

20083000/A

厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業

服薬アドヒアランスの 向上・維持に関する研究

— 平成20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

白阪 琢磨

厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業
服薬アドヒアランスの向上・維持に関する研究

平成 20 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

白阪 琢磨

目 次

■ 総括研究報告

- 1 服薬アドヒアランスの向上・維持に関する研究…………… 7
研究代表者：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）

■ 分担研究報告

- 2 服薬継続困難症例へのケア支援に関する研究…………… 1 5
研究分担者：池田 和子（国立国際医療センター戸山病院エイズ治療・研究開発センター）
- 3 抗 HIV 療法の実施状況と副作用調査に関する研究…………… 3 3
研究分担者：栗原 健（独立行政法人国立病院機構南京都病院薬剤科）
- 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…………… 4 3
研究分担者：廣常 秀人（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）
- 5 服薬の開始および継続に関する心理・社会的要因とその援助方法に関する研究…………… 4 9
研究分担者：山中 京子（大阪府立大学人間社会学部）
- 6 服薬支援としての薬剤耐性検査の意義に関する研究…………… 6 5
研究分担者：西澤 雅子（国立感染症研究所エイズ研究センター）
- 7 抗 HIV 療法のガイドラインに関する研究…………… 6 9
研究分担者：小田原 隆（東京大学医科学研究所先端医療研究センター感染症分野）

8 Web サイトを活用した情報発信と情報収集、閲覧動向に関する研究…………… 8 5

研究分担者： 栗原 健（独立行政法人国立病院機構南京都病院薬剤科）

9 携帯電話を使った服薬支援ツールに関する研究…………… 9 1

研究代表者： 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）

総括研究報告

1

服薬アドヒアランスの向上・維持に関する研究

研究代表者：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）

研究分担者：池田 和子（国立国際医療センター戸山病院エイズ治療・研究開発センター）

柴原 健（独立行政法人国立病院機構東京都病院薬剤科）

廣常 秀人（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）

山中 京子（大阪府立大学人間社会学部）

西澤 雅子（国立感染症研究所エイズ研究センター）

小田原 隆（東京大学医科学研究所先端医療研究センター感染症分野）

研究要旨

治療の進歩によってHIV感染症は慢性疾患と捉えられるまで、その予後は改善した。しかし、治癒は無く、良好な健康状態を維持するには適正な服薬を継続することが重要である。先行研究から服薬の継続が容易ではなく、服薬行動には身体、精神・心理、社会経済的な促進因子と阻害因子がある事が明らかとなった。本研究では、先行研究成果を踏まえ、それぞれの因子につき分析を加え、服薬支援ツールとして携帯を用いた“忘れちゃだメール”やホームページでの情報提供システムを開発した。チーム医療マニュアル改訂に向けた作業を進めた。新薬あるいは新しい臨床知見を基にガイドラインの改訂を行った。今年度が最終年度であり、服薬アドヒアランスの向上・維持に今後必要な研究課題を明らかにした。

研究目的

治療の進歩によってHIV感染症は慢性疾患になったが、治癒はなく、抗HIV薬の服薬アドヒアランスの向上・維持が重要である。本研究の目的は継続的服薬に伴う服薬者の精神・心理的、身体的、社会・経済的負担を明らかにし、その軽減のための支援方法の開発である。さらに本研究の遂行のために「チーム医療マニュアル」の周知と改訂作業、抗HIV療法の最新知見に基づき治療ガイドラインの改訂、副作用等薬剤関連情報のホームページの充実、携帯電話による服薬支援システム（忘れちゃだメール）の構築と改良を目的とした。今年度が最終年度であるので、最後の目的として今後も継続が必要な研究課題を提案する事とした。

研究方法

本研究では服薬者の精神・心理的、身体的、社会経済的負担と施設側負担などの検討のため、次の研究を実施した。①患者のセルフケア評価ツール開発：服薬をセルフケアの一環と捉えACCと大阪医療センター通院中のHIV感染症患者に自記式アンケート調査を行った。アンケート項目は文献レビュー、ブロック拠点病

院担当看護師とのグループインタビューなどを経て作成した。「セルフモニタリング」、「内服」、「受診・サポート」、「感染予防・セックス」、「食事・運動」、「精神」の6領域で31項目のセルフケア項目と59項目のバリア項目を作成し調査した。②精神・心理的負担に関する研究：全国のブロック拠点病院で協力を得られたHIV担当看護師の施設の平成17年度新規HIV感染症患者を対象に精神科等の受診状況や保健行動について診療録から調査票を用いて調査した。③薬剤耐性情報の把握：主要25施設に対し保険収載後の薬剤耐性検査の実施状況と保険収載に関する意見と要望をアンケート調査した。④HIV診療におけるヘルスケアチームに関する研究：全国のブロック拠点病院のチーム構成員に対して無記名自記式のアンケート調査を行った。英文文献を参考に研究グループにて項目を作成した。多職種チームに関する基本的考え方（19項目）、現在の所属チームで各自の関与行動（21項目）、自分の所属チームへの認識・評価（25項目）などであった。⑤施設側要因として拠点病院における抗HIV薬剤の調査：平成20年5月の投薬例での抗HIV薬の組み合わせ、採用・在庫状況、過去1年間の抗HIV薬の

廃棄量、ならびに院外処方箋の発行状況につき全拠点病院にアンケート調査を行った。⑥忘れちゃだメール：今年度は利用者へのアンケート結果を参考に変更等の改善を行った。⑦服薬支援ホームページ：患者に分かりやすい抗HIV療法の解説方法を検討し、提供する新薬の情報収集と掲載内容の検討を行った。⑧抗HIV治療のガイドライン：ア) HIV感染症の治療や病態に関する新知見を、主要英文誌や内外の学会から収集し改訂した。今年度は若手委員を加えた11人で改訂作業を行った。イ) 初回療法で推奨されている代表的処方につき個々の推奨根拠の臨床試験データを論文発表や学会発表からまとめ、web上でビジュアルに参照できるようにする。

(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た。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実施にあたっては、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)を得た。患者等の個人情報を含むデータを扱う研究では施設の倫理委員会の承認を得た後に実施した。

研究結果

今年度の主な研究結果を次に記す。①患者のセルフケア評価ツール開発：回収数332部(83%)。セルフケアのスケールが高い項目は「規則正しい食事」「セックスの相手へコンドーム使用を提案」「コンドームの正しい使用」「内服忘れの対処」などであった。セルフケアバリアのスケールが高い項目は「老後の支援体制への不安」「病気罹患による制限」「病気の偏見や誤解」「感染による自責の念」などであった。「セルフモニタリング」では40歳以上の方が、それ未満よりもスケールが高く、「Safer Sexの実践」ではMSMよりそれ以外の方が高く、告知者がいる方が精神的健康の維持が高かった。②精神・心理的負担に関する研究：回答を得た5施設の対象期間中の新規患者数は合計240名。1施設は精神科等が院内になく、また他の1施設は精神科入院病床がなかった。精神科等を持つ4施設の合計患者数232名のうち精神科等の受診者は25名(10%)。受診のきっかけは感情障害12名(28%)、

