で特別な「医療行為」ではなく、日常的な行為と捉えられていた。

1-5「パートナーの者が、家にかえってこの内容（服薬開始すること）を伝えたときに、あのわたしコンタクトレンズなんですね。で、毎晩夜、コンタクトレンズを外す作業があるでしょ、それと同じじゃないかって言ってくれて。それはそうだと思って。」

1-6「確かにコンタクトレンズを外す行為は毎日やっているので、あの、それと同じことだから、日常業務の中のルーチンワークになるんだってことで。」

4-55「まあ、食事と一緒ですね。」

4-56「時間がくれば食べるのと一緒で、はい、生活の中に入ってしまっていますね。そうですね。もう習慣、普通の。」

4-63「食べなくても寝なくても人間は死んでしまうわけですから、それぐらい大事な、まあ、食べる事も大事だけどおんなじぐらい。」

6-8「生活習慣ですね。もう。食事とかと同じ。１０時のおやつって感じです」

7-120「薬の存在は、食事ですね。変わった答えかもしれませんけど、食事と同じものっていう認識があるんで」

7-127「これデザートじゃないですけど、これを飲む、食べる。ある意味、食べるっていうふうな考え方で。」

10-112「日常生活の一部。日常のなんか流れっていうか」

多くの対象者が、HIV薬を飲むまで、継続的に他の薬を飲んだ事がない、あるいは飲もうと努力したがうまく行かず、途中で飲まなくなったと述べている。つまり、対象者にとって、服薬という行為はHIV薬を開始するまであくまでも非日常的な行為であった。それが、現在では日常的な行為の一部となっている。このような認知の変化は、自然に起こったわけではなく、「服薬は非日常的な治療行為」という認知から日常的な行為という認知に変更するためには、何らかの発想や考え方と出会う契機があり、それらの発想や考え方を自分の内面に定着させる過程を通して、この認知を獲得していったと思われる。たとえば、対象者１は、パートナーから毎日しているコンタクトレンズと同じという考えを提示され、同じようにルーチンワーク化できるのではないかと考えだしている。また、対象者７は、薬を飲むではなく、昼食の一品を増やすという認識に変えてから服薬への抵抗を感じなくなったと語っている。

⑤　日常生活化への自己戦略

対象者は、服薬という行為を自分の生活の中に定着させるために、自らいろいろな工夫を発想し、それを実行するための具体的な手段を入手し、それらの工夫を試行する努力を重ねていた。

4-43「携帯で、呼び出しというか、アラームしてるんで、はい。」

4-49「（職場では）ピルケースを机の上において、で電話もまあこう置いてて、仕事しながら携帯が鳴ったらその場でぱっとのみますんで。」

5-53「薬ケースを買って、で、何日か分をこう、入れて持ち歩いてる、それを普段いつもかばんにいれて。会社にも一日分くらいは、小さく分けて引き出しに入れといて。」

6-6「手帳につけてました。飲んだら×をつけるので、一時期は手帳が×だらけでしたよ。」

6-11「一回づつ袋に入れてもらって、その袋全部に日付をつけてさらに午前と午後に印を変えて、（薬を）もらってきたら2ヶ月分すべてに日付を書いてました。」

10-55「携帯電話を30分ごとに設定しているんです。8時30分から30分毎に鳴るように。」

10-88「容器は自分で探しにいったですよ。この容器を探すのにちょっとね。あっちこっち行って。」

⑥　自己管理意識

対象者の多くには、服薬行為はだれかに管理されるものあるいはだれかに直接的に援助してもらって行うものとい

う意識はなく、むしろ自分自身が管理するものであるという明確な意識があった。その意識の下に、服薬を実践していた。

1-187「だけどやっぱり最終的には自分ですから、自分との闘いなので、自分で克服していく事ですから。」

2-83「今のところ一人、ある程度のことは一人でその服薬に関してはこなせているような感じです。」

4-97「(周囲からのサポートは) まあ、特にないですね。やっぱり自分、自分だけですかね。そんなに、飲み続けることに対してのサポートっていうものはないですね。」

6-18「(HIV感染症は) 外側から気づかないでしょう。それにこんな感じに元気そうだし。だから周りの人じゃなくて自分でしっかりしなくちゃならないんですね。自分の中でしっかりしないとね。」

7-136「薬はいつも僕のかばんの中、ポケットの中ですよね。だからわざわざ周りの人がその時間を、こう気にしてどうこうっていうことないんで、あくまで自己管理。」

10-68「それはもう、自分で飲んでいるんで。自己管理です。」

発言の中には、「一人でこなせる」というように、服薬を実践する自信と解釈されうる直接的表現もみられた。

自己管理意識について語っている上記6名の対象者の中では、5名には病気を告知しているパートナー、家族、友人などがおり、時には周囲の人が飲み忘れていないか確認してくれる事はあると述べている。しかしそれらの支援に言及しつつも、それらはあくまで単発的なものであり、日常的には自己管理であると強調していた。

【外的因子】

HIV感染者の服薬に肯定的な影響を与える外部からの因子として抽出されたものは、すべてソーシャルサポートに関する因子であった。以下サポート資源の対象によって、「医療者」と「周囲の人々」に分け、報告する。

医療者

① 信頼できる専門的情報リソース

医療者は確実で信頼おける専門的知識・経験を対象者に提供してくれる存在であり、提供された知識や経験は対象者が服薬を実践する際に、不安感を低減し、服薬していく自信の形成を促進していた。

1-47「なんて言うんですか、頼れる存在である。で。かつ専門家であると、そういう背景が無条件に安心できるということがあります。」

3-165「薬のこととかは詳しいので、一番やっぱりそういうところで薬のことを聞いたり新しい薬の情報聞いたりっていう中で、ちょっと気になるところがあったら、やっぱりその、それをぱって聞いたら答えてくれるので、そういうのはちょっと他の所では聞けないじゃないですか。病院に言って聞けば確実性があるので。」

4-27「説明も、もう入院の時からですし、ずっとかなり説明という意味ではしてもらったので、そういう意味での不安はなかったですよね。」

10-149「副作用でこういうのがありますって言うの教えてもらって、(副作用が) あったときに、順応、こういうものって自分で納得する、この薬はこれなんやていう、そういう準備、心の準備にはなると思うんですけど、何か変なことがおこっているなって自分で悩まんでも」

② がんばりの証人・評価役

対象者は、医療者が服薬のために自分が日々努力を重ねていることを知っており、それらの努力を評価してくれる存在であると認識していた。この医療者による努力の評価は今後も服薬し続けていこうという対象者の意欲を高める効果を持っていた。

2-136「それがこの病院にきたら、『よくがんば

ったね。ほんとがんばってきたんだ』っていうような、何か、いい大人が情けないですけど、でも、ほめてもらうっていう、労ってもらうっていうのはものすごくありがたかったですね。」

3-170「(病院にくるのは) ここにきて、先生に(自分の服薬について) 確認してもらうっていう作業ですよね。それでイコール次に『よし』ってつながっている。それを確認してくれる人がいなかったら、一人でがんばるっていうのはきついと思うから。」

3-177「(薬を飲むことを) そういうのをちゃんと見てくれる人がいるっていうのが、で、みてくれている人と一緒に共有できるっていうところがすごくいい。」

③ スタンバイしている支援

対象者は医療者から日々の服薬実践について直接的な支援を受けていると認識しているわけではなかった。しかし、もし必要になったらあるいは何か緊急な事が起こった時には、すぐに対処するからというメッセージを医療者から受け取っており、そのような事態が生じた時には支援が得られることを確信していた。またその確信が一人で服薬実践する際の安心感を醸成していた。

2-55「つまづきそうになったときには、いつでも来なさい、いつでも電話しなさいっていうことを言ってくださるんです、で、別にかけたこともないんですけど、でもその一言をもらえるっていうのは、ものすごく僕にとってはありがたいですよね。」

7-137「万が一何かあったときに、すぐにやっぱり動いてくれる方々は、常時やっぱり周りにいます。会社にいて、家にいて、病院にいて、パートナーがいて。」

7-137「固めているっていう言い方は変ですけど、必ずこう、何かあったらこの人、ここでなにかあったらこの人っていう、その場その場でスタッフが。」

周囲の人々

① 病気を知っていても普通に接する支援

対象者は周囲の人に対して、服薬を実践する際に何らかの具体的な支援を期待するというより、服薬している事実は知りつつも、そのことに直接触れず、いままでと同じような関わり方を維持していることが支援になっていると述べている。特別な対応や扱いをしないこと、つまりいままでと同じ対応や扱いを保ち続けることが支援として認識されている。

3-154「(職場の上司は) ほんとに普通に接してくれてるので、それが一番僕にとってもありがたいです。」

3-149「だからむしろ周りの人から(「薬飲み忘れてない?」なんて) そういうことを言われると、逆に僕はつらいかなあと思うので、だから逆に何にもサポートしてくれてない事が、僕にとっては大きなサポートになっているかなと。」

8-113「何にか遊びに行ってても、逆にほっといてくれる?っていうか、こっちが、こそこそして、薬飲んでも見て見ぬ振りじゃないけども、あえてほっといてくれるのが、ありがたかったり。」

