療経験者 16 (%)
内服回数 *	1回/日	2 (11.1)	4 (25.0)
	2回/日	14 (77.8)	12 (75.0)
他者確認回数	毎回	15 (83.3)	14 (87.5)
	1回/週	1 (5.5)	2 (12.5)
服薬支援者	家族等	9	9
	* (複数)	7	7
	病院 地域	14	9

転院した9名を除いた27名中、MDOT導入6ヵ月後に自己管理に至った者は9名で、支援継続者は18名だった。支援継続が必要と判断された18名の今後の見通しとして、自己管理移行予定者は5名だった。理由として、結核治療を同時に行っていることや外国籍であり、コミュニケーションの問題があることなどから、治療失敗の予防目的に、MDOTを導入していたため、自己管理への移行が考えられた。一方、将来的に自己管理困難者は13名で、その理由として精神疾患（統合失調症・精神遅滞・依存症など）によるものや日和見感染症の後遺症（特に記憶力低下）、繰り返す服薬自己中断などであった。13名の多くは服薬したことの記憶や飲み忘れない工夫などの実践が自己管理だけでは難しく、長い期間に渡ってMDOTが必要と考えられた(表3)。

表3 自己管理になったケースの導入理由と支援継続者の支援継続理由

自己管理に至ったケースの導入理由 (9)	初回	経験
予防的：結核治療（再構築の不安/患者教育期間が短い）	2	2
予防的：外国籍（コミュニケーション不足）	2	0
受診中断歴有り	0	1
服薬自己中断歴あり	0	2
支援継続が必要な理由 (13)	初回	経験
精神疾患（精神遅滞・依存症・統合失調症等）	4	2
日和見感染症の後遺症	2	3
繰り返す服薬自己中断歴あり	0	2

●改定したMDOTアセスメントシート

<必ずみtas項目>

抗HIV療法が臨床的に必要である

<初回で導入を検討する項目>

- 本人が治療の判断を下せない
- 精神疾患などで内服確認ができない
- 患者教育期間が短い
- コミュニケーションに不安がある
- 症状のモニタリングが必要である

- 受診中断歴/不定期受診歴あり
- 服薬自己中断歴あり
- 抗HIV療法の選択薬が制限
- 他の疾患の治療がある
- 社会的問題

*太字：改訂部分

<MDOTプラン 例①>

服薬確認者：同居家族(4週間に1度外来診察)

月	火	水	木	金	土	日
家族	家族	家族	家族	家族	家族	家族

<MDOTプラン 例②>

服薬確認者：訪問看護師、保健所保健師、病院外看護師(2週間に1度外来診察)

月	火	水	木	金	土	日
訪問 看護師	保健 所保 健師	病院 外来 看護 師	訪問 看護 師	訪問 看護 師	訪問 看護 師	家族
家族	家族	家族	家族	家族	家族	家族

<MDOTプラン 例③>

服薬確認者：保健所保健師、病院看護師、区役所生活保護担当ケースワーカー

月	火	水	木	金	土	日
保健 所保 健師	病院 外来 看護 師	保健 所保 健師	区役 所ワ ーカ ー	病院 外来 看護 師	本人	本人

1週間に2度来院しMDOT、診察は2週間に1度。

考察

服薬を確実にを行うことで治療の成功が期待できる他の感染症として、結核におけるDOTSの成功が世界中で数多く報告されている。HIV感染症はShort courseではないことや、組み合わせによっては、1日2回の内服となり、服薬確認の実践が難しいことから、自己管理との組み合わせとなるため、MDOTという表現が用いられている。MDOT例に見られるように結核のDOTSとは内容が大きく異なり、評価は難しい。

さらに患者の服薬行動と治療失敗の関係に関して、患者は忘れるつもりではなく、「ついうっかり」や「持ち運ぶのを忘れた」など、飲み忘れの理由が故意ではないことがわかっている。

しかし患者にとって初回治療の成功はその後の治療方針を大きく左右することとなり、そのチャンスはやり直しがきくものではない。治療開始前に予測されるリスクへの対処が難しい場合は、他者支援による服薬確認を行い、特に初回治療の失敗を回避し、自己管理行動への習慣化を支援することは重要である。

