

厚生労働行政推進調査事業費補助金（エイズ対策政策研究事業）
分担研究報告書

受診中断の心理的要因および心理面に対するコロナ禍の影響に関する研究

研究分担者	安尾 利彦	大阪医療センター臨床心理室	主任心理療法士
研究協力者	西川 歩美	大阪医療センター臨床心理室	心理療法士
	神野 未佳	大阪医療センター臨床心理室	心理療法士
	森田 眞子	大阪医療センター臨床心理室	心理療法士
	富田 朋子	大阪医療センター臨床心理室	心理療法士
	宮本 哲雄	大阪医療センター臨床心理室	心理療法士
	水木 薫	大阪医療センター臨床心理室	心理療法士
	牧 寛子	大阪医療センター臨床心理室	心理療法士

研究要旨 研究 1（受診中断の心理的要因に関する研究）：HIV 陽性者の受診中断・継続の心理的背景と、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。大阪医療センター通院中の HIV 陽性者のうち、受診中断経験がある群（中断群）と、中断群と年齢・治療状況等をマッチングさせた受診継続している群（継続群）を抽出し、両群に P-F スタディを実施して両群間および標準と比較した。標準と比較して 1SD 以上、中断群は自責 I-A と無罰 M が高く、無責逡巡 M' が低く、継続群は自責逡巡 I' と自責固執 i、無罰 M が高く、他責 E-A と他罰 E が低かった。両群間では、中断群は継続群よりも自我防衛 E-D ($z=2.729, p<.05$)、自罰 I ($t=2.274, p<.05$) が高く、継続群は中断群よりも無責固執 m ($t=3.024, p<.01$) が高かった。HIV 陽性が判明することそれ自体や、それ以後の生活の中での何らかの欲求不満やストレスに直面した際に、自分を責め、問題解決を試みることができずに、欲求不満状態から抜け出せないでいることが受診中断と関連している可能性が示唆された。受診中断の予防のために、これらの心理的問題に対する介入の必要性が示唆された。

研究 2（心理面へのコロナ禍の影響に関する研究）：コロナ禍における HIV 陽性者の心理社会的経験とメンタルヘルスを明らかにすることを目的に、2021 年 8 月～9 月（第 5 波の時期）、大阪医療センター通院中の HIV 陽性者 300 名を対象に、コロナ禍の経験に関する質問、新型コロナウイルス恐怖尺度（FCV-19S）、一般外来患者用抑うつ不安テスト（HADS）等で構成した調査票を配布回収し、記入漏れのない 184 名（61.3%）を分析対象とした。コロナ禍の経験では、「経済的に厳しくなった」（23.4%）、「感染の危険から独りで家にいた」（14.7%）、「飲酒量が増えた」（11.4%）等が認められた。ワクチン接種あり群（ $n=57$ ）は接種なし群（ $n=127$ ）よりも HADS の不安障害得点が高かった（ $U=2.388, p<.05$ ）。不安症状あり群（ $n=62$ ）は健康を失う危険を体験し（ $\chi^2=13.255, p<.001$ ）、自粛時に家でゆっくり休めなかった（ $\chi^2=6.230, p<.01$ ）。うつ症状あり群（ $n=77$ ）は感染の危険から独りで家にいることが多く（ $\chi^2=4.669, p<.05$ ）、職を失う危険をより体験した（ $\chi^2=7.308, p<.01$ ）。一般人口とは FCV-19S に差はなかった。コロナ禍前の HIV 陽性者と比較して、コロナ禍の未接種 HIV 群はうつの疑いと確診の割合がやや高い結果であった。コロナ禍では HIV 陽性者にも一定の割合で恐怖、孤立、経済面の悪化、飲酒量

増加等が生じていることが明らかとなった。メンタルヘルスとコロナ禍への適応の関連性が示唆された。また、ワクチン未接種と抑うつ気分にも関連があることが推察される。これらを念頭に置いた援助が必要である。

A. 研究目的

研究 1：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、その一つに外来通院の中断が挙げられている。

我々が HIV 陽性者に対して行動面の障害を伴う問題に関する質問紙調査を行った結果、約 8%が 6 ヶ月以上の受診中断の経験を有していた[2]。しかしながら、この調査では HIV 陽性者の受診中断の経験は問うたものの、その行動に至った理由や、そこから受診再開に至った理由、あるいは継続受診ができていない場合の理由などについて明らかにする質問は含んでいない。また、受診行動と関連する心理的背景も十分には明らかになっていない。受診中断・再開・継続の理由とそれらの行動の心理的背景が明らかになることは、HIV 陽性者の継続受診を支援する上で重要な支援、心理的支援を検討する上で重要であると考えられる。