② スタンバイしている支援

たとえば飲み忘れていないかどうか声をかけるなど日々の服薬実践を直接的に支援することを期待するのではなく、もし必要になったらあるいは何か緊急な事が起こった時には、すぐに対処してくれる体制にある状態を支援と考えていた。この支援は医療者から受けていると認識している支援と共通していた。

3-157「向こうが受け止めてくれる状況にはあるんですね。だから立場として。何か僕の体調がおかしくなったらすぐに伝えてくれたらっていう、そういう意味でのサポートっていうのは、表には普段は出ないじゃないですか。」

3-158「普通に会社にいてても、調子が悪くなったときには、医務室があるとかっていうのと同じで、そういう感じで、なにかあった時

にはすぐに連絡するっていうの、そういう体制は整っているので、それだけで十分なので。」

7-137「やっぱり自分がそういう体であるっていう認識は、持ってもらってるんで、万が一何かあった時にすぐにやっぱり動いてくれる方々は、常時やっぱり周りにいます。会社にいて、家族がいて、病院がいて、今おつきあいしているパートナー。何かあった時に、すぐに飛んできてもらう体制は整ってます。」

B 主観的な阻害因子

【外的因子】

① 自分の病気を知らない人の存在・視線

対象者の中で、8名は自分の周囲のだれかに自分の病名を告知していた。しかし、友人や職場の同僚・上司の全員に病名を知らせている訳ではない。病名を知らせていない人の前で薬を飲むことに抵抗を感じるため、なんとか隠れて飲もうとトイレで飲むなどの苦労をする、あるいはその場では飲むことを避けて後ほどと思っていたが結局飲み忘れるといった服薬行為の困難化や阻害につながっていた。

1-134「目の前に人がいるとき。これが一番邪魔ですね。で、ある程度時間が決まってますよね、飲む時間が。その時間に仕事が入っていたり、どうしても席を外せないとき、これも邪魔ですね。自分にとって薬を飲むことは命にかかわることなので、絶対に飲まないといけないのに、仕事があったり人がいたり」

1-136「慰安旅行とか。そういう人のいるとき飲めないですね。そういう気持ちで飲んでますから、隠さなきゃっていう意識で飲んでますので、堂々と飲めない。それは、なぜかと聞かれたときに説明をようしない。（中略）抵抗はもうそうですね、周りに人がいる、これが」

3-101「知らない人ですよね。（中略）知らない人が多いとこで薬を、ご飯を食べてるときに薬を飲むときとかに、あの、ちょっと忘れそうになりますね、そういうとき。でも、あの、見られないように飲みたいとか思うので、隠して隠してって感じでやってて、で、トイレにいこう、とか、いつかトイレに行ってから飲もうとか考えてたりするときに、ちょっと忘れそうになったりすることはありますけど、」

8-52「うーん、妨げは、やっぱし飲んでんのを、見られたくないっていうか。」

8-53「人がいっぱいおったり、自分の病気のこと言ってない友達がおったりしたら、やっぱり飲みづらい。やっぱり隠れて飲むように、トイレ行ったりして。」

10-62「「終わってから帰る途中とか、そういうとき飲みますけど。仕事中は飲んだことないです。」

病名を知らない人の前で服薬することへの抵抗感の源となっているものは、服薬の理由や内容つまり自分の病名や病状について聞かれるのではないかとの不安感であり、選択的な病名告知を行っている自分の方針と病名を知りたいと思う周囲とのコンフリクト（直面化）を予想し、それを回避したいという気持ちだと考えられる。

しかし、一方では、病名を知らない人の前でも実際に服薬し、また、そうしても周囲から服薬のことを聞かれない経験を持っている者もおり、自分の病気を知らない人の存在・視線が服薬の阻害に結びついていない例もみられた。この差がどこから生じているのか分析できるデータは今回の面接内容から見つけることはできなかった。

5-41「（人前で飲む抵抗感）はないですね。薬見てたからってわかる人がいるとは思えないし、ビタミン剤ぐらい飲んでる・・・聞いてこられるわけでもないので・・・」

7-79「今もう片手にすべてとって、そのまま一回で口に持っていけるんで、周りも何に

も思わないですね。で、まあ、近年サプリメントがはやってるんで。その、まあ何か飲んでるんだなっていうレベルで、周りもそんなつっこまないです。」

② 抵抗感のある薬の外観

薬剤の形や大きさは、飲み込めるのかという不安を喚起して、服薬していく自信を揺るがせたり、あるいは薬は口から体内に取り入れることから、身体感覚に基づく違和感や抵抗感を強めていた。また、目立つ色が周囲の人に自分の服薬をなんだろうといぶかしく思われる原因になるのではと心配する人もいた。薬の外観は服薬への躊躇感や負担感に影響していた。

5-20「驚いたですね。薬自体の状態っていうのがすごく、大きかったんで、今では飲めるんですけど、飲めるかなと思うくらいの大きさなんですけど。」

7-19「まあごくごく一般に出てる錠剤はほんとに小さな口に運びやすい色で、まあ形状も小さくて、何も飲むものに抵抗がないのであれば、まだ飲めるんですけど、大きさは大きいし、色はすごい色してるし、っていうことであれば、もう見た目から拒絶反応示します。」

10-138「何でああいう色なんですかね。何か飲んでいても、もし人が見た時に、変な薬飲んでいるなって、思われるあれもあると思うんですけど。」

10-143「目立つ色ですよね。それに色もそうですし、大きさもおっきいやつがありますよね。なんかねえ。」

③ 仕事を妨害する副作用

下痢、腹痛、めまいという症状は、就労している対象者にとって、仕事の遂行それ自体、また遂行はできてもその集中度や能率といった仕事の質を低下させる要因として作用し、それらの症状は仕事をしながら服薬を継続する際の障害と認識されていた。

1-69「自営業ですから、深夜の12時、1時にも書類作成をしないといけないこともあるんです。ところがその時間にもくるんですね。副作用が。で、ぼーとしてキーボードを打ち間違える。」

4-48「前の薬はぼーっとする、あの副作用だったんで、仕事中、家で飲むと大丈夫なんですけど、やっぱり外で飲むと後で、ふらふらするんですね。その辺もあって、飲む時間を変えました。」

7-30「仕事を始めたんですけど、副作用（下痢と腹痛）があるんで、結局、ねえ、それこそトイレ欠かせないんで、外回り営業だったんで」

7-32「もう自分が回るルートのどこにトイレがあってっていうのは、もうそれは把握しとかないと、それこそ腹痛がきたら、しばらくそこを動けないぐらいだったんで。それが結構つらかったですね。だから最初の頃の投薬は、拒絶反応でしかなかったです。」

考察

継続的な服薬実践を維持する因子として、5つの内的因子が抽出された。その5つの関係性について個々で若干検討したい。「生命維持への直結意識」と「生活維持のための基盤意識」は対象者によって明確に語られているが、これらの意識は日々の実践の具体的場面で、一回一回思い出し、確認されているものではなく、日頃そうした意識は「忘れ去られている」ことが伺われた。ただし、服薬継続を最も根底で支える基盤的な因子となっていると考えられる。一方、日々の服薬実践に最も活発に作用している因子は、「日常生活との同一視意識」、「日常生活化への自己戦略」、「自己管理意識」であろう。「日常生活との同一視意識」は服薬の非日常性を日常性に変換させ、そのことによって服薬の負担感や困難感を認知の観点から軽減させる。また、「日常生活化への自己戦略」によって、服薬行為を実際の日常生活に取り込むことが可能となっていた。また、服薬実践では、自己が大きくクローズアップされており、服薬を実践するのは自分であるという強い自覚があった。医療者

と周囲の人々を含めた他者からの支援は、服薬実践に直接的に作用する部分ではなく、いわば服薬を実践する自己を強化する部分で最も評価されていると言えるだろう。

これらの考察から導きだされる専門職による服薬継続への支援のあり方とは以下のような点に集約されると考える。

(1) 服薬実践の自信を強化するために専門的な情報を提供する。
(2) 自分の生命や生活と服薬を結びつける意識が不明瞭な場合、その二つの関係を自己の中で振り返る過程を促す。
(3) 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を提示する。
(4) 服薬実践努力を認め、肯定的に評価する。
(5) いつでも必要があれば直接的支援を提供する準備があることを積極的に伝える。

本調査では、阻害因子と比較すると多種多様な維持因子が抽出され、それらの維持因子間の関係も若干検討することができた。しかし、その一方で抽出された阻害因子は少数にとどまった。これは本調査の対象者が現在服薬を良好に維持している群であるため、阻害因子が意識化されにくく、面接の中で発言されにくかったからとも考えられる。今後はさらに阻害因子に関するデータを蓄積する必要があると考える。その上で、維持因子と阻害因子の関係を明らかにすることで服薬実践の詳細な分析が可能になると思われる。

結論

服薬を良好に維持しているHIV感染者に対して実施した面接の結果、服薬継続の維持因子として、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、という感染者の内的因子が抽出された。また、外的因子としては、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が抽出された。維持因子の構造は、内的因子のうち、生命や生活の維持に関する意識が服薬を根底でささえる基盤意識であると思われたが、日々の実践では、自己に関する因子が最も前面に出て作用しており、自己のクローズアップによって服薬が実践されていることが伺えた。また、医療者および周囲の人々からの支援は、この自己を支え、強化する方向で機能していた。

一方阻害因子として、①自分の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仕事を阻害する副作用、が抽出された。