またHIV感染症は進行性であり、AIDS発症後や病状進行後の治療の経過は難しい。例えば、AIDS発症後の治療開始に関しては、免疫再構築症候群の発症の可能性があり、抗HIV薬の抗ウイルス効果や薬剤相互作用などを加味した組み合わせの選定の難しさがある。AIDS期はAC期に比べ、症状がある場合が多く、開始後の副作用症状の出現には違いがあることが予測される。また抗HIV療法以外に治療法がないPML(多巣性白室脳症)では、PMLの治療が目標ではなく、進行予防を目的として抗HIV療法が実施されるが、現実にウイルス学的に治療が成功したとしても神経麻痺などの生活障害が残り、長期療養を余儀なくされて、受け入れ先が困難になっているとの実態が散見されている。

現在、HIV/AIDS患者への服薬支援は、結核のように保健所などで事業化していないために地区担当保健師の好意によるところが大きい。また患者もプライバシーの漏洩を気にして、自宅訪問されることを躊躇することも少なくない。MDOTを実施する場合は、患者と繰り返し話しあ

い、MDOTの必要性の理解を求めることが重要である。また支援体制のプランニングと評価時期を設けることによる中・短期の目標設定が課題であると考えられる。

治療開始した患者が自己管理できるよう、患者教育すること、自己管理が難しい場合には、服薬継続を支援出来るシステムの整備が課題であると同時に、病気を早期に発見し、患者が適切な時期に治療を開始できる医療体制整備も重要である。

結論

MDOTによる服薬支援の実態を調査したところ、導入から6ヵ月後に自己管理に移行できるものもいたが、長い期間MDOTが必要なものもいた。精神遅滞や統合失調症などにより、他者による服薬確認が必須な患者も多いが、病気発見の遅れにより、ウイルス学的には治療が成功したものの神経障害などの後遺症が残り、他者支援が必要になっているものも少なくなかった。

患者の自己管理教育、服薬支援の継続と併せて病気が早期に発見され、治療開始の好機を失わない医療体制整備も課題である。

II. 初診時直接入院 HIV/AIDS患者の特徴と転帰の関連 -病期別に比較して-

1) 研究の背景と目的:

HIV迅速抗体検査がようやく取り組まれ始めたが、まだ全国的には普及しておらず、未だAIDS発症してから報告されている現状がある。また一部の医療機関では間質性肺炎の治療に対し、HIV抗体の有無を調べずに、ステロイド大量療法を実施するなど不適切な治療の末、その後の患者の治療が難航している実態がある。HIV感染症は早期に発見され、適切な治療が施されれば慢性疾患と認識されるようになったのは、未だ一部の医療機関だけである。

国立国際医療センター/エイズ治療・研究開発センターの専門病棟への入院患者数は、年間約160~280名で年々増加している。そのうち毎年一定の割合で、初診時直接入院

患者がみられている。

われわれは初診時直接入院患者が HIV 陽性判明時には既に AIDS を発症しており重症で、死亡の転帰に至っている者が多いのではないかと考えた。そこで直接入院した HIV/AIDS 患者の特徴を AC・AIDS の病期ごとと比較調査し、直接入院患者の看護を考える一助とすることを目的とした。

2) 対象・方法

2003 年 1 月から 2004 年 12 月までの 2 年間に初診時、直接入院した HIV/AIDS 患者(除外:抗 HIV 療法実施者及びセカンドオピニオン目的の受診者)の診療録調査を行い、CD4 陽性リンパ球数・在院日数などと転帰の関係を病期間で比較した。

(倫理面への配慮)

国立国際医療センターの倫理委員会に申請し、承認された。

3) 結果

対象者は 74 名で、入院時の病期が AC/AIDS は 23/51 名だった(以下、数値は AC/AIDS の順、表 4)。性別 (M:F) は、20:3/49:2 名でほとんどが男性だった。平均年齢は、36.0/40.4 歳で AIDS の方が若干高かった。感染経路は MSM が 21/48 で最も多かった。国籍は日本:それ以外が、20:3/47:4 名であった。健康保険加入者は、19/45 名で 8 割以上は加入していた。有職者は、17/36 名で 7 割は働いていた。