よって本研究の目的は、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とする。

研究 2：新型コロナウイルス感染症は我々の生活に様々な影響を及ぼしているが、その中には心理的な影響も含まれており、感染や重症化に関する不安の高まりや、行動制限やつながりの低下によるメンタルヘルスの低下が懸念される。

筑波大学が行った新型コロナウイルス感染症に関わるメンタルヘルス全国調査によると、新型コロナウイルス感染症の流行に伴

いストレスを感じた人は 8 割に上り、2 割には強いストレスによる気分障害や不安障害が認められることが明らかとなっている[3]。

自明のことであるが、HIV 陽性者は HIV 感染症を基礎疾患として有しているため、健常者と比較すると新型コロナウイルスに感染した際に重症化する不安をより強く感じている可能性があると考えられる。また、ゲイ男性などの性的少数者は HIV 陽性者のうちの 7 割を占めるが[4]、新型コロナウイルス感染症に対する恐怖の強さと関連する要因の一つに性的少数者であることが挙げられている[5]。加えて、新型コロナウイルスの罹患者に対する社会の人々の恐怖を報道等で見聞きすることは、HIV 感染や性的指向に対する社会的な偏見を直接的・間接的に経験してきた HIV 陽性者にとって、外傷的体験の再燃となる可能性があると考えられる。このように、HIV 陽性者支援のためには、コロナ禍におけるストレスの内容、程度、反応を明らかにする必要があると考えられる。

よって本研究の目的は、コロナ禍における HIV 陽性者の心理社会的経験とメンタルヘルスを明らかにすることとする。

B. 研究方法

研究 1：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 ヶ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=14）として抽出した。また性別、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=14) 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。P-F スタディ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。

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、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。今年度は 3) について現時点での結果を示す。

研究 2：研究期間は 2021 年 8 月から 9 月(第 5 波の時期)とした。対象は当院に外来通院する HIV 陽性者 300 名で、外来通院時に無記名・自記式の調査票を手渡し、郵送で回収した。

調査項目は以下のとおりである。1) 基本属性・身体状況・治療状況：性別、年齢、最終学歴、性的指向、HIV 陽性判明後経過年月数、感染経路、就労状況、CD4 値、定期受

診の有無、受診中断の理由、抗 HIV 薬処方の有無、抗 HIV 薬を処方通り内服できなかったことの有無、処方通り内服できなかった理由、基礎疾患の有無、精神科等の受診歴、新型コロナウイルス感染症と診断された経験の有無、新型コロナウイルスワクチンの接種の有無、2) コロナ禍における経験、3) 新型コロナウイルス恐怖尺度(FCV-19S)、4) 一般外来患者用不安抑うつテスト(HADS)。

回答に記入漏れのなかった 184 名(61.3%)を分析対象とした。分析方法は以下のとおりである。1) 基本属性・身体状況・治療状況、コロナ禍における経験の単純集計、2) 一般人口(筑波大学、2020 年 8 月～9 月、第 2 波の時期、n=7520、男性 36%、女性 62%)との FCV-19S 得点の比較、3) コロナ禍前の HIV 陽性者(Futures Japan、2016 年～17 年、n=1110、男性 97%、女性 2%)との HADS 得点の比較[6]、4) 不安・抑うつ症状の有無と、コロナ禍における経験の関連、5) 不安・抑うつ症状の有無と、ワクチン接種行動の関連。

(倫理面への配慮)

研究 1、2 いずれも当院倫理委員会の承認を得た(研究 1：整理番号 19140、研究 2：21032)。

C. 研究結果

研究 1：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)：31.5 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%)、AIDS 1 名(7.7%)、初診時 CD4 値(平均)：373.2 個/ μ L、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 カ月。継続群(n=14)の基本属性は以下のとおりである。性別：男性 14 名(100%)、初

診時年齢 (平均) : 32.6 歳、感染経路 : 男性同性間 14 名 (100%)、初診時病期 : 無症候キャリア 13 名 (92.9%)、AIDS 1 名 (7.1%)、初診時 CD4 値 (平均) : 350.1 個/ μ L。