これらの結果から専門職による服薬継続の支援のあり方として、服薬実践の自信強化のための情報提供、服薬の日常生活化を促進する発想や戦略の提示、服薬実践努力の肯定的評価などを提言した。

健康危険情報

該当なし

研究発表

なし

知的財産権の出願・登録状況

該当なし

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

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）
研究協力者：小川　朝生（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 精神神経科医師）
西野　　悟（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 精神神経科医師）
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 専任看護師）
仲倉　高広（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 臨床心理士）
安尾　利彦（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 臨床心理士）
尾谷　ゆか（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 臨床心理士）

研究要旨

抗 HIV 療法を行っている患者の感染経路、病期、告知、重傷度、使用中の薬物、患者を取り巻く社会的要因などと、心理状態との関係を調べ、抗 HIV 療法に伴う心理的負担の要因を調査した。さらに、HAART 未導入の HIV 感染者に対しても同様の調査を行い、HIV 感染者を取り巻くさまざまな要因と心理面との関係を調べた。その結果、社会的な適応度や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。一方同居家族の有無や性的パートナーの有無、学歴、物質依存と不安の程度は有意差がなかった。抑うつの程度も不安の程度と同じ傾向を示した。さらに抑うつの程度は、不安を示すスコアでは見られなった認知障害と軽度の相関を示した。不安の程度、抑うつの程度とも感染年数、告知後年数、CD4 数、HIV RNA 量、病期などの病勢との関係は明らかでなかった。それに対して認知障害の程度は過去最低の CD4 数、告知後年数、病期などの病勢との関係を認めた。過去の怠薬は、HIV 感染のことを誰かに知ってもらっている人が有意に少なく、精神科受診歴のある人が有意に多く、怠薬の頻度は感染年数、CD4 の減少と相関を示した。また怠薬と不安、抑うつの程度との関係は明らかでなかった。

研究目的

HIV 感染に伴って、患者はさまざまな精神的影響を受けるものと考えられる。精神面に対する影響因子として①HIV 感染という事実を知らされ、治療、予後などを考えなければならないことによる心的反応、②抗 HIV 薬の精神面に対する副作用、③HIV 脳症、免疫低下に伴う合併症など、疾病による脳への器質的な影響、④患者の性格要因、⑤患者を取り巻くさまざまな社会的要因、などが考えられる。

本研究では、HAART 実施中の患者に対して感染経路、病期、告知、重傷度、使用中の薬物、患者を取り巻く社会的要因などと、不安の程度、抑うつの程度、知的障害の程度の関係を調べ、HIV 感染および抗 HIV 療法に伴う心理的負担の原因因子を明らかにすることを目的とする。また、怠薬歴のある患者と怠薬歴のない患者を比較し、怠薬の原因になる社会的要因、心理的要因、病態の違いを調べる。さらに、HAART 未導入の HIV 感染者に対しても同様の調査を行い、HIV 感染者全体を取り巻く社会的要因、病態要因と心理面との関係も明らかにしたい。

研究方法

【対象】　独立行政法人国立病院機構大阪医療センター免疫感染症科通院中の HIV 感染者で、一定期間に外来受診した全員に研究目的を説明し、アンケート調査の実施協力を依頼した。その結果、同意を得られた患者を対象とした。その内訳は、抗 HIV 療法を受けている患者 105 名（男性 102 名、女性 3 名）、抗 HIV 療法未導入の HIV 感染者 72 名（男性 71 名、女性 1 名）、年齢 39.5±11.1 歳(mean±SD)である。

【方法】患者を取り巻く社会的状況や服薬状況などを調べる目的で以下の点についてアンケート調査を実施した。

・仕事の有無
・職場に対してHIV感染の告知の有無
・病院に定期的に受診することへの職場の理解の有無
・同居家族の有無
・法的な配偶者の有無
・同居中の性的パートナーの有無
・HIV 感染を本人以外に知っている人の有無とその人との関係
・医療関係者以外でHIV感染を相談できる人の有無とその人との関係
・学歴
・自分の感じる経済状況
・定期的に服薬をしないといけないと思う要因
・過去の怠薬の有無とその割合
・現在の怠薬の有無とその割合
・怠薬の理由
・定期的な服薬を妨げていると思う要因
・厭世気分の程度と自殺未遂歴
・アルコール摂取量(摂取頻度、一日平均摂取量とその期間)
・アルコール以外の物質依存歴の有無とその種類
・過去、現在に精神科受診の有無

アンケート以外に患者の病態など以下の点を調査した。

・感染経路
・感染時期と感染期間
・病期
・告知後期間
・直近の CD4 リンパ球数、HIV RNA と過去における最低の CD4 リンパ球数
・現在使用中の抗HIV薬の種類、副作用の有無

対象者の心理状態を評価する目的で、検査協力者全員に対して以下の心理検査を実施した。

・不安の尺度としてSTAI (State-Trait Anxiety Inventory-Form JYZ)
・抑うつの尺度としてSDS
・認知能力の尺度としてJHDS (HDS日本語版)

得られた結果から対象者の社会的状況や病態、治療状況と心理状態、怠薬の有無などの相互関係を調べ、定期的な服薬の障害になる要因を明らかにするとともに、感染患者の心理的負担の軽減に必要な取り組みを検討した。

（倫理面への配慮）

本調査は当院倫理委員会の承認の後、対象者に研究目的や調査内容を説明し、本人のよる署名同意のもとに実施した。

研究結果

1）アンケート結果（表1）

・仕事の有無：回答の得られた176名中仕事を持っている人は139名で、仕事を持っている人が多かった。
・職場にHIV感染のことを知ってもらっていることの有無:回答の得られた142名中110名が職場の誰にも告知していなかった。
・定期的に受診することへの職場の理解の有無：133名中88名が職場に理解があると感じており、病気のことは言えなくても通院に対して職場に理解してもらえていると感じている人が多かった。
・同居家族の有無：約半数が家族と生活していなかった。
・法的配偶者の有無：175名中151名は法的配偶者を持っていなかった。
・同居中の性的パートナーの有無：173名中13名が異性、17名が同性の性的パートナーと同居していたが、同居中の性的パートナーを持たない人が143人と多かった。
・医療関係者以外にHIV感染のことを知っている人の有無。その人との関係：176人中150人が他人に知らせており26人が誰にも知らせていなかった。知らせた相手は友人が94人と最も多く、両親（49人）、同性の性的パートナー(46人)がそれに続いた(図1)。

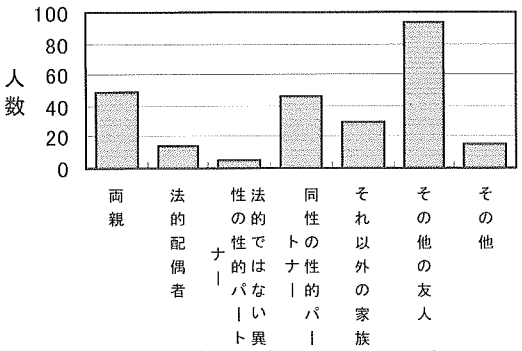

図1.HIV感染を告知している対象
（HIV感染を他人に告知している148人中。複数回答あり）

・医療関係者以外にHIV感染を気軽に相談できる人の有無。その人は対象者のHIV感染の事実を知っているか。その人との関係：気軽に相談できる人を持たない人が174人中96人と過半数であった。その対象はHIVを告知している対象と同様、友人がもっとも多く（相談相手を持つ78人中56人）、同性の性的パートナーが30人で次に多かった。HIV感染の告知対象として二番目に多かった両親は、気軽に相談できる対象としては10人と少なかった（図2）。

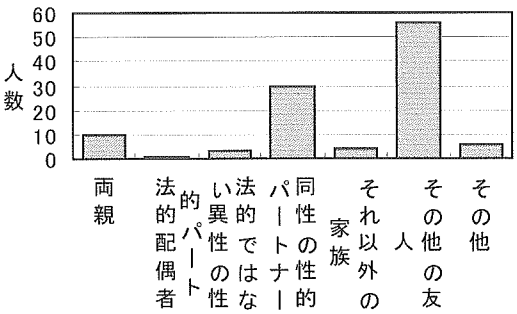

図2.HIV感染のことを理解してもらえていると感じる人（理解してもらえていると答えた76人。複数回答あり）

・学歴：大学卒が177人中76人で最も多く高校卒（43人）、専門学校卒（34人）がそれに続いた（図3）。

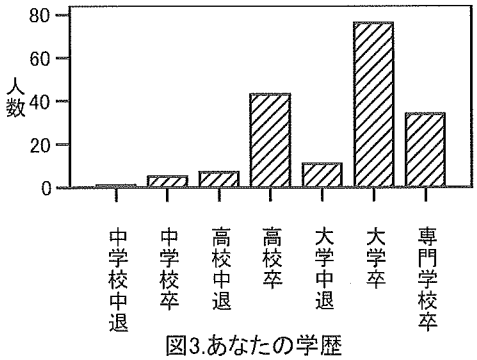

図3.あなたの学歴

・本人の感じる社会的困窮の有無：174人中115人の人が困っていないと回答した。

・服薬中の患者に対して、定期的に服薬しないといけないと思う要因（複数回答可）。薬物療法について知っている知識（知っている事項をチェック）：服薬しないといけないと思う要因としては、回答のあった102人中ほとんどの人が「悪くなりたくないと思うから」を挙げており（99人）、他の要因はおおむね30人前後であった。「薬の効果を実感できる」は24人であり、悪くなりたくないために服薬するが、服薬の促進因子になるような薬の効果を実感している人は少なかった。他人の存在や気持ちが自分の服薬の促進因子になっていると思われる項目は、「医療者との信頼関係にこたえたい」が24人、「自分を支えてくれるサポーターがいるから」が23人、「周りの人が自分が生きていて欲しいと願っていると実感できるから」が32人であった。知識に関しては、用意した質問項目のうち「薬剤耐性ウイルスを出現させないためにはおおよそ95%以上の定期的な服薬が必要である」ということを知っている人が105人中52人であったが、他の項目は全て80人以上が知っており、知識数も全9項目すべてを知っていた人が45人と最も多く、8項目を知っていた人が25人であり、知識に関しては、比較的良好な結果を示した（図4、5、6）。