睡眠の問題11名(26%)、ストレスによる心身状態障害6名(14%)、認知機能変化や障害5名(12%)などであった。保健行動に関して、精神科等の受診の有無で2群間を比較したところ、6ヶ月以上の定期受診中断例あるいは服薬の自己中断例は精神科等の受診群に多かった。③薬剤耐性情報の理解：保険収載後の薬剤耐性検査は回答65例中42例で保険制度を利用していた。保険収載後も新規患者への検査実施数は「不変」が最多の14例(44%)、「増加」7例(22%)が次いだ。治療中の患者では不変が12例(41%)で最多であった。NRTI、NNRTI及びPIの3クラス耐性を持つ患者(14%)の中で耐性検査実施は43%にとどまった。④HIV医療におけるヘルスケアチームに関する研究：回収は、全体が185部(76%)、医師98部(75%)、看護師33部(93%)、薬剤師25部(80%)、MSW12部(55%)、カウンセラー6部(73%)、その他11部(92%)であった。⑤拠点病院における抗HIV薬の調査：回収数は235(回収率63%)。過去の調査と同様、針刺し事故で推奨されている薬剤の採用率は60~80%と依然として高かった。回答施設の総在庫金額は約3億7千5百万円、昨年1年間の総廃棄金額は薬価ベースで約950万円。1施設あたりの在庫リスクは約160万円であった。抗HIV薬の組み合わせの上位10種類の内、6種類までが1日1回服用であった。院外処方せん発行率は過去の調査と同様であり、発行施設は約15%前後を推移していた。⑥忘れちゃだメール：昨年度実施の利用者向けアンケートの結果を検討し、次の機能改修(利用者別にON/OFF設定可)を実施した。外来日通知機能、お知らせメールのスヌーズ機能、服薬応答した旨の確認メールの送信機能、服薬予告メールの送信機能等。利用状況としては長期的な利用が確認できたが、80%以上の応答と20%以下の応答の二極化していた。⑦服薬支援ホームページ：新薬アイセントレス錠、ストックリン錠、プリジスタ錠の添付文書などの追加。抗HIV薬全般に関するQ&A、薬剤耐性HIVインフォメーションセンターにリンクなど。さらに、患者さんが重大な副作用を早期発見できる支援ツールとして副作用ナビゲーションシステムを開発中。⑧抗HIV治療のガイドライン改訂：主要な点は、無症候患者の治療開始でCD4値が高値の場合の個別の治療開始判断の考え方、初回治療の推奨/代替処方国内での適応承認状況なども考慮して改訂、新規薬剤ラルテグラビア、エトラ

ビルン、マラビロックの使用の考え方などである。さらに推奨されている主要組み合わせ（8通り）に関するエビデンスとなる臨床試験データをまとめ、web上で参照ができる様に作成中である。

考察

本研究から、服薬アドヒアランスの向上・維持に関わる要因が当初の予想以上に存在する事が認められ、しかも、多岐に亘り、複雑である事が明らかになった。対策は要因別である事が必要と考えられた。年々、新薬と新知見が登場するため、わが国の抗HIV治療のガイドラインの改訂は、今後必要と考えられた。本研究で開発した携帯を用いた忘れちゃダメメールや、ホームページでの薬剤情報提供は新しい服薬支援ツールとして今後も開発継続が期待される。HIV診療のチーム医療については、今後も研究が必要と考えられ、機を見てマニュアルの改訂も必要と考えられた。

結論

服薬アドヒアランスの向上および維持についての研究を実施し、成果を得た。患者側には精神・心理的、身体的、社会経済的負担があり、阻害因子と促進因子がある事が明らかになった。施設側にも負担因子があった。本研究により、上記の詳細につき説明が進んだ。服薬支援ツールの開発に加え、チーム医療マニュアルや抗HIV治療ガイドラインの改訂作業を順調に行うことが出来た。

健康危険情報

該当なし

研究発表

研究代表者

白阪 琢磨

- 1) Kuwahara T, Makie T, Yamamoto Y, Yoshino M, Yagura H, Sano T, Kojima K, Higasa S, Shirasaka T. Burden on AIDS-specialized hospitals in Japan, based on the number of patients taking anti-HIV drugs. *Pharm. Regul. Sci.* 39(7): 421-426, 2008
- 2) Sasakawa A, Yamamoto Y, Yazima K, Sakai M, Uehira T, Sirasaka T, Makie T. Liposomal amphotericin B

for a case of intractable cryptococcal meningoencephalitis and immune reconstitution syndrome, *The Journal of Medical Investigation* 55(3, 4):292-296, 2008

- 3) 白阪琢磨: HIV 感染症専門薬剤師・HIV 感染症薬物療法認定薬剤師③医療チームからの期待、月刊薬事 50(10): 105-107, 2008
- 4) 白阪琢磨: HIV 感染症治療の最前線と課題、日本医事新報 4401: 56-62, 2008
- 5) 白阪琢磨: HIV 感染症治療におけるチーム医療、治療学 42(5): 51-55, 2008
- 6) 下司有加, 治川知子, 龍香織, 垣端美帆, 立花泉, 古金秀樹, 上平朝子, 白阪琢磨: HIV 担当看護師の患者支援の現状。第 22 回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2008 年 11 月
- 7) 上平朝子, 大谷成人, 富成伸次郎, 坂東裕基, 谷口智宏, 矢嶋敬史郎, 小川吉彦, 矢倉裕輝, 吉野宗宏, 渡邊大, 白阪琢磨: 新規抗 HIV 薬 (Darunavir, Raltegravir, Etravirine) の使用経験。第 22 回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2008 年 11 月
- 8) 吉野宗宏, 矢倉裕輝, 栗原健, 坂東裕基, 小川吉彦, 矢嶋敬史郎, 谷口智宏, 笹川淳, 大谷成人, 富成伸次郎, 渡邊大, 上平朝子, 白阪琢磨: ロピナビル・リトナビル (LPV/r) の 1 日 2 回から 1 日 1 回投与へのスイッチ試験。第 22 回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2008 年 11 月
- 9) 矢倉裕輝, 吉野宗宏, 坂東裕基, 小川吉彦, 矢嶋敬史郎, 谷口智宏, 大谷成人, 富成伸次郎, 渡邊大, 上平朝子, 白阪琢磨, 栗原健: ロピナビル・リトナビル配合剤のトラフ値と脂質系への影響及びテノホビル血中濃度との相関に関する検討。第 22 回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2008 年 11 月
- 10) 矢倉裕輝, 吉野宗宏, 栗原健, 坂東裕基, 小川吉彦, 矢嶋敬史郎, 谷口智宏, 大谷成人, 富成伸次郎, 渡邊大, 上平朝子, 白阪琢磨: ロピナビル・リトナビル配合剤の初回治療における有効性及び安全性に関する剤型間の比較検討。第 22 回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2008 年 11 月
- 11) 吉野宗宏, 矢倉裕輝, 栗原健, 坂東裕基, 小川吉彦, 矢嶋敬史郎, 谷口智宏, 笹川淳, 大谷成人, 富成伸次郎, 渡邊大, 上平朝子, 白阪琢磨: Tenofovir 長期投与における腎機能の評価 (第 2 報)。第 22 回