以下が P-F スタディのスコアである。アグレッションの方向 3 つ、アグレッションの型 3 つ、この 3×3 の組み合わせによる分類 9 つの合計 15 のスコアについて、標準、中断群、継続群の順で示す。他責 E-A : 標準 40、中断群 28.8、継続群 23.7、自責 I-A : 標準 27、中断群 37.1、継続群 34.6、無責 M-A : 標準 33、中断群 33.8、継続群 36.4、障害優位型 O-D : 標準 25、中断群 19.2、継続群 24.4、自我防衛型 E-D : 標準 51、中断群 56.8、継続群 44.4、要求固執型 N-P : 標準 23、中断群 23.9、継続群 28.6、他責逡巡 E' : 標準 2.1、中断群 1.4、継続群 1.4、他罰 E : 標準 5.6、中断群 3.1、継続群 2.8、他責固執 e : 標準 1.8、中断群 2.3、継続群 2.0、自責逡巡 I' : 標準 1.7、中断群 2.0、継続群 2.6、自罰 I : 標準 3.5、中断群 4.6、継続群 3.5、自責固執 i : 標準 1.5、中断群 2.0、継続群 2.5、無責逡巡 M' : 標準 2.3、中断群 1.0、継続群 1.7、無罰 M : 標準 3.1、中断群 5.6、継続群 4.8、無責固執 m : 標準 2.4、中断群 1.3、継続群 2.3。

両群と標準の比較では、中断群は標準と比べて 1SD 以上自責 I-A (フラストレーションの原因を自分の責任にする反応) と無罰 M (許容を表明し、相手の事情を理解し感情を緩和する反応) が高く、無責逡巡 M' (フラストレーションを感じているが障害を軽視する反応) が低かった。継続群は標準と比べて 1SD 以上自責逡巡 (驚きや当惑の表明、不満や障害の否定、障害の利得を強調といった反応) と自責固執 i (自分で問題解決を図ろうとする反応)、無罰 (許容を表明し、相手の事情を理解し感情を緩和する反応) が高く、他責 E-A (フラストレーションの

原因を他者の責任にする反応) と他罰 E (フラストレーションに対して非難や敵意的攻撃が直接相手に向けられる反応) は低かった。

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 E-D (フラストレーションの原因が誰にあるかを強調し、不満を解消するための基本的で直接的な自我を防衛する反応) ($z=2.729, p<.01$)、自罰 I (フラストレーションの原因が自分であることを率直に認めて謝罪する反応) ($t=2.274, p<.05$) が高く、継続群は中断群よりも無責固執 m (時間や自然の成り行きが問題を解決することを期待するような反応) ($t=3.024, p<.01$) が高かった。

研究 2 : 1) 基本属性・身体状況・治療状況、コロナ禍における経験の単純集計 : 性別は男性 176 名 (95.7%)、女性 6 名 (3.3%)、平均年齢は 46.86 歳、感染判明後の平均期間は 9 年 11 ヶ月、性的指向は同性愛 123 名 (66.8%)、異性愛 26 名 (14.1%)、両性愛 23 名 (12.5%) 等であった。114 名 (62.0%) が正規職員として、27 名 (14.7%) がパートとして就労していた。抗 HIV 薬を処方されているのは 183 名 (99.5%) であった。精神科通院については現在している人が 31 名 (16.8%)、過去にしていた人が 40 名 (21.7%) であった。新型コロナウイルスの罹患歴がある人は 8 名 (4.3%)、新型コロナウイルスワクチン接種歴がある人は 127 名 (69.0%) であった。

コロナ禍の経験については、以下の通りであった。「自分が感染する危険があった」70 名 (38.0%)、「家族・パートナーが感染する危険があった」44 名 (23.9%)、「感染の危険から独りで家にいた」27 名 (14.7%)、「自粛で経済的に厳しくなった」44 名 (23.9%)、「自粛で職を失う危険が生じた」20 名 (10.9%)、「自粛で健康に危険が生じた」18