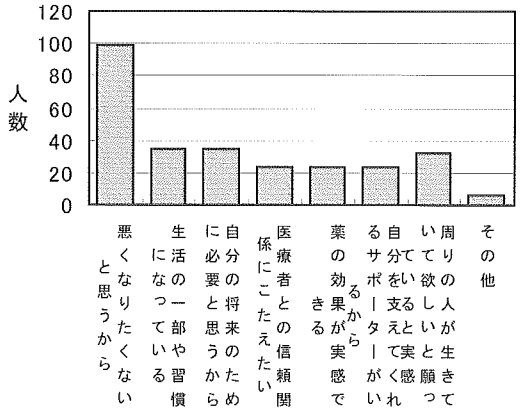

図4.定期的に服薬しないといけないと思う要因（服薬105人中回答のあった102人、複数回答可）

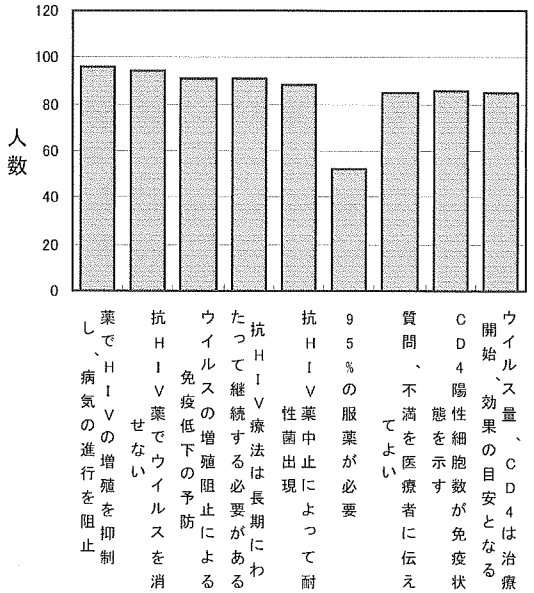

図5.薬中患者の薬物療法ついて知っている知識（服薬中の105人）

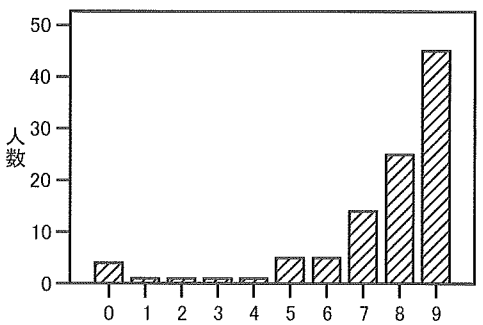

図6.薬物療法について知識数

・過去（1ヶ月以上前）、現在（最近1ヶ月）の怠薬の有無とその理由、怠薬割合。怠薬者が感じる定期的な服薬を妨げていると思われる要因：過去に怠薬歴のある人が102人中22人、現在怠薬のある人が14人であった。怠薬理由としては過去、現在ともに「理由なくうっかり忘れた」が最も多く、「後で飲もうと思って結果的に忘れた」がそれに続いた。全般に、はっきり理由があって飲まなかったという人は少なく、「飲み忘れ」が多かった。怠薬割合は、回答のあった102人のなかで過去に5%以上の怠薬があった人が4人、現在で2人と5%以上の怠薬者は少数であった。怠薬者が感じる定期的な服薬を妨げていると思われる要因（回答のあった14人、複数回答可）は意見が分かれた。「薬を飲む時に病気であることを意識させられる」が6人で最も多く、「副作用を自覚」「人目が気になる」が5人、薬の服用によって生活のリズムが狂う」「生活のリズムが服薬に合わせられない」など、生活リズムと定期服薬の整合性の困難さを挙げた人がそれぞれ4人いた（図7～11）。

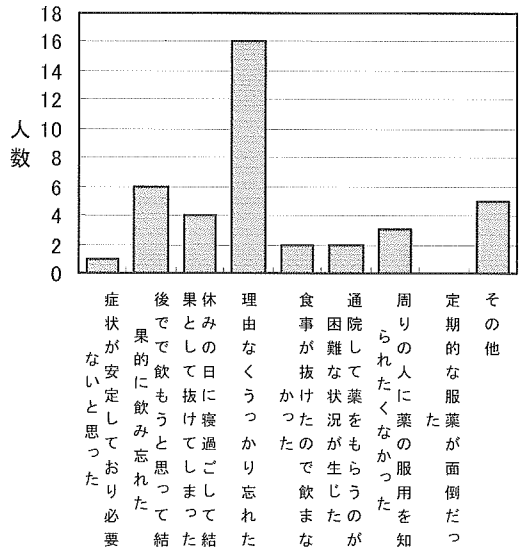

図7.過去（1か月以上前）に自己判断で薬を飲まなかったことがある人（22人）の理由

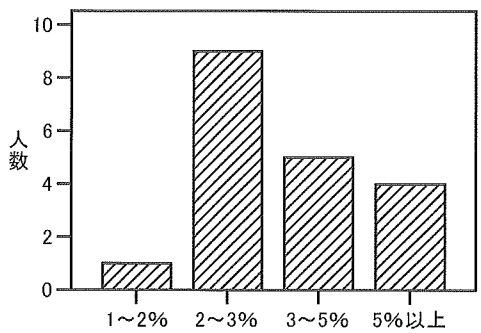

図8. 過去（1ヶ月以上前）に怠薬のある人の怠薬割合

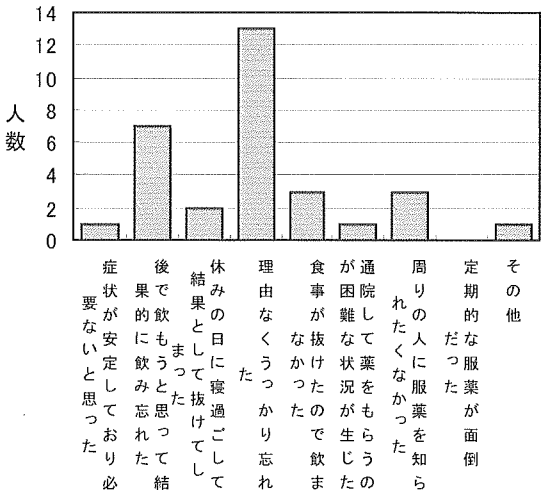

図9.現在(この1か月)で薬を飲まなかった人(14人)の中断理由

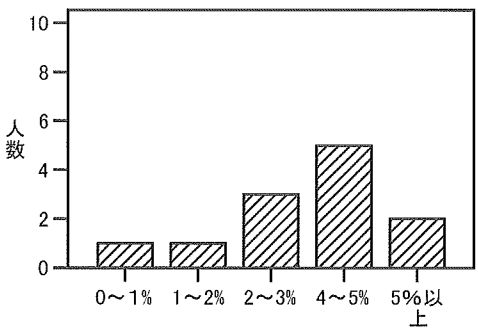

図10.この1ヶ月間に怠薬のある人の怠薬割合

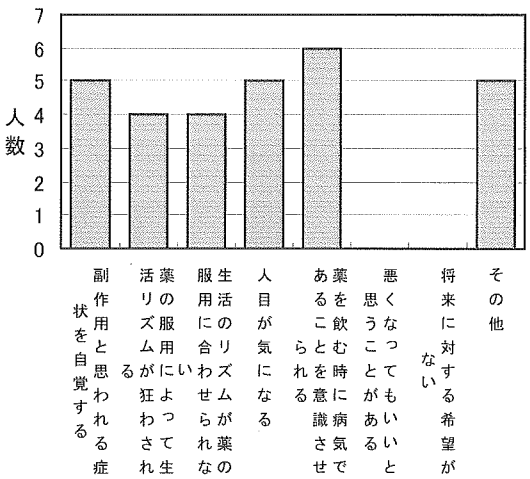

図11.中断歴のある患者の定期的な服薬を妨げていると思う理由
(回答のあった14人中。複数回答可)

・死んでしまいたいと思うことの有無。実際の自殺企図の有無：死んでしまいたいとしばしば思う、常に思う、の合計は回答のあった164人中15人で、自殺企図歴のある人は175人中23人であった。

・アルコール摂取頻度と飲酒量：摂取頻度は回答のあった176人中40人がほぼ毎日飲酒をしており、1日摂取量（単位）×摂取期間（年数）＝30以上をアルコール依存傾向あり、とすると、177人中依存傾向のあったのは20人であった。