日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2008年11月

12) 白阪琢磨：HIV感染症専門・認定薬剤師一制度の概要と認定要件、専門・認定薬剤師への期待一。第22回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2008年11月

13) 柴原健、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（第五報）。第22回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2008年11月

研究分担者

池田 和子

14) 荒井理那、伊藤紅、池田和子、大金美和、武田謙治、山田由紀、杉野祐子、石垣今日子、八鍬類子、島田恵、岡慎一：HIV感染症患者の初診から5年間の療養経過に関する実態調査 第一報「治療・受診・社会資源の活用状況」。第22回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2008年11月

15) 伊藤紅、荒井理那、池田和子、大金美和、武田謙治、山田由紀、杉野祐子、石垣今日子、八鍬類子、島田恵、岡慎一：HIV感染症患者の初診から5年間の療養経過に関する実態調査 第二報「在宅療養支援の導入」。第22回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2008年11月

柴原 健

16) Kuwahara T, Makie T, Yamamoto Y, Yoshino M, Yagura H, Sano T, Kojima K, Higasa S, Shirasaka T. Burden on AIDS-specialized hospitals in Japan, based on the number of patients taking anti-HIV drugs. *Pharm. Regul. Sci.* 39(7): 421-426, 2008

17) 柴原健、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4報）。第22回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2008年11月

廣常 秀人

18) 安尾利彦、早林綾子、大谷ありさ、森田眞子、仲倉高広、下司有加、廣常秀人、白阪琢磨：大阪医療センターにおけるHIV感染症患者の精神状態および保健行動に関する分析：第1報。第22回日本エイズ

学会学術集会・総会、大阪、2008年11月

19) 早林綾子、安尾利彦、大谷ありさ、森田眞子、仲倉高広、下司有加、廣常秀人、白阪琢磨：大阪医療センターにおけるHIV感染症患者の精神状態および保健行動に関する分析：第2報。第22回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2008年11月

山中 京子

20) 山中京子、児玉憲一：中核拠点病院におけるカウンセリング体制に関する研究-医療者への聞き取りなど近畿ブロックにおける予備的調査の結果より。第22回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2008年11月

21) 神谷昌枝、石川雅子、一色ミユキ、菊池恵美子、佐藤愛子、高橋義博、高田知恵子、辻麻理子、濱口元洋、牧野麻由子、山中京子：派遣カウンセリング制度の効果的運用に関する研究。第22回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2008年11月

22) 仲倉高広、尾谷ゆか、佐藤愛子、牧野麻由子、北志保里、菊池恵美子、喜花伸子、辻麻理子、山中京子、白阪琢磨：カウンセリングの機能とカウンセラー同士の連携の類型化の試み～地域に応じたカウンセリング体制の構築を目指して～。第22回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2008年11月

23) 藤本恵里、大谷ありさ、仲倉高広、早林綾子、森田眞子、安尾利彦、奥田剛士、山中京子：HIV医療におけるカウンセリング制度の周知に関する研究。第22回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2008年11月

西澤 雅子

24) 巽正志、松田昌和、橋本修、西澤雅子、石子博昭、杉浦互、山本直樹：薬剤耐性ウイルスの感染性分子クローンを軸にしたGenotypeとPhenotypeをつなぐ実験解析系について。第22回日本エイズ学会学術集会・総会、大阪、2008年11月

小田原 隆

25) Nagai H, Iwasaki N, Odawara T, and Okada S. Actual status of AIDS-related lymphoma management in Japan. *Int J Hematol* 87:442-443, 2008

- 26) 小田原隆:抗HIV療法1 理解に必要なウイルスの基礎知識、治療学42:495-500、2008

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

分担研究報告

2

服薬継続困難症例へのケア支援に関する研究

研究分担者：池田 和子（国立国際医療センター戸山病院エイズ治療・研究開発センター）

研究協力者：徐 廷美（東京大学大学院 健康科学・看護学専攻 成人看護学分野）

下司 有加（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター看護部）

荒井 理那（国立国際医療センター戸山病院エイズ治療・研究開発センター、財団法人エイズ予防財団）

伊藤 紅（国立国際医療センター戸山病院エイズ治療・研究開発センター、財団法人エイズ予防財団）

大金 美和（国立国際医療センター戸山病院エイズ治療・研究開発センター）

武田 謙治（国立国際医療センター戸山病院エイズ治療・研究開発センター）

山田 由紀（国立国際医療センター戸山病院エイズ治療・研究開発センター）

杉野 祐子（国立国際医療センター戸山病院エイズ治療・研究開発センター）

石垣今日子（国立国際医療センター戸山病院エイズ治療・研究開発センター）

八畷 類子（国立国際医療センター戸山病院エイズ治療・研究開発センター、財団法人エイズ予防財団）

中川裕美子（国立国際医療センター戸山病院エイズ治療・研究開発センター、財団法人エイズ予防財団）

高橋 佳子（国立国際医療センター戸山病院エイズ治療・研究開発センター、財団法人エイズ予防財団）

西垣 昌和（東京大学大学院成人看護学分野）

数間 恵子（東京大学大学院成人看護学分野）

島田 恵（国立国際医療センター戸山病院エイズ治療・研究開発センター）

岡 慎一（国立国際医療センター戸山病院エイズ治療・研究開発センター）

研究要旨

HIV 感染症患者の療養生活上の課題は、療養時期や療養期間により変化することがある。また全身に症状が出現する HIV 感染症では総合的な管理が重要である。調査 I ではセルフマネジメント評価尺度の開発/セルフマネジメント阻害要因の検討を行うため、患者、HIV 専従看護師などのインタビューをもとにセルフマネジメント尺度（案）、抑うつ程度、HIV の疾患と治療に関する知識などのアンケートを実施し 208 名（62.7%）の回答を得た。セルフマネジメント阻害要因として、モニタリングでは「25 歳未満」、「CD4 数が高値」、受療行動では、「高卒以下」、「知識がないこと」、セーフターセックスでは、「未婚」、「MSM」、「患者団体等の参加なし」、「他者への告白がない」、内服管理は「HIV-RNA が UD であること」であった。調査 II では初診から 5 年間の療養経過 170 名のデータから、初診から 6 ヶ月以内に 66 名が治療開始、死亡の転帰は 6 名、受診中断を経験した者は 19 名であった。また受診した診療科は 25 科で眼科 129 名、皮膚科 106 名、耳鼻科 56 名、外科 45 名、精神科 43 名だった。在宅療養支援を受けた者は 15 名（8.8%）で、調査期間内に 9 名が中止したが支援目的が精神問題や経済・社会的問題である場合には支援は継続されていた。

患者の生活状況、療養時期・期間に応じた連携などを含めた支援体制の整備が重要である。

研究構成

- I. HIV/AIDS 患者のセルフマネジメント評価尺度の開発およびセルフマネジメント阻害要因の検討
- II. HIV 感染症患者の初診から 5 年療養経過に関する実態調査①治療・受診・社会資源の活用状況②在宅療養支援の導入