名 (9.8%)、「自粛で家族・パートナー間で問題が生じた」12名 (6.5%)、「感染の危険でいじめにあった」1名 (0.5%)、「感染の危険で家族・パートナーがいじめにあった」1名 (0.5%)、「新型コロナウイルスで自分が差別された」3名 (1.6%)、「新型コロナウイルスで家族・パートナーが差別された」1名 (0.5%)、「自粛で家庭やパートナー間の関係がよくなった」12名 (6.5%)、「自粛で自分の生活を見直すことができた」38名 (20.7%)、「自粛でゆっくり休むことができた」44名 (23.9%)、「自粛でオンラインで仕事をするようになった」24名 (13.0%)、「自粛で仕事や学校に支障が生じた」28名 (15.2%)、「アルコールの摂取量が増えた」21名 (11.4%)、「処方されていない薬物の摂取量が増えた」4名 (2.2%)、「パートナー以外の人との性的接触の機会が増えた」5名 (2.7%)。

2) 一般人口との FCV-19S 得点の比較：ワクチン接種開始前の一般人口が 16.67 点、コロナ禍の HIV 陽性者全体の平均が 16.74 点で、大きな差は認められなかった。そのうちワクチン接種ありの HIV 陽性者 (n=127) の平均が 16.63 点、ワクチン接種なしの HIV 陽性者 (n=57) の平均が 17.00 で、差は認められなかった。

3) コロナ禍前の HIV 陽性者との HADS 得点の比較：まず不安障害については、コロナ禍前の HIV 陽性者はなし 49.5%、疑い 21.2%、確診 29.3%、コロナ禍の HIV 陽性者全体はなし 66.3%、疑い 17.9%、確診 15.8%であった。そのうちワクチン接種ありの HIV 陽性者 (n=127) はなし 71.7%、疑い 16.5%、確診 11.8%、ワクチン接種なしの HIV 陽性者 (n=57) はなし 54.4%、疑い 21.0%、確診 24.6%であった。またうつについては、コロナ禍前の HIV 陽性者はなし 53.6%、疑い 20.7%、確診 25.7%、コロ

ナ禍の HIV 陽性者全体はなし 66.3%、疑い 24.4%、確診 17.4%であった。そのうちワクチン接種ありの HIV 陽性者 (n=127) は 62.2%、疑い 24.4%、確診 13.4%、ワクチン未接種の HIV 陽性者 (n=57) はなし 49.1%、疑い 24.6%、確診 26.3%であった。このように当院の HIV 陽性者は全体に、コロナ禍であっても不安障害の割合は低く、ワクチン接種ありの場合は特にその傾向が強いが、ワクチン接種の場合は一定の割合で不安障害が認められた。また当院の HIV 陽性者はワクチン接種ありの場合は抑うつ割合は低いが、ワクチン接種なしの場合の抑うつの疑いと確診の割合はコロナ禍前の HIV 陽性者よりも若干高かった。

4) 不安・抑うつ症状の有無と、コロナ禍における経験の関連：不安症状あり群 (n=62) となし群 (n=122) では、「自粛で健康に危険が生じた」($\chi^2=13.255$, $p<.01$)、「自粛で家族・パートナー間で問題が生じた」($\chi^2=14.157$, $p<.01$)、「パートナー以外との性的接触が増えた」($\chi^2=10.114$, $p<.01$)、「家族・パートナーが感染する危険があった」($\chi^2=5.096$, $p<.05$)、「感染の危険から独りで家にいた」($\chi^2=4.669$, $p<.05$)、「自粛で職を失う危険が生じた」($\chi^2=4.559$, $p<.05$) の項目において、不安症状あり群でその経験割合が多く、「自粛でゆっくり休むことができた」($\chi^2=6.230$, $p<.05$) は不安症状あり群が少なかった。

また抑うつ症状あり群 (n=77) となし群 (n=107) では、「感染の危険から独りで家にいた」($\chi^2=8.010$, $p<.01$)、「自粛で経済的に厳しくなった」($\chi^2=9.051$, $p<.01$)、「自粛で職を失う危険が生じた」($\chi^2=7.264$, $p<.01$)、「自粛で健康に危険が生じた」($\chi^2=5.050$, $p<.05$)、「自粛で家族・パートナー間で問題が生じた」($\chi^2=5.798$, $p<.05$) の項目において、抑うつ症状あり群

でその経験割合が多かった。

5) 不安・抑うつ症状の有無と、ワクチン接種行動の関連：不安症状あり群 (n=122) となし群 (n=62) でワクチン接種歴ありの割合を検討したところ、不安症状あり群はなし群に比べてよりワクチン接種歴が低かった ($\chi^2=5.798$, $p<.05$)。抑うつ症状あり群 (n=107) となし群 (n=77) ではワクチン接種歴に差は認められなかった。

