3　HIV 陽性者の心理的問題点と対策の検討

研究分担者　：　安尾　利彦（国立病院機構　大阪医療センター　臨床心理室）

研究協力者　：　西川　歩美（国立病院機構　大阪医療センター　臨床心理室）
水木　薫（国立病院機構　大阪医療センター　臨床心理室）
神野　未佳（国立病院機構　大阪医療センター　臨床心理室/公益財団法人　エイズ予防財団）
森田　眞子（国立病院機構　大阪医療センター　臨床心理室）
冨田　朋子（国立病院機構　大阪医療センター　臨床心理室）
宮本　哲雄（国立病院機構　大阪医療センター　臨床心理室）
富成　伸次郎（京都大学大学院　社会健康医学系専攻　健康情報学分野）

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

初年度である一昨年度は研究 1 として、大阪医療センターに通院する HIV 陽性者の診療録の後方視的調査を行い、続いて 2 年目である昨年度は研究 2 として、HIV 陽性者および他の慢性疾患を対象に受診中断等の行動面の障害を伴う問題や心理的傾向を疾患の違いによって比較検討し、HIV 陽性者の行動面や心理面の特性を明らかにする調査を行った。研究 1 の結果、30 歳以下であること、抗 HIV 薬服用を服用していないこと、無断キャンセルの回数が多いことが受診中断と関連していること、研究 2 の結果、受診中断と関連する要因は見いだせなかったが、自尊感情と服薬中断の間に関連があることが明らかとなった。

最終年度である今年度は研究 3 として、HIV 陽性者の受診中断・継続の心理的背景と受診中断予防、受診再開、受診継続のための介入方法を明らかにすることを目的に、当院を初診受診した HIV 陽性者のうち、6 ヵ月以上にわたる受診中断経験を有する人を中断・再開経験者群（以下中断群）として、性別、年齢、感染経路、病期、CD4 値、治療状況などで中断群とマッチングする受診中断経験のない人を受診継続者群（以下継続群）として抽出し、欲求不満状況への反応を査定する心理検査である P-F スタディ等から構成される調査を実施した。P-F スタディの結果から、中断群（n=13）は欲求不満状態に陥った際に、その原因を自分に求め自分を攻撃する一方、障害となっている他者に対しては許容的な態度を取る傾向が強いこと、継続群（n=6）は欲求不満の原因である障害に対して不満や不快を表明したり他者を直接的に避難・攻撃したりすることは少なく、自分で障害を解決して乗り越えようとする傾向が強いことが推察された。自分を攻撃することが、受診行動を阻害する現実的問題を解決して乗り越える力や、自分を大事にしようとする治療意欲を弱めている可能性、および、受診中断の予防や再開・継続の支援のためには、HIV 感染等を巡る HIV 陽性者の自罰的な感情への介入や、問題解決の指向性を補助・促進する介入の必要性が示唆された。

研究の背景

中西ら[1]によると、HIV 陽性者は適応障害やうつ病などを発症することが多く、適応障害の中心は不安あるいは抑うつ気分であるが、対応が困難となるのは行動面の障害を伴う場合であり、具体的には外来通院の中断、内服の自己中断、職場放棄、ひきこもり、大量飲酒、薬物乱用が挙げられる。その他の先行研究でも、HIV 陽性者はメンタルヘルスに関する問題を抱えていることが多く[2]、メンタルヘルスの低下や心理的な苦痛は、その後の安定した受診や服薬の障壁になりやすいと言われている[3][4]。また、富成ら[5]によると、受診中断となる因子は治療歴なし、就労なし、若年者であり、カウンセリング導入歴があるものは、受診中断する可能性が低いことが示唆されている。加えて、心理社会的治療は免疫状態を改善させるだけでなく、情緒的苦痛の軽減や服薬アドヒアランスの改善、リスク行動の低減などの利点があると指摘されている[6]。

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

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

研究 1：HIV 陽性者の受診中断に関する診療録の後方視的調査研究

研究目的

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

研究方法

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

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

単純集計及び受診中断歴に関してχ^2検定もしくは正確確率検定を行った。

（倫理面への配慮）

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

研究結果

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

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

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

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

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

2018年3月末時点での抗HIV薬内服の有無では、服用なしが13名（8%）であり、うち11名が中断歴あり、2名が中断歴なしであった。これまでに抗HIV薬服用ありは155名（92%）であり、うち22名が中断歴あり、133名が中断歴なしであった。服用なしのほとんどが中断歴ありであった。