I. HIV/AIDS患者のセルフマネジメント評価尺度の開発およびセルフマネジメント阻害要因の検討

研究分担者：池田 和子（国立国際医療センター戸山病院エイズ治療・研究開発センター）

研究協力者：徐 廷美（東京大学大学院健康科学・看護学専攻成人看護学分野）

下司 有加（独立行政法人国立病院機構大阪医療センター）

荒井 理那（国立国際医療センター戸山病院エイズ治療・研究開発センター）

山田 由紀（国立国際医療センター戸山病院エイズ治療・研究開発センター）

西垣 昌和（東京大学大学院健康科学・看護学専攻成人看護学分野）

島田 恵（国立国際医療センター戸山病院エイズ治療・研究開発センター）

数間 恵子（東京大学大学院健康科学・看護学専攻成人看護学分野）

研究目的

HIV感染症は、抗ウイルス薬の著しい進歩により死亡率が低下し[1]、先進国では慢性疾患として外来ケアに中心が移った。一方、ほぼ生涯の通院と内服が必要となったHIV/AIDS患者に対しては、他の慢性疾患同様、セルフマネジメントへの支援が重視されている[2, 3]。

慢性疾患におけるセルフマネジメントとは「症状、治療、身体的・心理社会的影響、ライフスタイルの変容を自ら管理する個人の能力」とされ[4]、治療に対するアドヒアランス維持にとどまらず、精神的・社会的な面でのセルフマネジメントも組み入れることを意味している[5]。

HIV/AIDS患者に求められるセルフマネジメントは多岐にわたり、様々な難しさがある。治療において最も重要な課題は、鍵となる抗ウイルス治療（Antiretroviral Therapy: ART）の効果を発揮・維持させることであり、そのためには高い内服率の達成が必要となる[6, 7]。

メンタルヘルスの維持も、セルフマネジメントの一つとして重要な領域である。うつが内服率を低下させるなど[8, 9]、治療への影響も懸念される。さらに、セーフターセックスの実践も不可欠である。

このように、HIV/AIDS患者のセルフマネジメント支援の必要性は理解され、支援も行われてきた。それに対し、評価はCD4数やHIV-RNA量などの臨床データにとどまり、実際に患者のセルフマネジメントスキルが定着し、実践されているかどうかは評価されていない。

そこで本研究では、HIV/AIDS患者のセルフマネジメント評価尺度（以下、セルフマネジメント尺度とする）を開発すること、セルフマネジメント阻害要因を検討すること、セルフマネジメントに関連する要因を探索することを目的とした。

研究方法

1) セルフマネジメント尺度（案）の作成

HIV/AIDS患者のセルフマネジメントに関する文献レビュー、エイズ拠点病院の患者パンフレット参照、エイズ拠点病院のHIV/AIDS看護を専従とする看護師（以下、専従看護師とする）7名のインタビュー、10名の患者および2名の患者団体スタッフのインタビューを行い、尺度の項目を作成した。項目は、身体面、食事・運動、受診・サポート、感染予防、精神面、内服の6領域に分類した。専従看護師、HIV/AIDS専門医師との検討を経て、32項目のHIV/AIDS患者のセルフマネジメント尺度（案-0）を作成した。

尺度の回答形式は、各項目に対し「必ずしている」から「全くしていない」の5件法、得点はそれぞれ5～1点とし、高いほどその領域のセルフマネジメントを実践していることを表す。感染予防関連項目のうち性行動に関する4項目は、直近1カ月でセックス経験がある場合のみ、内服に関する項目については、ARTを受けている場合のみ回答することとした。

2) パイロットテスト：表面妥当性の検証

都内エイズ拠点病院に外来通院中のHIV/AIDS患者で、20歳以上、日本語の質問紙に回答が可能、身体面・精神面の急性期症状がなく、参加の同意が得られた9名（男性8名、女性1名）に対し、2008年7月に予備的調査を行った。表面妥当性が確認できたので、以後セルフマネジメント尺度（案）とし、本調査に用いた。

3) 計量心理学的検証およびセルフマネジメント関連要因探索の調査（本調査）

(1) 調査対象

都内・大阪市内のエイズ拠点病院各1施設に外来通院中で、予備調査と同条件、かつ、主治医・担当看護師に参加可能と判断され、参加の同意が得られた患者とした。予備調査の参加者は除外した。

(2) 調査期間

2008年10月1日～11月30日であった。

セルフマネジメント尺度の作成プロセス



(3) 調査方法

本調査は、連結可能匿名化された自記式質問紙調査(2回)と、調査施設の専従看護師(以下、調査担当者)による診療記録調査からなる。調査担当者が、書面にて調査の趣旨を説明し、口頭で同意を得た後、初回調査用・再調査用の自記式質問紙を手渡した。両質問紙への回答に2週間以上を空けること、実際の回答日を記入することを強調した。

初回調査の回答があった対象者の臨床情報を、調査担当者が、診療記録より所定の記録用紙に転記し、調査IDで匿名化された状態で分析担当者宛に郵送した。

(4) 調査項目とその内容

① 対象者背景

性別、年齢、就労の有無、婚姻状況、同居者の有無、教育歴、年収、HIV感染者であることの他者への告白の有無、患者会等の参加有無、感染のきっかけと思われる原因、ART内服の有無、副作用の有無、直近1カ月のセックス経験の有無、免疫状態の自覚を自記式質問紙により調査した。

診療記録より、罹患期間、病期、直近のCD4数とHIV-RNA量(以下、ウイルス量とする)を調査した。

② セルフマネジメントの実践の程度

作成したセルフマネジメント尺度(案)を用いた。

③ 併存妥当性の指標

本庄らにより開発され、信頼性・妥当性が検証されている「慢性病者のセルフマネジメント能力を査定する質問紙」の1ドメインである「健康管理法の獲得と継続」を用いた[10]。これは、慢性疾患患者における「自分の生活に即した健康管理法を身につけ、それを継続する能力」を評価している。10項目からなり、回答は「はい」～「いいえ」の5件法、得点範囲は10～50点で、得点が高いほどこの能力が高いことを示す。

④ セルフマネジメントに関連を想定した要因

i) セルフマネジメント阻害要因

セルフマネジメント尺度(案-0)作成過程で、7名のエイズ拠点病院の専従看護師、10名の患者、2名の患者団体スタッフのインタビューを行った際、どのような問題点がセルフマネジメントの阻害要因となり得るかについても尋ねた。その結果を内容分析の手法を用いて分類し、セルフマネジメント尺度(案)の6領域「身体面、食事・運動、受診・サポート、感染予防、精神面、内服」に対応させて65の質問項目を作成した。それら問題点に対し、どの程度当てはまるかを尋ね、回答を「よくあてはまる」～「全くあてはまらない」の4段階で得ることとした。得点は、それぞれ4点～1点を与え、高いほどセルフマネジメント実践上の問題点があるとした。専従看護師4名から内容妥当性の確認を得、予備調査にも含めた。予備調査後の患者へのインタビューにおいて、回答のしかたが分かりにくいという意見があったが、説明により理解できていた。

ii) 抑うつ程度

The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)[11]の日本版を用いて評価した[12]。この尺度は信頼・妥当性が確認されており、20項目を4件法で尋ねる。得点範囲は0～60点で、得点が高いほどうつ状態であることを