症状出現から入院までの平均週数は、2.6/11.9 週 ($p < 0.0001$) で、発熱や消化器症状、髄膜炎症状などが多かった。入院時平均 CD4 陽性リンパ球数は、278.6/100.2/ μ l ($p < 0.0001$) で平均在院日数は 38.0/56.6 週 ($p < 0.01$) だった(表 4)。

また直接入院前に複数の医療機関を受診したものは AIDS 期 ($p < 0.01$) に多かった。

表4 病期別入院までの平均週数、入院時平均CD4数、平均在院日数と、2群の比較

	AC (n = 23)	AIDS (n = 51)	P値*
症状出現から入院までの平均週数	2.6	11.9	<.0001
入院時平均CD4数	278.6	100.2	<.0001
平均在院日数	38.0	56.6	<.01

*マンホイットニーのU検定

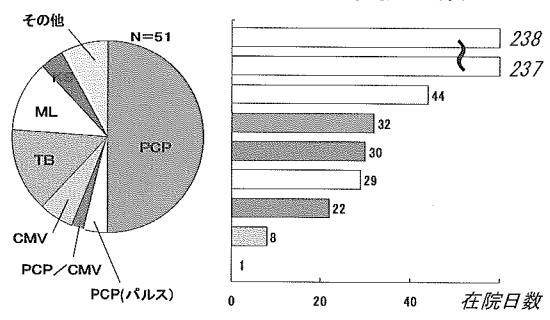
病期と複数医療機関受診歴の有無の関連(N = 72)

	受診歴無し	受診歴有り	
AC	13	9	P < 0.01 カイ2乗検定
AIDS	10	40	

転帰について外来 16/37 名がもっとも多く、転院 7/3 名、死亡 0/10 名、自己退院が 0/1 名だった。AIDS 51 名中、約半数は PCP 発症により直接入院していた。死亡した 10 名のエイズ指標疾患は、悪性リンパ腫が 4 名、PCP が 3 名、うちパルス療法実施者 2 名、その他 3 名だった(図 2)。

死亡した AIDS 患者の在院日数は、長いものから 238 日、237 日で次は 75 日であったが、200 日以上経過した理由に関しては「治療内容と病状により一時退院が計画できなかったこと」や「病状が落ち着いた時期に家族等の受け入れ問題があったこと」などが考えられた。入院日に死亡した 1 例は、重症の髄膜炎だった。

図2 AIDS疾患内訳と死亡10例の疾患名と在院日数



4) 考察

初診時直入患者は、AIDS 発症例が多く、AC と比較して CD4 陽性リンパ数も少なく、症状出現から入院に至るまでの期間や在院日数も長かった。

日和見感染症は、主に CD4 陽性リンパ球数により発症が予測される。AIDS で入院した

半数は PCP 発症であったが、パルス療法を実施したか否かで転帰が大きく異なっていたため、PCP 診断時は同時に HIV 抗体検査を実施すべきである。

また AIDS 期の患者の中には、入院に至るまでの期間に複数の医療機関を受診していたが、HIV 抗体検査を受けるに至らず、診断が遅れた症例も見られた。HIV 抗体検査受検に関するガイドラインの作成が必要である。

転帰は AC・AIDS とともに、7 割は外来通院となっていた。一方、AIDS 発症者の 2 割を占める 10 名が死亡に至り、その症例の多くは悪性リンパ腫と PCP (内 2 名はパルス療法実施後) だった。

5) 結論

悪性リンパ腫の場合は長期にわたる化学療法の治療計画を踏まえて、入院期間が長期化するため患者の体調などを考慮し、一時退院などの計画を検討する。PCP の中でもパルスがされた場合は特に、入院まもなく急変する可能性をふまえて、急変時の対応、および家族らの調整に必要な情報収集を行う必要がある。