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

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

物質使用について使用歴ありは57名（34%）であり、15名が中断歴あり、42名が中断歴なしであった。使用歴なしは88名（52%）であり、うち14名が中断歴あり、74名が中断歴なしであった。不明は23名（14%）であり、4名が中断歴あり、19名が中断歴なしであった。飲酒頻度や摂取量については、週3日以上の頻度で3杯以上の摂取量である群と、それ以外の飲まない、あるいは機会飲酒程度の群に分けたところ、週3日以上の頻度で3杯以上の摂取量の群は41名（25%）であり、うち5名が中断歴あり、36名が中断歴なしであった。飲まない・機会飲酒群は123名（73%）であり、うち26名が中断歴あり、97名が中断歴なしであった。不明は4名（2%）であり、2名が中断歴あり、2名が中断歴なしであった。

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

上記の単純集計から、年齢（30歳以下/31歳以上）、性別（男/女）、感染経路（同性間/異性間）、初診時の病期（無症候キャリア/エイズ発症）、2018年3月末時点での抗HIV薬服薬（あり/なし）、無断キャンセル（5回以上/4回以下）、メンタルヘルスに関する記述（あり/なし）、カウンセリングの利用歴（あり/なし）、物質使用（あり/なし）、アルコールの多量摂取（あり/なし）で、中断歴（あり/なし）に関してχ^2乗検定もしくは正確確率検定を行った。その結果は下記のとおりである。年齢（p=.000）、性別（p=1.000）、感染経路（p=.738）、初診時の病期（p=.075）、2018年3月末時点での抗HIV薬内服（p=.000）、無断キャンセル（p=.021）、メンタルヘルスに関する記述（p=.408）、カウンセリングの利用歴

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

考察

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

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

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

結論

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

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

研究目的

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

研究方法

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

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

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

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

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

（倫理面への配慮）

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

研究結果

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

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

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

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

糖尿病群（n=210）　平均年齢：62.3 歳。性別：男性 172 名（81.9%）女性 38 名（18.1%）。最終学歴：中学 9 名（4.3%）、高校 63 名（30.0%）、専門学校 12 名（5.7%）、高等専門学校/短期大学 16 名（7.6%）、4 年生大学 104 名（49.5%）、大学院 6 名（2.9%）。受診中断：あり 20 名（9.5%）、なし 190 名（90.5%）。治療薬自己中断：あり 14 名（6.7%）、なし 196 名（93.3%）。就労：あり 129 名（61.4%）、なし 81 名（38.6%）。外出：あり 142 名（67.6%）、なし 68 名（32.4%）。

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

自尊感情が低い人ほど治療薬の自己中断をしていた（OR 0.948, 95%CI 0.900−0.999, p=0.046）。高血圧症の人（OR 3.750, 95%CI 1.467-9.585, p=0.006）、糖尿病の人（OR 3.052, 95%CI 1.198-7.770, p=0.019）、年齢が低い人（OR 0.879, 95%CI 0.854-0.904, p<0.001）、自尊感情が高い人（OR 1.046, 95%CI 1.009-1.084, p=0.012）ほど就労していた。また年齢が低い人（OR 0.954, 95%CI 0.931-0.976, p<0.001）ほど外出をしていた。受診中断については特に共変量との関連は認められなかった。

2）心理尺度得点をアウトカムとし、疾患・基本属性を共変量とした重回帰分析

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

3）対象関係尺度　一般人口と 3 疾患群との間での t 検定

一般人口に比べて高血圧症患者は「親和不全」（t=19.351, p<.001）、「希薄な対人関係」（t=21.632, p<.001）、「自己中心的な他者操作」（t=24.601, p<.001）、「一体化の過剰希求」（t=32.575, p<.001）、「見捨てられ不安」（t=19.779, p<.001）が高かった。一般人口に比べて糖尿病患者も「親和不全」（t=18.074, p<.001）、「希薄な対人関係」（t=20.608, p<.001）、「自己中心的な他者操作」（t=30.697, p<.001）、「一体化の過剰希求」（t=26.382, p<.001）、「見捨てられ不安」（t=8.935, p<.001）が高かった。HIV 陽性者は一般人口に比べ、「親和不全」（t=2.759, p<.01）と「希薄な対人関係」（t=6.242, p<.001）が高く、「自己中心的な他者操作」（t=4.086, p<.001）、「一体化の過剰希求」（t=2.953, p<.01）、「見捨てられ不安」（t=2.200, p<.05）は低かった。