示す。抑うつ判定のカットオフポイントは16点である。

iii) HIVの疾患と治療に関する知識

先行研究を参考に[13]、CD4数・ウイルス量について、「何について調べるためのものか、下から選んでお書き下さい」と問い、選択肢を、ア.免疫の状態、イ.ウイルスの大きさ、ウ.AIDSになったかどうか、エ.リンパ球の形、オ.HIV感染症の進行速度と抗ウイルス薬の効果とし、正答を各々1つ選択するよう構成した。未記入は不正解とした。専従看護師から内容妥当性の確認を得、予備調査にも含めた。

(5) 分析方法

対象者背景と関連要因に想定した各変数の記述統計量を算出した。セルフマネジメント尺度(案)各項目の回答分布を確認し、因子構造を確認後、各ドメイン得点の記述統計量を算出した。

因子妥当性について、主因子法プロマックス回転による探索的因子分析を行った。因子数はスクリープロットを参考に妥当性を確認した。内的整合性はクロンバックの α 係数を算出した。併存妥当性については指標尺度と各ドメイン得点間のピアソンの積率相関係数を算出した。

再テスト信頼性は、初回調査と再調査の回答日に2週間以上の間隔がない場合は、再調査データは無効とし、各項目の重み付き κ 係数と、ドメイン別得点について級内相関係数を算出した。

セルフマネジメントの関連要因に想定した変数と対象者背景に関する変数を、各々2値にカテゴリー化し、信頼性・妥当性確認後のセルフマネジメント尺度各ドメインの平均得点をt検定によって比較した。年齢、CD4数、ウイルス量も、以下の臨床的意義に基づきカテゴリー変数とした。年齢は、アメリカDHHS(Department of Health and Human

Services)のガイドラインで13-24歳は特別

表1 対象者背景

		Total		欠損 n
		n	%	
性別	男性	317	(96.1)	1
年齢	mean±SD[range]	40.3±10.3	[21-68]	5
就労	有	269	(81.5)	1
職種	常勤・自営	202	(75.1)	0
婚姻状況	未婚 ¹⁾	276	(83.9)	2
同居者	あり	194	(58.8)	1
最終学歴	中・高卒	131	(40.2)	5
	専門以上	195	(59.8)	
年収	300万未満	165	(51.6)	11
	300万以上	155	(48.4)	
他者への告白	あり	292	(88.8)	2
患者団体等利用	あり	74	(22.6)	3
感染のきっかけ	同性間性的接触	238	(74.8)	13
	それ以外	80	(25.2)	
内服	あり	259	(78.5)	1
副作用	あり	168	(70.3)	20
免疫状態の自覚	良い ²⁾	199	(61.2)	6
	悪い ³⁾	127	(39.1)	
知識(CD4) ⁴⁾	正答者	273	(82.5)	29
知識(ウイルス量) ⁵⁾	正答者	219	(66.2)	32
セックスの経験 (直近1か月間で)	なし	153	(47.2)	7
	あり(特定の相手)	88	(27.2)	
	あり(不特定)	83	(25.6)	
罹患年数(n=241)	mean±SD[range]	3.8±4.3	[0.1-24]	
病期(n=328)	AIDS未発症	231	(72.4)	9
	AIDS	88	(27.6)	
CD4数(n=328)	<200	54	(16.6)	2
	<350	95	(29.1)	
	<500	107	(32.8)	
	500以上	70	(21.5)	
HIV-RNA量(n=328)	検出限界以下	204	(62.6)	2
	≤1000	49	(15.0)	
	≤1万	20	(6.1)	
	1万以上	53	(16.3)	

1)未婚 離婚、死別を含む

2)免疫状態について「非常に良い」「まあまあ」と答えた数

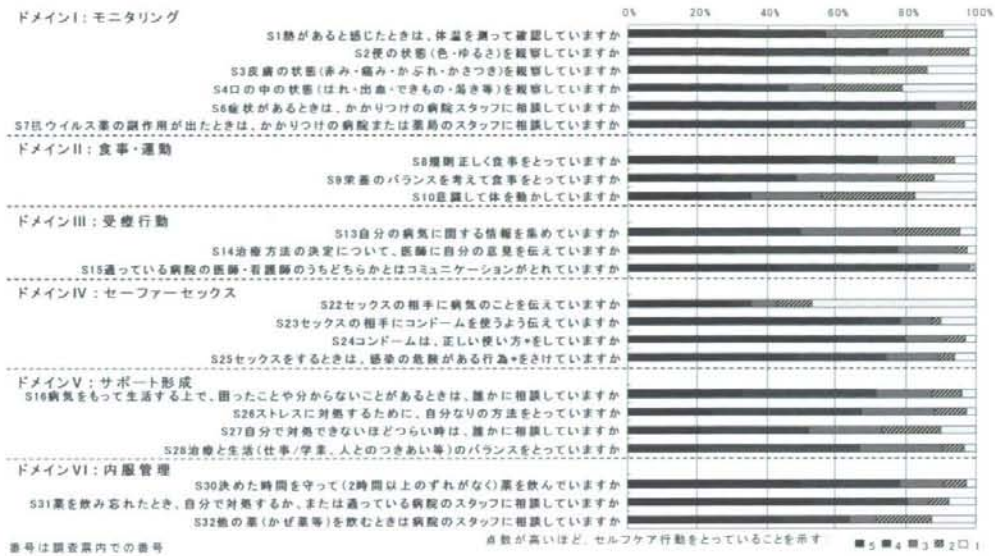
3)免疫状態について「どちらともいえない」「やや悪い」「非常に悪い」と答えた数

4)5)CD4とHIV-RNA量の検査結果の意味を問う質問

な配慮を要する集団としており[14]、25歳未満・以上で分類した。CD4数は、200未満に低下するとAIDS発症リスクが高まること[15]、ウイルス量は、ARTの治療効果判定の最重要指標であり、検出限界以下を目標としていること[15]に従い、分類した。セルフマネジメント実践上の問題点については、天井効果が見られた項目を除き、セルフマネジメント尺度各ドメイン得点とのピアソンの積率相関係数を算出した。

すべての検定の有意水準は両側5%とした。解析は統計解析パッケージSAS Ver. 9.1を用いて行った。

図1 セルフマネジメント尺度の回答分布



4) 倫理面への配慮

国立国際医療センター倫理委員会、大阪医療センターの倫理委員会に相当する受託研究審査委員会、東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得て実施した。

研究結果

1) 調査の応諾状況と対象者背景

調査期間中に調査施設に来院し適格基準を満たすHIV/AIDS患者417名に調査を依頼し、400名から同意を得、332名から初回調査の回答を得た。1割以上の欠損があった1名を除き、331名(82.8%)を分析対象とした。また227名から再調査質問紙の返送があった。うち、再調査のみに回答した1名、日付未記入の3名、再調査回答までの間隔が2週間に満たない15名を除外し、208名(62.7%)を再テスト信頼性の分析対象とした。