・アルコール以外の物質依存歴とその種類：依存歴があると答えた人は回答のあった171人中23人であり、その多くはラッシュ、ゴメオなどのいわゆるセックスドラッグであった（図12）。

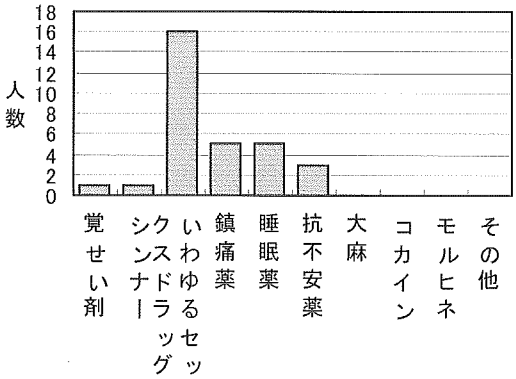

図12.アルコール以外の物質依存内容
(ありとこたえた23人中)

・過去、現在の精神科、心療内科通院：過去に通院歴ありと答えた人が172人中29人、現在通院中の人が171人中8人であった。

2）アンケート以外（診療録など）から

・感染経路：177人中151人が同性、20人が異性からの感染で、残りは不明であった(図13)。

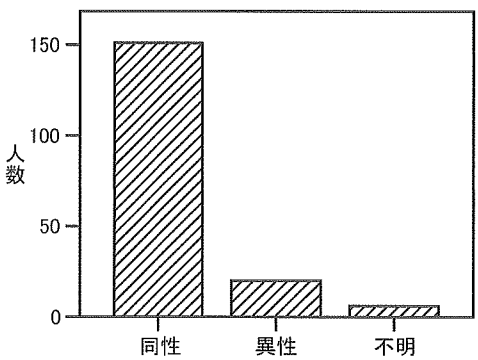

図13.対象者の感染経路

・病期：176人中13人が急性感染期、133人が無症候期、30人がAIDS期であった（図14)。

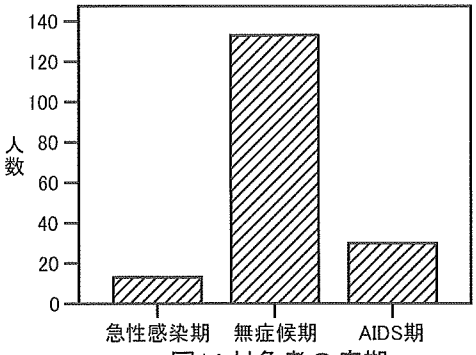

図14.対象者の病期

・直近および過去最低のCD4リンパ球数、未治療および薬物療法中の人のHIV-RNA量：直近のCD4リンパ球数は401～500/mm³の人が最も多く、最低が25/mm³、最高が1372/mm³であった（図15）。過去最低のCD4

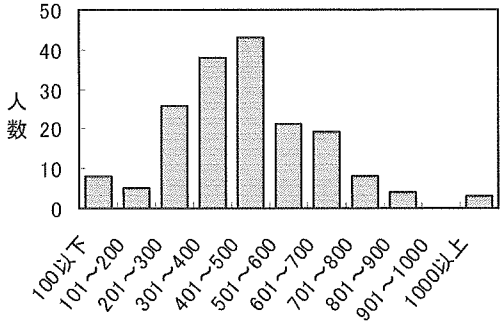

図15.直近のCD4リンパ球数(/mm3)

リンパ球数は201～300/mm³の人が最も多く、治療開始を考慮する条件である350/mm³以下の人が136人、治療を開始するべきといわれている200/mm³以下の人が78人であった。最低が0/mm³、最高が800/mm³であった（図16）。未治療患者のHIV RNA量は501

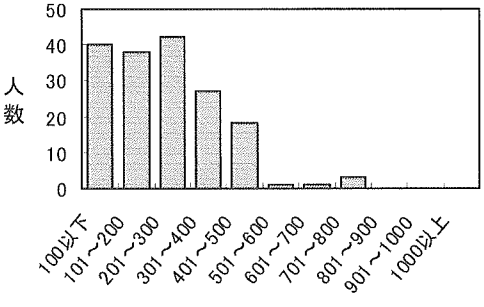

図16.過去最低のCD4リンパ球数(/mm3)

～5000copy/ml の人が最も多く最低が50copy/ml 以下、最高が400000copy/ml であった（図17）。服薬中の患者のHIV RNA

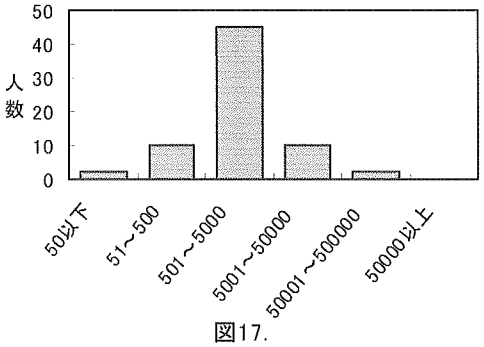

図17.
未治療患者のHIV RNA量(copy/ml)

量は105人中93人が50copy/ml 以下であった（図18）。

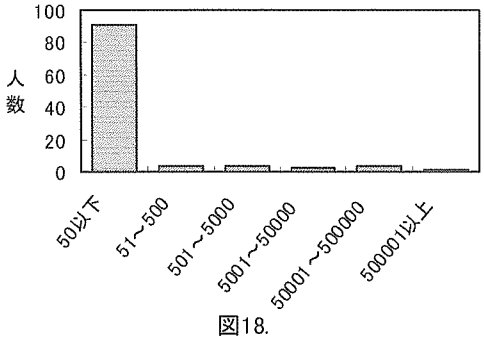

図18.
薬物療法中患者のHIV RNA量(copy/ml)

・使用薬の種類のその人数：最も多かったのは3TCの63人で、以下TDFが44人、EFVが43人、AZT/3TCが39人と続いた（図19）。

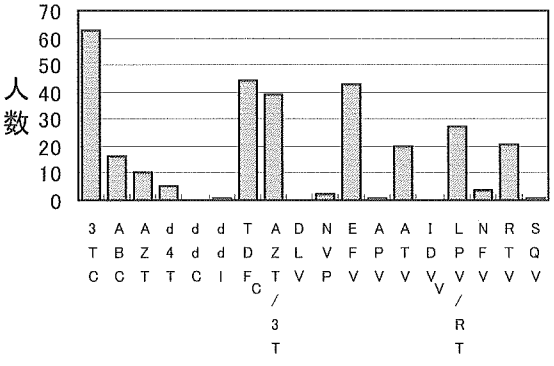

図19.服薬中患者（105人）の使用薬

・感染年数、告知後年数：感染年数がわかる人は50人で感染年数は4.51±4.19年(mean±SD)、最も感染期間の長い人は22年であった。告知後年数は2.88±2.61年（mean±SD）であり、最も告知後年数の長かった人は14年であった（図20、21）。

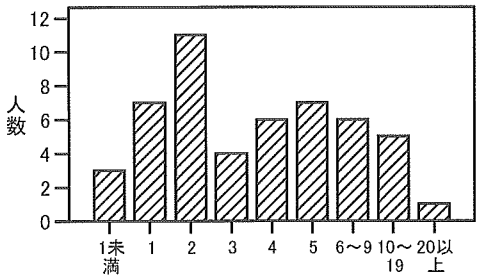

図20.対象者の感染年数(わかる人のみ)

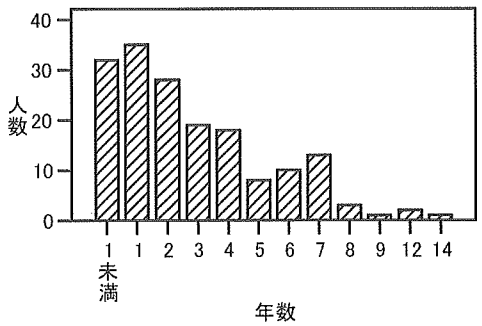

図21.告知後年数

3）心理テスト

・STAI（点数が高いほど不安が強い）：今この瞬間をどう感じているか、を示す状態不安は平均は41.9±10.0点（±SD)、最低は20点、最高は76点であり、Cut off ポイントである53点以上の人は25人であった（図22)。普段どう感じているか、を示す特性不

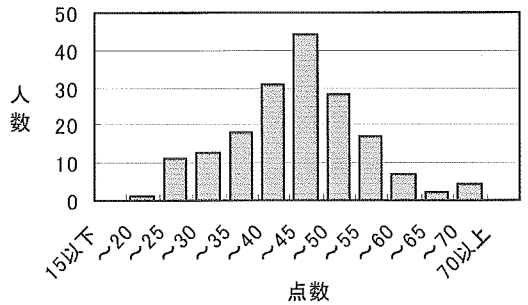

図22.STAI状態不安点数とその人数

安は平均45.2±11.5（±SD）点、最低は20点、最高は76点であり、Cut off ポイントである54点以上の人は43人であった（図23)。STAI 総得点は平均87.1±19.4（±SD）