考察

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

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

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

結論

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

研究 3：HIV 陽性者の受診中断・再開・継続の心理的背景に関する研究

研究目的

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

研究方法

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

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

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

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

（倫理面への配慮）

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

研究結果

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

中断群（n=13）の基本属性は以下のとおりである。性別：男性 13 名（100%）、初診時年齢（平均）：31.3 歳、感染経路：男性同性間 13 名（100%）、初診時病期：無症候キャリア 12 名（92.3%）、エイズ発症 1 名（7.7%）、初診時 CD4 値（平均）：358、中断時の服薬の有無：あり 12 名（92.3%）、なし 1 名（7.7%）、受診中断期間（平均）：26.6 ヵ月。継続群（n=6）の基本属性は以下のとおりである。性別：男性 6 名（100%）、初診時年齢（平均）：37.5 歳、感染経路：男性同性間 6 名（100%）、初診時病期：無症候キャリア 5 名（83.3%）、エイズ発症 1 名（16.7%）、初診時 CD4 値（平均）：377。

1）受診中断・再開・継続の理由（複数回答）

中断群の中断理由：「身体に何の症状もなかった」8 件、「時間を作ることができなかった」7 件、「経済的に医療費を払えなかった」6 件、「受診できる精神状態ではなかった」6 件、「医療費減免の手続きができていなかった」5 件、「HIV で嫌な思いをした」5 件、「診察や病院関係者と会うことに抵抗があった」4 件、「抗 HIV 薬を飲むのが辛かった」3 件、「HIV に向き合うのが辛かった」2 件、「周囲に HIV 未告知で、支えがなかった」1 件、「受診を促してくれる人がいなかった」1 件、「大切な他者との不和や別れがあった」1 件、「信頼する病院関係者がいなくなった」1 件であった。

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

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

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

中断群：初診時 3.5、中断時 3.6、現在 4.6、継続群：初診時 3.0、現在 4.7 であった。中断群の初診時と継続群の初診時に差はなく（t=.780,p=.446）、同じく両群の現在にも差はなかった（z=1.394,p=.244）。中断群の初診時、中断時、現在では差が認められた（χ^2=9.36,p<.01）。継続群の初診時と現在では差が認められなかった（t=1.784, p=.135）。

3）P-F スタディのスコア

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

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

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

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

考察

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

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

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

結論

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

健康危険情報

該当なし。

研究発表

１．論文発表

該当なし。

２．学会発表

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

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

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

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

知的財産権の出願・取得状況　（予定を含む）

該当なし。

文献

1)中西幸子、赤穂理恵：HIV/AIDS における精神障害．総合病院精神医学 23(1)，35-41，2011.

2)Bing EG, Burnam AM, Longshore D, et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. Arch Gen Psych.;58:721,2001

3)Tobias CR, Cunningham W, Cabral HD, Cunningham CO, Eldred L et al. Living with HIV But Without Medical Care: Barriers to Engagement, AIDS Patient Care STDs 21: 426-434,2007

4)Blashill AJ, Perry N, Safren SA .Mental Health: A Focus on Stress, Coping, and Mental Illness as it Relates to Treatment Retention, Adherence, and Other Health Outcomes. Curr HIV/AIDS Rep 8: 215-222,2011

5)Shinjiro Tominari et al. Implementation of Mental Health Service Has an Impact on Retention in HIV Care: A Nested Case-Control Study in a Japanese HIV Care Facility. PLOS ONE8(7)1-6.2013

6)Cohen,MA et al.:Handbook of AIDS Psychiatry. Oxford University Press, 2010, New York 訳：HIV 感染症及びそ

の合併症の課題を克服する研究　平成 25 年度　研究報告書 72-73.
7)内閣府政策統括官：若者の意識に関する調査（ひきこもりに関する実態調査）報告書，41-43，2009.
8)堀洋道、山本真理子：自尊感情尺度．心理測定尺度集Ⅰ，29-31，サイエンス社，2001.
9)井梅由美子・平井洋子・青木紀久代・馬場禮子：日本における青年期用対象関係尺度の開発．パーソナリティ研究　14, 181-193，2006.
10）林勝造：P-F スタディ解説 2006 年版．三京房，2007.