表2-1 HIV/AIDS患者セルフマネジメント評価尺度の探索的因子分析の結果(主因子法、プロマックス回転) N=256

モニタリング	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	共通性
皮膚の状態(赤み・痛み・かぶれ・かさつき)を観察していますか	0.85	-0.03	0.03	-0.01	-0.20	0.62
症状があるときは、かかりつけの病院スタッフに相談していますか	0.61	0.07	0.02	-0.08	0.17	0.50
口の中の状態(はれ・出血・できもの・湯き等)を観察していますか	0.61	0.02	0.03	0.00	-0.03	0.37
抗ウイルス薬の副作用が出たときは、かかりつけの病院または薬局スタッフに相談していますか	0.60	0.01	0.04	-0.01	0.17	0.50
便の状態(色・ゆるさ)を観察していますか	0.41	-0.14	-0.13	0.10	0.27	0.32
熱があると感じたときは、体温を測って確認していますか	0.38	0.13	0.01	0.15	-0.03	0.25
サポート形成						
自分で対処できないほどつらい時は、誰か(家族、友人、パートナー、病院スタッフ等)に相談していますか	0.04	0.93	-0.01	-0.12	-0.04	0.79
ストレスに対処するために、自分なりの方法(気分転換、休む、人に話す、薬をのむ等)をとっていますか	0.01	0.56	-0.02	0.23	-0.02	0.44
病気をもちて生活する上で、困ったことや分からないことがあるときは、誰か(家族、友人、パートナー、病院スタッフ、役所の人等)に相談していますか	-0.07	0.44	0.06	-0.09	0.37	0.42
治療と生活(仕事/学業、人とのつきあい等)のバランスをとっていますか	0.02	0.36	-0.04	0.27	0.15	0.36
内服管理						
薬を飲み忘れたとき、自分で対処するか、または通っている病院のスタッフに相談していますか	-0.01	-0.05	0.96	-0.03	0.10	0.92
他の薬(かぜ薬等)を飲むときは、通っている病院のスタッフに相談していますか	0.21	-0.02	0.58	0.00	0.04	0.46
決めた時間を守って(2時間以上のずれがなく)薬を飲んでいきますか	-0.12	0.09	0.55	0.27	-0.13	0.43
食事・運動						
規則正しく食事をとっていますか	0.01	-0.11	0.00	0.69	0.06	0.47
栄養のバランスを考えて食事をとっていますか	0.06	0.12	0.05	0.58	0.09	0.52
意識して体を動かしていますか(歩くことや軽い体操も含む)	0.00	0.04	0.13	0.47	-0.07	0.27
受療行動						
通っている病院の医師・看護師のうち、少なくともどちらかとはコミュニケーションがとれていますか	-0.03	-0.02	0.08	-0.03	0.62	0.37
治療方法の決定について、医師に自分の意見を伝えていきますか	0.02	0.06	0.00	0.09	0.47	0.31
自分の病気に関する情報を集めていますか	0.15	0.11	-0.07	0.04	0.46	0.36

累積寄与率:42.0%

表2-2 HIV/AIDS患者セルフマネジメント尺度のセーフターセックスドメイン

セックスの相手に病気のことを伝えてはいますか
セックスの相手にコンドームを使うよう伝えてはいますか
コンドームは、正しい使い方¹⁾をしていますか(女性の方は、相手の状況を想定してお答え下さい)
セックスをするときは、感染の危険がある行為²⁾をさせてはいますか

¹⁾ セックスの始めから使用する。先端部をつまみ空気が入らないようにする。ペニスの根本までかぶせる。射精後は途中で外れないよう指を挿入して取る
²⁾ コンドームなしのアナルセックス/膣性交、口内に傷がある状態でのフェラチオ/クニニリングス、先走り液、精液、膣分泌液、多量の唾液・血液が、相手の傷口にふれるような行為

対象者特性を表1に示した。平均年齢(±SD)は40.3±10.3歳、男性が9割を占めた。感染経路では男性同士の性的接触が約7割強であった。78.5%がARTを開始していた。62.6%でウイルス量検出限界以下を維持し、16.6%がCD4数<200のAIDS発症リスクの高い患者であった。

2) セルフマネジメント尺度(案)の回答状況

「検査のたびに、ウイルス量とCD4数の結果を確認していますか」「予約した日に受診していますか」「歯ブラシやカミソリの共用を避けるようにしていますか」「薬を飲まなかったことがありますか」の4項目に対し、「いつもしている」「ほぼしている」と答えた割合が9割以上であった。

それ以外の項目について、各項目の回答分布を図1に示した。また、ドメイン別の項目平均得点を表3に示した。平均得点は3.5以上であり、食事・運動ドメインの得点が最も低かった。

欠損割合の平均は0.6%であったが、セーフターセックスに関する4項目では、6.6%であった。その4項目に対して、153名(47.2%)が該当なし(直近1カ月でセックス経験なし)であった。

3) セルフマネジメント尺度(案)の計量心理学的評価

(1) 因子妥当性

因子分析の結果を表2-1に示した。セーフターセックスに関する4項目は、直近1カ月にセックス経験を有する対象者が約半数(165名)であったため、感染予防に関する領域を、感染予防(4項目)とセーフターセックス(4項目)の二つに分類した。因子分析は、セーフターセックスの4項目を含めず、また、分析対象者数(331名)ではなく内服に関する項目の対象者数(256名)で行った。前述の天井効果を示した4項目、因子としての解釈が困難な2項目を削除した結果、6因子構造を得た。しかし、感染予防ドメインが1項目のみとなったため、専従看護師と検討した結果、尺度化を控えることとした。以上より解釈可能な

19項目5因子を抽出した。累積寄与率は42%であった。この5因子に、セーフターセックスの4項目を含め120名のデータで因子分析を行ったところ、4項目は1因子構造であることが確認され、内的一貫性を示すクロンバック α も0.73であったため、セーフターセックスの4項目(表2-2)を1因子として追加し、6因子23項目の尺度とした。想定していた因子名を内容に合わせ修正、さらに事前に想定した順序に変更し、「モニタリング」「食事・運動」「受療行動」「セーフターセックス」「サポート形成」「内服管理」とした。これ以降は、この順序で論じることとする。

(2) 記述統計と内的整合性

ドメイン別得点とクロンバックの α 係数を表3に示した。受療行動ドメインで0.59、食事・運動ドメインで0.68となり、その他は0.73~0.80であった。

表3 HIV/AIDS患者セルフマネジメント尺度の記述統計と信頼性

	n	mean±SD	項目平均	α	ICC
モニタリング[6-36]	258	22.3±5.3	3.72	0.80	0.72
食事・運動[3-15]	258	10.6±2.9	3.53	0.68	0.81
受療行動[3-15]	258	11.7±2.0	3.90	0.59	0.71
セーフターセックス[4-20]	165	15.2±3.9	3.80	0.73	0.78
サポート形成[4-20]	257	14.9±3.2	3.72	0.74	0.72
内服管理[3-15]	259	11.6±3.1	3.93	0.78	0.70