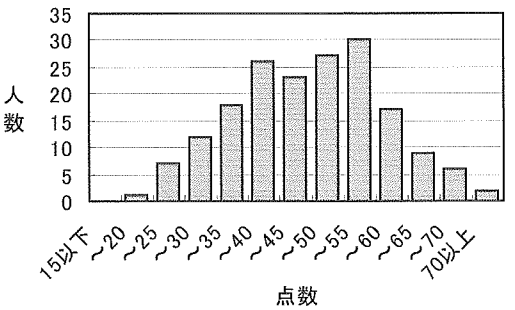

図23.STAI特性不安点数とその人数

点、最低は43点、最高は152点であった(図24)。

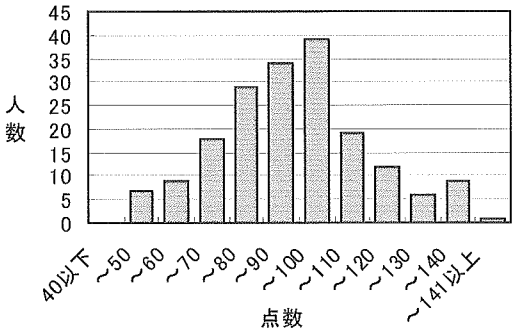

図24.STAI総得点とその人数

・SDS（点数が高いほど抑うつが強い）：平均は40.3±9.48（±SD）点、最低は22点、最高は69点であった。50点以上（うつ傾向がある）の人は31人であった（図25)。

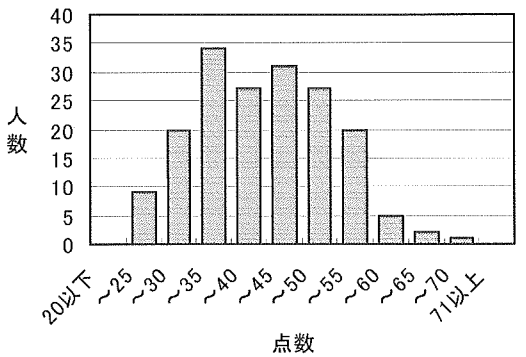

図25.SDS点数とその人数

・JHDS （点数が低いほど認知機能が障害）：平均は13.4±2.55(±SD)点、最低点は2.5、最高点は16であり、Cut off ポイントである10.5点以下の人は23人であった(図26)。

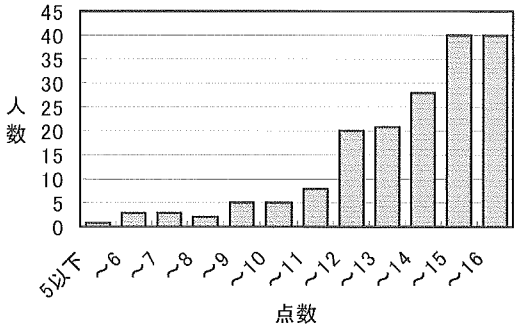

図26.JHDS点数とその人数

4）STAI、SDSと感染者を取り巻く社会的状況、病態との関係

STAI総得点は本人の感じる社会的困窮がない（p＜0.001）、定期的に受診することへの職場の理解がある、法的配偶者がいる（p＜0.01）、仕事ある（p＜0.05）と答えた人が有意に点数が低く、不安が少ない傾向を示した（表2）。STAI状態不安は本人の感じる社会的困窮がない（p＜0.01）、仕事のある、職場にHIV感染のことを知ってもらっている、定期的に受診することへの職場の理解がある、医療関係者以外にHIV感染を気軽に相談できる人がいる（p＜0.05）と答えた人が有意に点数が低く（表3）、STAI特性不安は本人の感じる社会的困窮がない（p＜0.001）、法的配偶者がいる（p＜0.01）、定期的に受診することへの職場理解がある（p＜0.05）と答えた人が有意に点数が低かった（表4）。一方感染年数、告知後期間、CD4リンパ球数、HIV RNA量などの病態とSTAIスコアの間には有意の相関は見られなかった（表13）。他の心理検査との関係は、STAI総得点、状態不安スコア、特性不安スコアはJHDSスコアと相関がなかったが（表12）、SDSスコアとの間に有意な相関を認めた（p＜0.01、相関係数0.599～0.811）。怠薬の頻度とSTAIスコアの間には相関は見られなかった（表14、15）。

SDSは本人の感じる社会的困窮がない（p＜0.001）、仕事がある、法的配偶者がいる、アルコール依存傾向がある（p＜0.05）と答えた人が有意に点数が低く、抑うつの程度が軽かった（表5）。また、感染年数、告知後期間、CD4リンパ球数、HIV RNA量などの病態との間には有意の相関は見られなかった（表13）。またSDSはJHDSスコアとはやや相関が見られ（認知機能が悪いほど抑うつが強い。p＜0.05、相関係数-0.206、表12）、怠薬の頻度との間には相関は見られなかった（表15）。

使用薬とSTAI、SDSスコアとの関係は、LPV/RTVを使用中の人は使用していない人に比べ有意にSDSスコアが低かった（抑うつの程度が低かった）以外、使用薬の有無によってスコアに有意な差はなかった（表6）。抑うつ症状の副作用が問題になるEFVは、今回の対象者ではその使用の有無によって、SDSスコアに有意の差はなかった。ただし片側検定ではEFV使用中の人はSDSスコアの低下傾向（p＜0.1）が見られた。

病期とSTAI、SDSとの関係は、急性感染期、無症候期、AIDS期のいずれの間でもスコアに差を見出せなかった（表2～5）。

5）JHDSと各種パラメータとの関係

過去最低のCD4リンパ球数が少ない、SDSスコアが低い、アルコールを多く飲む（p＜0.01）、告知後年数が長い、薬物療法に対する知識が少ない（p＜0.05）と有意にJHDSスコアが低下する傾向が見られた（表13～15）。

病期とJHDSはAIDS期において急性感染期に比べAIDS期が（p＜0.05）、無症候期に比べAIDS期が（p＜0.01）有意にJHDSスコアが不良だった（表9）。

6）怠薬歴の有無と各種パラメータの関係

怠薬歴のある人は、調査期間を1ヶ月以上前の怠薬とすると22人、最近1ヶ月の怠薬とすると14人と多くなく（表1）、5%以上の怠薬数はそれぞれ4人と2人であり、ごく少数であった（図8、10）。少しでも怠薬のあった群となかった群を比較すると、HIV感染のことを職場の誰かに知ってもらっている人が有意に怠薬が少なく（p＜0.01）、過去の精神科受診歴がある人が有意に怠薬が多かった（p＜0.05、表10）。怠薬の有無でSTAI、SDSの結果に差はなかった（表2～5）また怠薬率が高いほど感染年数が短く（p＜0.05）、直近の

CD4が低かった（p＜0.01、図12、13）。最近1ヶ月の怠薬の有無で有意差を認めたパラメータはなかった。

7）他のパラメータ間の関係

感染年数と直近の過去最低のCD4リンパ球数(相関係数-0.350、p＜0.05)、告知後年数と直近のCD4リンパ球数(相関係数0.361、p＜0.001)、未服薬者の直近CD4リンパ球数と飲酒量(相関係数-0.342、p＜0.05)の間に相関関係を認めた（表12～15）。

考察

HIV感染は、患者にさまざまな精神的影響を来たしうる。HIV感染者において問題になる主な精神障害の病態は、大うつ病などの気分障害、適応障害、不安障害、精神病性障害、抗HIV薬やアルコール、非合法薬物の乱用などによる物質関連障害、睡眠障害、せん妄、認知症などである[1]。わが国におけるHIV陽性者/AIDS患者における精神障害の頻度は29.6%[2]であり、5.9%程度が精神科を受診している[3]（1999年）。その内訳は適応障害が18.3%と最も多く、以下物質関連障害（15.5%）、気分障害（14.1%）、HIVによる痴呆（11.3%）となっている[4]。HAART普及による予後の改善によって死への恐怖などのストレスは減少した。一方、慢性疾患の側面が大きくなり、長期にわたりストレスにさらされる事、以前に比べより高いレベルの社会生活が可能になったために、社会との接点が増えた事、にもかかわらず社会の中でのHIV感染に対する偏見の解消は十分ではない事、定期的な通院や服薬に対する困難さ、などストレスの内容も変化してきている。精神障害の存在は服薬のアドヒアランスを低下させる要因として重視されており、感染者を取り巻くさまざまな要因がどのように精神状態に影響しているかは非常に重要である。

しかし、これまでは心理的負担の推測が主体で、具体的に「何が」「どの程度」感染者の心理状態に影響しているかを実際に検証した研究は行われてこなかった。今回、多数の対象者について、心理面での影響を与える因子（精神障害を来たしているとはいえないレベルでの患者のストレス要因も含む）を調査することで、どの要因が重要で、今後、何に医療関係者、社会全体が取り組んでいくことが必要かということが明らかになり、精神障害の発症の予防、感染者のQOLを高めることが可能になると考える。

今回行った心理検査のうち不安の尺度であるSTAIにおいて、今この瞬間にどう感じているかを表す状態不安では、cut off pointである53点以上の人が25/177人、普段どう感じているかを表す特性不安ではcut off pointである54点以上の人が43/177人であった。抑うつの尺度であるSDSは50点以上（うつ傾向がある）の人は31/177人であった。HIV患者の認知機能の程度を表すJHDSのcut off pointである10.5点以下の人は23/177人であった。