- ・大金美和、山田由紀、石垣今日子、畑中祐子、武田謙治、池田和子、島田恵、山田里佳、嶋貴子、川戸美由紀、源河いくみ、岡慎一、木村哲、塚原優己、稲葉憲之、第 19 回日本エイズ学会学術集会、熊本、2005 年 12 月
- ・島田恵、抗 HIV 療法を行う患者の外来支援に関するプロトコールの改訂に関する検討、第 19 回日本エイズ学会学術集会、熊本、2005 年 12 月
- ・武田謙治、島田恵、池田和子、大金美和、山田由紀、畑中祐子、石垣今日子、岡慎一、木村哲、エイズ治療・研究開発センターから国内他医療機関に紹介した連携事例の背景と療養継続支援の検討、第 19 回日本エイズ学会学術集会、熊本、2005 年 12 月
- ・畑中祐子、大金美和、池田和子、山田由紀、武田謙治、島田恵、石垣今日子、岡慎一、木村哲、HIV/AIDS 患者の在宅療養支援導入後の状況、第 19 回日本エイズ学会学術集会、熊本、2005 年 12 月

知的財産権の出願・登録状況

該当なし

健康危険情報

該当なし

研究発表

- 1) 論文 なし
- 2) 学会発表
 - ・池田和子、山田由紀、武田謙治、大金美和、畑中祐子、石垣今日子、島田恵、岡慎一、木村哲、「当センター成人患者における MDOT (Modified DOT) の検討-アセスメントシートの改訂-」、第 19 回日本エイズ学会学術集会、熊本、発表 2006 年 12 月
 - ・山本法子、池田和子、中島由美、北脇亜衣、島田恵、小野瀬友子、当センターにおける初診時直接入院患者の特徴と転帰の関係-病期別に比較して-、第 19 回日本エイズ学会学術集会、熊本、2005 年 12 月

3

服薬開始および継続に関連する心理・社会的要因とその援助方法に関する研究

分担研究者：山中 京子（大阪府立大学 人間社会学部社会福祉学科）

研究協力者：鈴木 葉子（滋賀県健康福祉部 健康対策課）

児玉 憲一（広島大学大学院 教育学研究科）

山本 博之（聖カタリナ大学 社会福祉学部）

東 優子（大阪府立大学 人間社会学部 社会福祉学科）

研究要旨

服薬継続に寄与する主観的な維持因子および阻害する主観的な阻害因子を明確にし、専門職による服薬継続への支援のあり方を考察することを目的として、服薬を良好に維持している HIV 感染者を対象に面接調査を実施した。面接調査は近畿圏の拠点病院に通院する感染者 10 名に対して 2005 年 10 月から 2006 年 1 月の間に行われた。面接の結果、対象者自身の内的な維持因子として①生命維持への直結意識、②生活維持のための基盤意識、③日常生活との同一視意識、④日常生活化への自己戦略、⑤自己管理意識、が抽出された。また、周囲からもたらされる外的な維持因子では、医療者および周囲の人々からの特徴的なソーシャルサポートとして、がんばりの証人・評価役（医療者）、病気を知っていても普通に接する支援（周囲の人）、スタンバイしている支援（医療者および周囲の人）などが抽出された。また、阻害因子として、①病気を知らない人の存在・視線、②抵抗感のある薬の外観、③仕事を妨害する副作用、が抽出された。それらの結果に基づく考察より服薬継続に対する医療者からの支援として、①服薬実践の自信を強化する専門的情報の提供、②日常生活との同一視を促進する発想や自己戦略の選択肢提示、③服薬実践の肯定的評価などを提言した。

研究目的

現在、抗 HIV 薬の服薬は HIV 感染症の最も中核的な治療である。そのため、服薬を安定的に維持することは治療の重要課題といえる。服薬は臨床的判断の提示や情報提供という医療者から患者への働きかけによって開始されるが、服薬の継続は患者自身の日々の実践の積み重ねによって実現する。本研究は、この患者自身の服薬実践に焦点付け、それらを調査することを通して服薬を安定的に維持する要因を明らかにしたい。