ドメイン名横の[数字]は得点レンジ、 α : クロンバックの α 係数、ICC: 級内相関係数

(3) 併存妥当性

セルフマネジメント尺度と「健康管理法の獲得と継続」との併存妥当性の検討結果を表4に示した。相関係数は0.15~0.51であった。

(4) 再テスト信頼性

表4 HIV/AIDS患者セルフマネジメント尺度の併存妥当性

ドメイン名	n	指標尺度 ¹⁾ との相関 ²⁾	p値
モニタリング	328	0.37	<.0001
食事・運動	328	0.51	<.0001
受療行動	328	0.31	<.0001
セーフターセックス	165	0.15	<.05
サポート形成	327	0.46	<.0001
内服管理	256	0.38	<.0001

1) 慢性疾患のセルフケア能力を査定する質問紙「健康管理法の獲得と継続」ドメイン

2) ピアソンの積率相関係数

重み付き κ 係数は、0.39の1項目を除き、0.41~0.75であった。級内相関係数は表3に示したように、全てのドメインで0.7以上であった。

4) セルフマネジメントの関連要因

(1) セルフマネジメント阻害要因の回答状況

セルフマネジメント阻害要因の65項目を表5(最終ページ)に示した。26項目に、天井効

果が見られた。一方で「よくあてはまる」「だいたいあてはまる」と答えた患者が、5割を超えた項目は以下の7項目あった。「高齢になったとき、医療や福祉のサービスが受けられるかどうか不安である」「病気があることで、恋愛またはセックスに消極的になった」「恋愛やセックスの相手に悪いと思ってしまう」「セックスの時、予防をしても、感染するかもしれないという不安がある」「病気のために制限しなければいけないことがある」「病気への無理解や偏見に接したとき、精神的に不安定になる」「感染をしたことで、自分を責める気持ちがある」

(2) セルフマネジメント関連要因の探索

対象者背景、CES-D得点、知識の有無について、関連要因探索の単変量解析結果を表6に示した。対象者背景は、関連のあった変数のみ示した。以下にセルフマネジメントが実行できない要因をドメインごとに述べる。モニタリングでは、25歳未満であること、CD4数が高いことであった。食事・運動では、25歳未満、無職、未婚者、高卒以下、年収300万未満、知識がないことであった。受療行動では、高卒以下、知識がないことであった。セーフターセックスでは、未婚、感染経路が同性間性的接触、患者団体等の参加なし、他

者への告白がないことであった。サポート形成では、同居者がいないこと、他者への告白がないこと、免疫の自覚が悪いことであった。内服管理は、ウイルス量が検出限界以下であることであった。

表7には、セルフマネジメント阻害要因のうち天井効果が見られた項目を除く39項目で、セルフマネジメント尺度の各ドメインと±0.4より大きい相関が見られた項目を示した。セーフターセックスドメインで7項目に相関があった。

考察

本研究では、HIV/AIDS患者のセルフマネジメント評価尺度を作成し、信頼性・妥当性の検証と関連要因の探索を行った。HIV/AIDS患者のセルフマネジメントの実践程度とその関連要因の把握により、セルフマネジメント支援への有用な知見を得ることができた。

1) セルフマネジメント尺度の回答状況

天井効果が見られた4項目は、HIV/AIDS患者の最も基本的な療養行動であり、本調査に参加した患者においては、すでに日常生活に組み込まれ、問題なく実行できている項目であったと言える。

食事・運動ドメインの平均得点が3.53と最も

表6 HIV/AIDS患者のセルフマネジメントの関連要因

	モニタリング				食事・運動				受療行動				セーフターセックス				サポート形成				内服管理			
	n	mean	SD	p	n	mean	SD	p	n	mean	SD	p	n	mean	SD	p	n	mean	SD	p	n	mean	SD	p
25歳未満	13	18.0	6.6	*	13	8.5	3.1	*	13	12.2	1.2		9	15.2	3.1		13	15.5	2.8		7	10.9	4.6	
25歳以上	318	22.4	5.2		318	10.5	3.0		318	11.6	2.0		156	15.2	3.9		316	14.7	3.3		252	11.8	3.1	
有職	269	22.2	5.3		269	10.6	2.8	*	269	11.7	2.0		137	15.1	3.7		268	14.8	3.2		207	11.6	3.1	
無職	61	22.4	5.4		61	9.7	3.8		61	11.5	2.1		28	15.5	4.4		60	14.8	3.3		51	12.3	3.1	
未婚 ¹⁾	276	22.0	5.4		276	10.2	3.1	***	276	11.6	2.0		143	14.9	3.8	**	273	14.6	3.2		207	11.7	3.0	
既婚	53	23.2	4.8		53	11.7	2.5		53	12.0	2.0		21	17.1	4.0		54	15.5	3.2		50	11.8	3.5	
中・高卒	136	21.7	5.4		136	9.8	3.2	**	136	11.3	1.9	*	66	15.3	4.0		135	14.6	3.4		107	11.6	3.0	
専門卒以上	195	22.6	5.2		195	10.8	2.8		195	11.8	2.0		99	15.1	3.8		194	14.8	3.1		152	11.8	3.2	
年収300万未満	165	22.3	5.2		165	10.1	3.2	*	165	11.5	2.0		75	15.1	3.7		163	15.0	3.2		132	12.0	3.1	
年収300万以上	155	22.4	5.3		155	10.9	2.7		155	11.8	2.0		87	15.3	3.8		155	14.7	3.2		118	11.7	3.0	
同居者あり	194	22.6	5.2		194	10.5	3.0		194	11.5	2.1		101	15.3	4.1		194	15.2	3.0	**	151	11.8	3.1	
同居者なし	136	21.8	5.5		136	10.3	3.1		136	11.8	1.8		64	15.0	3.4		134	14.2	3.5		107	11.7	3.1	
同性間性的接触 ²⁾	238	22.2	5.3		238	10.2	3.0		238	11.6	1.9		138	14.8	3.8	*	237	14.7	3.2		176	11.7	2.9	
それ以外	80	22.4	5.2		80	10.9	3.1		80	11.5	2.2		23	17.1	3.9		79	14.9	3.4		73	11.8	3.5	
参加あり ³⁾	74	22.3	5.2		74	10.7	2.9		74	12.0	2.0		38	14.1	3.8	*	73	15.3	3.2		61	11.2	3.1	
参加なし	254	22.3	5.4		254	10.4	3.1		254	11.5	2.0		127	15.5	3.8		253	14.6	3.2		195	12.0	3.0	
告白あり ⁴⁾	292	22.3	5.3		292	10.5	3.0		292	11.7	2.0		148	15.4	3.9	*	290	15.0	3.1	***	229	11.7	3.2	
告白なし	37	22.4	5.6		37	9.8	3.3		37	11.1	2.3		17	13.4	3.2		37	12.7	3.7		28	12.3	2.5	
CD4:200未満	59	24.2	4.3	**	59	10.6	2.9		59	11.4	1.9		23	15.0	4.4		59	14.6	3.3		50	12.1	3.1	
CD4:200以上	272	21.8	5.4		272	10.4	3.1		272	11.7	2.0		142	15.2	3.8		270	14.8	3.2		209	12.1	3.1	
HIV-RNA量<UD ⁵⁾	209	22.0	5.4		209	10.5	3.0		209	11.7	1.9		104	15.5	3.8		208	14.9	3.3		206	11.5	3.0	*
それ以外	122	22.6	5.2		122	10.4	3.2		122	11.5	2.1		61	14.6	4.0		121	14.5	3.1		53	12.6	3.3	
免疫自覚良い ⁶⁾	198	21.9	5.3		198	10.7	2.9		198	11.7	2.1		101	15.6	3.7		199	15.0	3.2	*	169	11.5	3.1	
免疫自覚悪い	127	22.8	5.4		127	10.1	3.2		127	11.6	1.9		62	14.6	4.1		125	14.3	3.3		85	12.2	3.0	
知識あり ⁷⁾	207	22.4	5.4		207	10.7	2.9	*	207	11.8	2.0	*	99	15.4	3.8		206	14.9	3.1		166	12.0	3.0	
知識なし	124	22.0	5.2		124	9.9	3.3		124	11.3	1.9		66	14.9	3.9		123	14.5	3.4		93	11.3	3.2	
うつあり ⁸⁾	165	22.4	5.1		165	10.2	3.2		165	11.8	2.2		90	15.2	3.8		162	15.0	3.4		131	11.8	3.1	
うつなし	166	22.0	5.5		166	10.6	2.9		166	11.5	1.8		75	15.2	4.0		167	14.6	3.1		128	11.7	3.1	