今回の対象で精神科受診歴のある人が29人、現在通院中の人が8人であり、心理検査で推測される精神状態が問題のあるレベルの人が相当数存在するにもかかわらず、現在精神科に受診していない人がかなりいる可能性がある。当院のHIV感染者は免疫感染症科に通院し、免疫感染症科内に専門の臨床心理士を配置する医療体制をとっているため、薬物療法が必要でない、カウンセリングで対応可能な患者は精神科に受診していない可能性もあるが、HIV感染者は心理検査で問題になる程度の不安、抑うつが少なからず存在していることをあらためて注意する必要がある。

STAIスコアとSDSスコアは明らかな相関を示した。一方認知障害の程度であるJHDSスコアも悪化するほどSDSスコアも悪化する傾向を認め、飲酒量(一日飲酒量×年数)が増えるほどJHDSのスコアは悪化した。一日飲酒量(単位)×年数＝30以上を依存傾向ありとすると、依存傾向のある群がない群に比べSDSの抑うつの程度が軽かった。これは依存傾向あり群が20人と多くなく、このグループは抑うつの程度が強くない、しかし大量飲酒をするHIV感染者は認知障害が強い、JHDSとSDSスコアとの間に見られた相関(相関係数は-0.206と強いものではないが)は、

大量飲酒をしないグループの影響が考えられた。

心理状態と社会的状況、病態との関係は、その有無でSTAI状態不安、特性不安、SDS全てに平均値の差を認めたのは「自分の感じる経済的困窮の有無」で、「仕事の有無」「法的な配偶者の有無」もSTAI状態不安、特性不安、SDSの3スコアのうち不安スコアの中のひとつとSDSに差を認めた。「職場に受診することへの理解の有無」は状態、特性不安スコアに差を認めたが、SDSに差を認めず、「職場にHIV感染を知ってもらっているか否か」は状態不安、気軽に相談できる人の有無」は特性不安スコアに差を認めた。

「自分の感じる経済的困窮の有無」の結果は、経済状態がその人の心理面に大きく影響しており、精神面のケアをするうえで、経済的な配慮が重要であることを示すものともいえるが、今回の調査はアンケートであり、自主申告である「本人の感じる」経済状態である。したがって主観的な判断となる。抑うつのある人、不安の強い人は物事を必要以上に悲観的に物事を考える傾向があり、客観的な経済状態よりも、貧困であると答える可能性が高いことを注意する必要がある。メンタルケアの上で経済状態の影響を判断するためには、客観的な収入、貧困状態を改めて調査しなければならないと考える。

全般的に「学歴」や「同居中の家族」、「性的パートナーの有無」などでスコアに差がなく、「仕事の有無」や「職場の理解」、「職場にHIV感染のことを知ってもらっている人の有無」などがスコアに差があること、「HIV感染のことを知ってもらっている人」のうち「両親」、「法的配偶者」がHIV感染のことを理解してもらえている対象としては少なくなっていること、告知対象も理解してもらえている対象も「性的パートナーでないその他の友人」が最も多かったことを考え合わせると、今回の対象では家族や法的配偶者よりも、職場などの社会的かかわりや友人などが本人の心理状態に影響している可能性を示している。

服薬促進因子は「自分が生きていてほしいと願うサポーターがいる」などの周囲の人間の要因より「悪くなりたくないと思う」が多く、怠薬理由も周りの目や社会的な要因よりもやはり「飲み忘れ」が多かった。他者との関係から生まれる理由よりも、より個人的な理由が多かったともいえる。ただし怠薬歴のある人は「副作用」、「生活リズム」、「人目」、「薬を飲むことで病気を意識する」などの要因が定期的な服薬を妨げている、と感じている人がそれぞれ1/3程度で、その感じ方は多様であった。

感染年数や告知後年数、CD4、HIV RNA量とSTAI、SDSスコアには有意な相関は見られなかった。また病期によるSTAI、SDSスコアに差はなかった。これらは重症度などの病態によって不安や抑うつの程度が影響されていないことを示している。HAARTによって長期生存が可能となり、今回の対象者が外来通院中で、差し迫った病気による危機感を感じていないこともあってか、病気自体の重症度を気にすることによる精神面の動揺は以前に比べると大きなものではなくなっているのかもしれない。しかし認知障害の程度を示すJHDSは過去最低のCD4数、告知後年数、病期などの病勢との関係を認めており、病勢と器質性の変化はやはり無視できない関係がある。

怠薬がどのパラメータと関係があったかは関係があったかは、服薬支援をしていくうえでは重要な点である。井上ら[5]は服薬良好群（1ヶ月の服薬が93%以上）が服薬困難群と比較して、主観的健康、HIV RNA量、効果期待感、服薬自身といった要因が服薬良好群で有意に高かったことを示した。しかし筆者らも述べているとおり、その対象が服薬良好群20人、服薬困難群6人と少なく、両群のマッチングが困難であったため、結果は参考資料であるとしている。今回の我々の対象で、1ヶ月以上前に少しでも怠薬のあった群となかった群での比較では、怠薬のあった群がHIV感染のことを職場の誰かに知ってもらっている人が有意に少なく、過去の精神科受診歴がある人が有意に多かった。また過去の怠薬割合と感染年数（感染年数が長くなるほど怠薬割合が低い）、CD4数（怠薬割合が高いとCD4数が減少）が相関していた。職場の誰かに知ってもらっている人の有無による怠薬割合の差は、職場の誰かに知ってもらっていることが職場の

中での服薬がしやすくなるといった要因があるのかもしれない。また感染年数が長い感染者はより服薬状況に注意を要するのかもしれない。その他の多くのパラメータは、怠薬との明らかな関係を見出せなかった。これは今回の対象者が薬物療法に関する知識が豊富であった点を考え合わせると、比較的HIV感染者に対して正確な知識を持ち合わせ、怠薬割合が少なく、怠薬者の少なさが統計的な有意差を見出しがたかった要因かも知れない。今後の方向性として、調査施設、調査対象を増やすことによって調査する怠薬患者数も増やすことが望まれる。また調査施設を増やすと、施設による差を検証することもできる。それらから、さらなる服薬アドヒアランスを高める諸因子の検討が可能になるものと思われる。

結論

- HIV 感染者に対して、おかれているさまざまな社会的背景、病態と心理状態について検討した。
- 感染者の不安の程度は、本人の感じる経済状態、職場の理解の有無、配偶者の有無、職場の有無や、相談しやすい人がいるかどうかが影響しており、社会的な適応、医療関係者以外の相談相手が、感染者の不安を和らげる可能性を示した。一方同居家族の有無や性的パートナーの有無、学歴、物質依存と不安の程度は有意差がなかった。
- 抑うつの程度も不安の程度と同じ傾向を示した。しかし抑うつの程度は不安を示すスコアでは見られなった認知障害と軽度の相関を示した。
- 不安の程度、抑うつの程度とも感染年数、告知後年数、CD4数、HIV RNA量、病期などの病勢との関係は明らかでなかった。
- 認知障害の程度は過去最低のCD4数、告知後年数、病期などの病勢との関係を認めた。
- 過去の怠薬は、HIV 感染のことを誰かに知ってもらっている人が有意に少なく、精神科受診歴のある人が有意に多く、怠薬の頻度は感染年数、CD4 の減少と相関を示した。不安、抑うつの程度との関係は明らかでなかった。
- 今回の対象者は、比較的服薬に対する知識が豊富で、5%以上の怠薬を認めた人は少なかった。怠薬を防ぐ取り組みの検討には他施設に調査対象を広げ、怠薬のある対象者を増やす、調査施設間の検討をする、などが必要と考えた。

文献

1. Pedro Ruiz, Robert W. et al : Psychiatric Considerations in the Diagnosis, Treatment, and Prevention of HIV/AIDS. Journal of Psychiatric Practice, MAY 2000, 129-139
2. 福西勇夫、ﾋﾗﾊﾞﾔｼ直次ほか：HIV 感染症患者にみられる精神障害-精神障害出現頻度と免疫学的指標との関連性の検討。臨床精神医学 28, 1233-1242, 1999
3. 平林直次、笠原敏彦ほか：精神症状を呈するHIV 感染者・エイズ患者に対する精神医学的診断・治療および援助に関する研究。平成11年度 HIV 感染者の疫学に関する研究 研究報告書、木原正博（編），628-633, 2000
4. 平林直次、赤穂理絵他：HIV 感染者に認められる精神障害。日本エイズ学会誌, 3, 99-104, 2001
5. 井上洋士、岩本愛吉他：抗HIV薬の服薬アドヒアランスの維持因子。看護研究, 35, No.4, 31-42, 2002