本調査の具体的な目的を以下のように設定する。

- 服薬を継続している患者への面接調査を実施し、
- (1) 服薬継続に寄与する主観的な維持因子および服薬継続を阻害する主観的な阻害因子を明確にする
 - (2) それらの結果より、専門職による服薬継続への支援のあり方を考察し、具体的な支援方法を提示する。

研究方法

(1) 調査対象

近畿ブロックの拠点病院に外来通院中で抗 HIV 治療を受けている HIV 感染者のうち、以下①～④の条件を有する者を対象に面接調査を実施した。

- ①感染経路：性感染
- ②年齢：20歳以上60歳未満
- ③職業：常勤職に就いている者
- ④服薬を良好に維持している者
 - a 少なくとも調査時期前の6ヶ月間継続的にはVLが50コピー以下
 - b この期間に自覚的な飲み忘れが一回以下

面接対象者の選定にあたって、上記の条件を設定した理由を以下に述べる。まず、感染経路および年齢については、現在の日本において、最も感染者が増加している対象群であるためである。

また、職業については、まず日本において

感染者が多い年代層は稼働年齢にあたること、また、抗HIV薬の進歩によってますます就労と療養生活の両立が可能となり、働きながら服薬を続ける人が増えていることを考慮し、就労を維持している者を対象とした。また、就労の中でも生活時間全体の中で就労時間の占める割合が一般的に高く、服薬行為と就労場面の接点が多いと考えられる常勤職を対象とすることで、就労しながら服薬する諸条件を明らかにしようと考えた。

さらに、服薬を良好に維持している者の経験を対象とした理由は、服薬実践を患者に焦点づけて考える際、面接で飲めていない経験を中心的に聞いていくことは飲めていないことの原因を本人に焦点づけてしまい、面接において対象者を防衛的にし、自由な発言を阻害するリスクがあると考えたためである。

(2) 調査方法

面接対象者の紹介は、上記の条件を医療機関の医療者に説明し、医療者を通じてそれらの条件を有する患者に協力を打診し、了解を得られた者に対して面接を予約した。

面接の当日には、対象者に調査目的、調査の手順、個人情報などの秘密の保持方法などについて文書および口頭で説明したのち、面接内容のテープ録音と報告書などによる調査結果の公表の許諾を含めて書面で調査協力に関する承諾を得た。また、面接開始前に全員に対して基本属性、服薬経験などについて問う簡単な自記式アンケート票を配布し、その場で回収した。

各面接における面接内容の統一をはかるため、面接を実施する前に研究目的に照らして、7項目の質問で構成されたインタビューガイドを作成した。このガイドをすべての面接実施時に用い、各面接によって質問の違いや漏れがないか確認した。インタビューガイドを以下の表1に示す。

表1 インタビューガイド

1	抗HIV薬を飲むことになった時、どんな気持ちがありましたか。
2	実際に抗HIV薬を飲み始めた後、どう感じましたか。
3	抗HIV薬を飲むことについて現在どのように感じておられますか
4	抗HIV薬はあなたご自身やあなたの生活にとって、どういった存在ですか。
5	あなたにとって、抗HIV薬を続けて飲んでいくために実際に役立ったあるいは飲んでいることを支えていると思われることはどんなことですか。
6	あなたにとって、抗HIV薬を続けて飲んでいくことを妨げるあるいは実際に妨げたと思われることはどんなことですか。
7	あなたが抗HIV薬を続けて飲んでいくにあたり、周囲からのサポート（家族、パートナー、友人などインフォーマルな資源と専門職といったフォーマルな資源を含む）についてどうお考えですか。

面接は対象者が受診している医療機関内の個室で一人に対して各一回行った。面接には研究グループから1名の調査者が出向き、一対一で行った。面接時間は1時間から1時間30分程度であった。なお、面接調査の実施時期は2005年10月から2006年1月である。