t-test *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

1)離婚・死別を含む

2)感染のきっかけと思われる原因

3)患者会・患者支援団体の参加

4)HIV感染者であること他者への告白

5)UD(Undetectable)検出限界以下

6)自分の免疫状態に対し、良い「非常に良い」「まあまあ」、悪い「どちらともいえない」「やや悪い」「非常に悪い」

7)知識あり・CD4・ウイルス量の検査結果の意味を問う質問に両方正解、知識なし・少なくとも1つ不正解

8)CES-D得点16点以上

表7 HIV/AIDS患者のセルフマネジメントと関連のあった問題点項目

セルフマネジメント実践上の問題点	n	r ¹⁾
食事・運動		
栄養のバランスがよい食事のとり方が分からない	330	-0.45
セーフターセックス		
感染する可能性は低いと思い、セーフターセックスが実行できない	162	-0.59
セックスを楽しみたいので、セーフターセックスが実行できない	162	-0.57
多量の飲酒またはドラッグを使用してセックスをするとき、セーフターセックスが実行できない	162	-0.52
関係が変化するかもしれないと思い、セックスの相手に病気のことを伝えられない	162	-0.51
セックスの相手に責められるかもしれないと思い、病気のことを伝えられない	162	-0.51
病気のことを正しく伝える自信がないために、セックスの相手に病気のことを伝えられない	162	-0.45
感染を伝えた相手に受け入れてもらえないと思い、病気のことを伝えられない	162	-0.50
サポート形成		
気分転換できる方法がない	327	-0.44
精神面のことで相談できる相手がない	327	-0.58

1)ピアソンの積率相関係数 p値は全て<0.0001

低かった。これは近年、ART副作用の脂質代謝・糖代謝異常による心・血管系へのリスクが指摘されるようになり、生活習慣改善に対する支援が開始されたところであり、患者の認識としてまだ定着していない可能性があるためだと考えられる。

欠損割合は全体では低かったが、セーフターセックス項目で比較的高く、実際の使用時は、性行動に関するセルフマネジメントの重要性と評価の必要性、完全な守秘の下で行うことを十分に説明することが必要である。

2) セルフマネジメント尺度の妥当性・信頼性

本尺度は、先行研究や多方面からのインタビューによって項目をプールし、HIV/AIDSを専門とする看護師・医師との検討・確認を経て確定された。またHIV/AIDS患者に予備調査を行ったことで、内容妥当性・表面妥当性は確保できたと言える。因子妥当性については、ほぼ想定したドメイン構造となり、内容的にも解釈可能な構造となった。項目数3のドメインでクロンバック α が基準とされる0.70を下回った以外は、ドメインの内的整合性は確保できた。また、「健康管理法の獲得と継続」と本尺度のドメイン得点間には、1ドメインを除き0.30以上の相関が見られ、概ね併存妥当性が確認できた。

セーフターセックスドメインで相関が低かったのは、セーフターセックスは「健康管理法の獲得」とは若干異なる概念を持つことが考えられるためである。セーフターセックスの重要策であるコンドーム使用が健康保持のための性感染症予防より、避妊のために使用するという意識が高いと言われていること[16]、HIV/AIDS患者を「感染を広げる可能性をもつ人」ではなく「自らの予防が大事である人」と捉えるべきだとされていること[17]から、患者がセーフターセックスを健康保持のための予防行動とは捉えていない可能性がある。

再テスト信頼性について、1項目を除き重み付き κ 係数は0.40以上あり、級内相関係数も推奨される0.70を超えていたことから、確認できたと考えられる。

3) セルフマネジメントの関連要因

(1) セルフマネジメント阻害要因の回答状況

セルフマネジメント阻害要因

の65項目は、セーフターセックス、サポート形成について多くの項目が特定された。受療養行動の項目も多かったが、同時に天井効果が見られた項目も多かった。これは、受診が継続できており、医療者との関係において問題をもつ患者は少なかったということを示している。内服管理の項目も多くで天井効果が見られていた。これは、内服が問題なく継続できていることを意味する。したがって、今回対象となった患者は、通院と内服において困難を感じることなく継続できていると、医療者との関係も良好であると考えるだろう。しかし、「よくあてはまる」「だいたいあてはまる」という回答が5割を超えた項目からは、患者が自分を責め、何らかの制限を感じ、将来に不安を抱いている様子がわかる。今後の支援としては、こうした内面的な困難を軽減できるような、精神的サポートの充実が必要であると考えられる。

(2) セルフマネジメントの関連要因の探索

モニタリングを実行していない要因は、CD4数が高いことと、年齢が若いことであった。CD4数が高い患者は日和見感染症やAIDS発症のリスクが低いと考え、行動していないことが考えられる。免疫状態や抗ウイルス薬の種類から、起こりうる症状や副作用を事前に説明し、注意を促す必要があろう。また、25歳未満では併存疾患が少ないことが予想され、代謝異常等の重症副作用の出現も少ないことから[18]、症状の体験が少なく、体調管理に注意を向けられないことが考えられる。

食事・運動でも25歳未満であることが関連していた。一般に、20代男性は朝食の欠食率が多く、野菜摂取量が低く、運動への意識も低い[19]。また未婚であることはこの傾向を強めることが予想される。加えて無職で年収が少ないことは不安定な生活を象徴してお