表1.アンケート結果

仕事の有無	あり139　なし37 /176
職場にHIV感染のことを知ってもらっていることの有無	はい32　いいえ110 /142
定期的に受診することへの職場の理解の有無	あり88　なし45 /133
同居家族の有無	あり85　なし90 /175
法的配偶者の有無	あり24　なし151 /175
同居中の性的パートナーの有無	異性13　同性17 なし143/173
医療関係者以外にHIV感染のことを知っている人の有無	あり150　なし26 /176
その人とあなたの関係	図1
医療関係者以外にHIV感染を気軽に相談できる人の有無	あり78　なし96 /174
その人はあなたのHIV感染のことを知っているか	はい76　いいえ1 /76
その人とあなたの関係	図2
学歴	図3
本人の感じる社会的困窮の有無	困っている59 いない115/174
定期的に服薬しないといけないと思う要因(服薬者に対して、複数回答可)	図4
薬に対する知識、知識数	図5、6
過去(1ヶ月以上前)の怠薬歴の有無	あり22　なし80 /102
過去に怠薬ありの人に対して、その理由	図7
過去の怠薬の割合	図8
現在(最近1ヶ月)の怠薬歴の有無	あり14　なし88 /102
現在怠薬ありの人に対して、その理由	図9
現在の怠薬の割合	図10
怠薬歴のある人に対し、定期的な服薬を妨げていると感じる要因	図11
死んでしまいたいと感じることの頻度	ない89　たまに60 しばしば12　常に3 /164
実際の自殺未遂歴	あり23　ない152 /175
アルコール摂取頻度	飲まない44　たまに92 ほぼ毎日40 /176
アルコール多飲傾向(一日飲酒量×摂取期間=30以上)	あり20　なし157 /177
アルコール以外の物質依存歴の有無	あり23　なし148 /171
その種類	図12
精神科受診歴の有無	あり29　なし143 /172
現在の精神科受診の有無	あり8　なし163 /172

表2.STAI総得点と社会的状況、病期

		STAI総得点 (mean ±SD)	p値
仕事の有無		あり85.5±18.4 なし92.9±22.0	*
職場にHIV感染のことを知ってもらっていることの有無		はい86.7±19.8 いいえ89.2±17.4	ns
定期的に受診することへの職場の理解の有無		あり83.2±18.1 なし91.8±17.6	**
同居家族の有無		あり85.2±19.5 なし89.2±18.9	ns
法的配偶者の有無		あり79.1±14.7 なし88.4±19.8	**
同居中の性的パートナーの有無		あり85.5±19.2 なし87.5±19.6	ns
医療関係者以外にHIV感染のことを知っている人の有無		あり86.7±19.8 なし89.2±17.3	ns
医療関係者以外にHIV感染を気軽に相談できる人の有無		あり84.4±19.7 なし89.9±18.4	ns
大学卒業の有無		はい86.0±16.7 いいえ87.9±21.2	ns
本人の感じる社会的困窮の有無		あり95.2±19.0 なし82.9±17.7	***
薬物療法実施の有無		あり87.8±21.1 なし86.0±16.6	ns
過去(1ヶ月以上前)の怠薬歴の有無		あり89.5±20.8 なし87.5±21.5	ns
現在(最近1ヶ月)の怠薬歴の有無		あり82.6±22.8 なし88.4±21.2	ns
アルコール多飲傾向(一日飲酒量×摂取期間=30以上)		あり82.1±21.1 なし87.7±19.1	ns
アルコール以外の物質依存歴の有無		あり88.8±16.6 なし86.5±19.7	ns
病期	急性感染期 無症候期 AIDS期	85.2±16.3 86.9±19.4 88.7±20.9	ns

*:p<0.05　**:p<0.01　***:p<0.001

表3.STAI状態不安得点と社会的状況、病期

	STAI状態不安得点 (mean ±SD)	p値
仕事の有無	あり41.0±9.5 なし45.0±11.0	*
職場にHIV感染のことを知ってもらっていることの有無	はい38.3±9.8 いいえ42.2±9.2	*
定期的に受診することへの職場の理解の有無	あり39.9±8.8 なし44.4±10.3	*
同居家族の有無	あり41.4±9.9 なし42.4±9.9	ns
法的配偶者の有無	あり39.8±7.5 なし42.2±10.3	ns
同居中の性的パートナーの有無	あり42.1±10.4 なし42.0±9.9	ns
医療関係者以外にHIV感染のことを知っている人の有無	あり41.5±10.2 なし44.3±8.1	ns
医療関係者以外にHIV感染を気軽に相談できる人の有無	あり40.1±10.1 なし43.7±9.4	*
大学卒業の有無	はい40.1±8.3 いいえ42.7±11.0	ns
本人の感じる社会的困窮の有無	あり45.3±10.6 なし40.1±8.9	**
薬物療法実施の有無	あり42.4±10.2 なし41.2±9.7	ns
過去(1ヶ月以上前)の怠薬歴の有無	あり42.1±8.7 なし42.5±10.8	ns
現在(最近1ヶ月)の怠薬歴の有無	あり41.4±10.2 なし42.5±10.4	ns
アルコール多飲傾向(一日飲酒量×摂取期間=30以上)	あり40.9±11.0 なし42.0±9.8	ns
アルコール以外の物質依存歴の有無	あり42.4±7.7 なし41.7±10.2	ns
病期　急性感染期 無症候期 AIDS期	39.6±8.6 41.7±10.2 43.9±9.7	ns

*:p<0.05　**:p<0.01

表4.STAI特性不安得点と社会的状況、病期

	STAI状態不安得点 (mean ±SD)	p値
仕事の有無	あり44.5±11.1 なし47.9±12.9	ns
職場にHIV感染のことを知ってもらっていることの有無	はい43.0±12.0 いいえ45.0±10.6	ns
定期的に受診することへの職場の理解の有無	あり43.3±11.4 なし47.5±9.7	*
同居家族の有無	あり43.8±11.9 なし46.8±10.9	ns
法的配偶者の有無	あり39.4±8.6 なし46.2±11.6	**
同居中の性的パートナーの有無	あり43.4±10.8 なし45.5±11.8	ns
医療関係者以外にHIV感染のことを知っている人の有無	あり45.2±11.7 なし44.9±10.7	ns
医療関係者以外にHIV感染を気軽に相談できる人の有無	あり44.2±11.8 なし46.2±11.2	ns
大学卒業の有無	はい45.1±10.8 いいえ45.2±11.0	ns
本人の感じる社会的困窮の有無	あり49.9±10.6 なし42.8±11.1	***
薬物療法実施の有無	あり45.4±12.5 なし44.8±9.9	ns
過去(1ヶ月以上前)の怠薬歴の有無	あり47.4±13.4 なし45.0±12.4	ns
現在(最近1ヶ月)の怠薬歴の有無	あり41.2±13.1 なし45.9±12.6	ns
アルコール多飲傾向(一日飲酒量×摂取期間=30以上)	あり41.2±11.5 なし45.7±11.5	ns
アルコール以外の物質依存歴の有無	あり46.4±12.1 なし44.8±11.5	ns
病期　急性感染期 無症候期 AIDS期	45.5±10.5 45.2±11.3 44.8±13.2	ns

*:p<0.05　**:p<0.01　***:p<0.001

表5.SDS総得点と社会的状況、病期

	STAI状態不安得点 (mean ±SD)	p値
仕事の有無	あり39.2±8.6 なし44.3±11.5	*
職場にHIV感染のことを知ってもらっていることの有無	はい39.4±8.9 いいえ39.4±8.4	ns
定期的に受診することへの職場の理解の有無	あり38.5±8.3 なし41.4±8.9	ns
同居家族の有無	あり39.7±9.7 なし41.1±9.2	ns
法的配偶者の有無	あり36.6±8.2 なし41.0±9.6	*
同居中の性的パートナーの有無	あり38.1±8.2 なし40.8±9.7	ns
医療関係者以外にHIV感染のことを知っている人の有無	あり40.1±9.7 なし41.8±8.5	ns
医療関係者以外にHIV感染を気軽に相談できる人の有無	あり39.2±9.6 なし41.4±9.3	ns
大学卒業の有無	はい39.5±8.9 いいえ40.4±9.9	ns
本人の感じる社会的困窮の有無	あり44.5±9.9 なし38.1±8.5	***
薬物療法実施の有無	あり40.8±9.6 なし39.6±9.2	ns
過去(1ヶ月以上前)の怠薬歴の有無	あり40.7±9.4 なし41.1±9.8	ns
現在(最近1ヶ月)の怠薬歴の有無	あり37.3±9.6 なし41.5±9.7	ns
アルコール多飲傾向(一日飲酒量×摂取期間=30以上)	あり36.0±9.2 なし40.1±9.7	*
アルコール以外の物質依存歴の有無	あり41.3±9.7 なし40.0±9.4	ns
病期　急性感染期 無症候期 AIDS期	39.8±9.2 40.1±9.4 41.7±10.1	ns

*:p<0.05　***:p<0.001

表6.使用薬の不安(STAI得点)、抑うつ(SDS得点)に対する影響

・LPV/RTVを使用してる群は使用していない群に比べSDS得点が低い(p<0.05)

他は各薬の使用の有無による評価スケールの得点に差は無かった.

表7.HIV感染者の認知障害の程度(JHDS得点)と病態を表すスコアとの相関

	pearsonの相関係数	有意確率(両側)
感染年数	0.137	0.344
告知後年数	−0.160	0.038
直近のCD4数	0.001	0.992
未服用感染者の直近CD4数	0.030	0.801
過去最低のCD4数	0.208	0.007
未服用感染者の直近のHIV RNA量	0.097	0.427

表8.HIV感染者の認知障害の程度(JHDS得点)と心理検査社会背景との相関

	pearsonの相関係数	有意確率(両側)
STAI合計得点	−0.112	0.140
STAI状態不安得点	0.084	0.268
STAI特性不安得点	0.115	0.129
SDS合計点	0.206	0.006
薬物療法に対する知識数	0.233	0.019
過去薬を飲まなかった割合	0.031	0.901
この1ヶ月薬を飲まなかった割合	0.049	0.879
一日飲酒量×飲酒年数	−0.478	0.004