(3) 分析方法

面接内容の録音テープはすべて逐語的にテープ起こしし、逐語録を作成した。逐語録作成の段階で、テープに録音されている発言中の個人名や機関名はすべて匿名化した。面接内容はグラウンデドセオリーアプローチによって分析した。すなわち、各逐語録の中で本調査の目的に関連する発言部分を抜き出し、その各部分を概念化した。さらにそれらの各概念と概念の関係性を検討した。なお、録音テープは鍵のかかる場所に保管し、最終分析終了後の処分を予定している。

研究結果

基本属性などに関する自記式アンケート調査に回答し、録音および結果公表の許諾が得られた面接者の数は10名であった。そこで、この10名を対象として結果を報告する。

(1) 面接対象者の基本属性

表2に基本属性を示す。性別では、男性が9名と多く、女性は1名のみであった。年齢では、30歳代が5名と最も多く、次いで40歳代の3名が続いた。独居の者は5名であり、家族、配偶者、パートナーなどと同居している者は5名であった。周囲への病名告知の状況は、8名が家族、配偶者、パートナー、友人、他のPWAなどに告知しており、内2名はさらに職場

の上司や同僚にも告知していた。誰にも告知していない者は2名であった。

表2 対象者の基本属性 (N=10)

性別	男性	9人
	女性	1
年齢	20歳代	1
	30歳代	5
	40歳代	3
	50歳代	1
居住形態	独居	5
	同居	5
周囲への告知の有無	告知あり	8
	告知なし	2

(2) 面接対象者の受診および服薬状況

表3に受診および服薬状況を示す。初診から調査時までの受診期間は、最長5年10ヶ月、

表3 対象者の受診状況および服薬状況 (N=10)

初診から現在までの受診期間	5年以上6年未満	2人
	4年以上5年未満	2
	3年以上4年未満	3
	2人以上3年未満	3
初めての服薬開始から現在までの服薬期間	5年以上6年未満	2
	4年以上5年未満	2
	3年以上4年未満	1
	2年以上3年未満	3
	1年以上2年未満	2
現在処方服薬期間	5年以上6年未満	1
	4年以上5年未満	1
	3年以上4年未満	0
	2年以上3年未満	3
	1年以上2年未満	3
	1年未満	3
現在処方の組み合わせ	コンビビル ストックリン	3
	コンビビル ピラセプト	1
	コンビビル ザイアジェン	1
	ピリヤード エピビル ストックリン	2
	ピリヤード エピビル レイアタツ ノーピア	2
	レイアタツ ノーピア エブジコム ストックリン	1

最短2年であった。感染告知と初診の経緯では、日和見感染症を含む何らかの症状があったために受診し、入院の上、感染が判明した者が7名、症状はないが感染不安から保健所などで検査を受けて、感染が判明し、受診した者が3名であった。初めての服薬開始から現在までの服薬期間では、最長5年10ヶ月、最短1年4ヶ月であった。また、現在処方服薬期間では、最長5年10ヶ月、最短7ヶ月であ

った。6名が副作用あるいは服薬回数の減少を目的に一回以上の薬剤変更を経験していたが、4名には変更の経験はなかった。現在処方服薬期間は表3の様であった。過去12ヶ月以上にわたって、VLが50コピー以下で推移している者は7名であり、過去7ヶ月以上12ヶ月未満にわたって、VLが50コピー以下で推移している者は3名であった。

(3) 面接内容

面接内容の分析結果を主観的な維持因子および阻害因子に大別して報告する。なお、これ以降の記述では発言の報告書への引用の許諾が得られた対象者9名について報告する。発言を引用する際、対象者の番号と逐語録における発言番号を示した。たとえば、3-22は、対象者3の22番目の発言の意味である。

A 主観的な維持因子

維持因子は、患者個人に由来する内的因子と周囲からもたらされる外的因子に分類された。

【内的因子】

HIV感染者本人の内面に存在している様々な維持因子として、以下の5つの因子を抽出した。

① 生命維持への直結意識

対象者は、服薬を自分の生命維持と直結して捉え、生命維持のために服薬すると明確に意識していた。生命維持のためという意識は、当然のことながら生命を維持していくことへの肯定的な気持ち、換言すれば、生きることへの意欲を内包しており、その意欲と服薬維持の関連が深いことを示唆させた。

1-126「以前はやはり病気を治すものっていう、もうそれしか頭になかったんですが。今飲んでる薬は病気はなおらないので、生命維持ですよ。抑えているってことによって生命を維持している、延命効果ですよ。」

1-128「薬がなかったら、病気が発病して死にますね。それだけのことです。つまり飲んでおけば病気を抑えることができ、その

分少しでも長く生きることができるとい
うことです。」

2-102「なんだろう。根本っていうか。きれい
事でもなんでもなくて、多分薬を飲むのは、
生命維持のためには必要なもの、ですよ。」

4-68「いや、やっぱり命に不可欠ですよ。生
きていくために。(中略) やっぱりそれ(服
薬)は守らないとねえ。自分が死んでしま
うことになる。それだけは、肝に銘じてます
んで。やっぱり。薬を飲むっていうことは、
命、自分の命をちゃんと維持することだとい
う」

6-17「HIVは、薬を飲むことが命につなが
っていますからね。」

対象者は全員現在のところHIV感染症
由来の症状もなく外来治療を続けている。
しかし、そのうち7名には、過去に
カリニ肺炎、リンパ腫などの日和見感染
症や帯状疱疹などによる入院経験があ
った。つまり、「自分の健康や生命の脆
弱性」に直面した経験があると言える。
その経験が生きる意欲の意識化や強化
につながり、この「生命維持の直結意
識」の形成に寄与したとも推察できる。
しかし、それらの経験のない者にもこの
直結意識がみられ生命維持への直結意
識形成と過去の病状悪化および入院経
験の関係を決定づけるにはさらなる検
討が必要だと思われる。

② 生活維持のための基盤意識

対象者は、上述したような生命の維持
だけでなく服薬は自分の現在の生活を
支える基盤でもあると認識していた。こ
こでの生活とは、仕事、趣味、遊び、楽
しみ、周囲の人との関係などの多様な
面を含んでいる。現在行っているこれら
の事柄を今後も継続して、安定的に行
っていくために、服薬は欠かせないもの
であると捉えられていた。現在の生活を
維持したいという気持ちの前提として、
現在の生活への肯定感やある種の満足
感があることが考えられる。また、発
言の中には、今後の生活への意欲や希
望も垣間

見える。言い換えれば、自分の生活へ
の肯定や希望があるからこそその生活
を維持しようとの意志が生じ、維持の
手段としての服薬を自分の中に確実に
取り入れるようになると考えられる。

1-39「スポーツするため、生活するため、遊
ぶため、すべてひっくるめて、あの生
きるためですよ。」

1-180「副作用があった時にね。あ、もう嫌
だなんて思ったときに、それを乗り越
えるためには自分のやりたいことを
やるためなんだから。これぐらいは、
どうってことないですよ。」

2-108「生活を支えてく、サポートする、
なにか一つの要素である感じはして
いて、これを飲むからまあ、あの、
仕事も気持ちよくいけて、食事もお
いしく食べれて、結果お給料ももら
えるとかっていうぐらいの、なにか
多分、うん、要素の一つになっている
んじゃないですかね。」

3-83「仕事がしたいから、そのためには、
今の状態で健康である必要があるの
で。そのために飲んでる。」

6-13「人に出会って、人が好きなん
ですよ。それで、その人たちに支え
てもらっているから、それをまたお
返ししたいというか、そんなこと
をして生きていくのがいいんです。
何かをやりとげるといってではなく
て、こんな普通の生活をしていき
たいから薬を飲むってことですか
ね。」

10-129「まあ、普通の世間の人と
同じようにまあ働いて、そういう
いろんなまた楽しみ、旅行とか
また楽しんでとか、そういう生活、
まあ、するっていうことかなあ
と思いますけど。そのために欠か
せないものですね。」

③ 日常生活との同一視意識

多くの対象者は、自分が毎日行
っている何らかの日常的な行為、
たとえば、食事、睡眠、おやつ、
コンタクトレンズの装着などと
服薬とを同一視し、服薬が日常
生活の一部化していると語っている。
服薬は対象者にとってすでに非日常
的