D. 考察

研究 1: 中断群は欲求不満状態に陥った際、誰が悪いかという点に意識が向きやすく、特に自分の責任を自認し、自分を攻撃しやすいと考えられる。不満の軽視、欲求充足の遅延、別の方法での解決が少なく、不満の解決・解消が難しいことが推察される。一方の継続群は、不満や障害を否定したり、障害の利益を強調したりする傾向にあると考えられる。他者を責めることが少なく、自分から問題解決のための償いを申し出たり、その状況に忍耐・順応したりすることで解決を図りやすいことが推察される。

HIV 陽性が判明することそれ自体や、それ以後の生活の中での何らかの欲求不満やストレスに直面した際に、自分を責め、問題解決を試みることができずに、欲求不満状態から抜け出せないでいることが受診中断と関連している可能性が示唆された。受診中断の予防のためには、受診開始早期や受診再開時に、これらの点を踏まえた介入を行うことが必要であると考ええる。

研究 2: コロナ禍においては、HIV 陽性者にも一定の割合で身体的、心理的、社会的な問題が生じていることが明らかとなった。ワクチン接種の有無に関わらず、HIV 陽性者は新型コロナに対して一般人口と同程度の恐怖を体験していることが明らかとなった。ただし、調査時期に 1 年の差があるこ

とを考慮する必要があると考える。

コロナ禍における当院の HIV 陽性者は全体として、コロナ禍前の HIV 陽性者と比較して不安と抑うつの程度は低いが、これは 2 つの調査の実施時期や対象等の方法の違いに起因して、利用可能な治療薬、性的指向に関する社会的位置づけ、医療体制整備の程度などに違いがあり、それらの要素が関連していると思われる。

上述の全体的傾向にも関わらず、コロナ禍前と比較してコロナ禍のワクチン未接種の HIV 陽性者については抑うつの若干の高まりが認められ、ワクチン未接種と抑うつとのあいだの関連が示唆された。

不安症状のある HIV 陽性者はコロナ禍において、特に新型コロナによって自身の健康を損なう不安や、親密な人間関係の悪化を強く感じ、ときにこれらのさまざまな不安が性行動の形で行動化されやすい可能性があることが推察される。また、不安症状とワクチン接種行動との関連が示唆された。

抑うつ症状のある HIV 陽性者は、コロナ禍において特に孤独に陥りやすく、経済的問題に関する苦悩を感じやすい可能性が推察される。

以上のように、メンタルヘルスとコロナ禍への適応のあいだの関連性が示唆された。コロナ禍においては、これらの点を踏まえながら、HIV 陽性者に対する心理社会的支援を含めた診療・援助を実践する必要がある。

E. 結論

研究 1: HIV 陽性者の受診中断の背景には自罰的で欲求不満状態の解決に困難がある傾向が、受診継続の背景には自力による問題解決を志向する傾向等が関連していることが明らかとなった。予定のサンプル数を達成し、より詳細な分析を行うことで、受診

中断の予防のための介入方法をさらに検討する必要がある。

研究 2：コロナ禍の HIV 陽性者において、メンタルヘルスとコロナ禍への適応のあいだの関連性が示唆された。これらの点を踏まえながら、HIV 陽性者に対する心理社会的支援を含めた診療・援助を実践する必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

安尾利彦、神野未佳、西川歩美、森田眞子、富田朋子、宮本哲雄、水木薫、牧寛子、渡邊大、白阪琢磨：コロナ禍における HIV 陽性者の心理社会的経験とメンタルヘルスに関する研究。第 36 回日本エイズ学会学術集会総会、2022 年 11 月、静岡

神野未佳、安尾利彦、西川歩美、森田眞子、富田朋子、宮本哲雄、水木薫、牧寛子、渡邊大、白阪琢磨：AIDS 発症に影響する心理的要因に関する研究。第 36 回日本エイズ学会学術集会総会、2022 年 11 月、静岡

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

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] 安尾利彦、手塚千恵子、森田眞子、富田朋子、宮本哲雄、速見佳子、西川歩美、水木薫：厚生労働行政推進調査事業費補助金（エイズ対策政策研究事業）HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究。平成 29 年度研究報告書, 60-65, 2018.

[3] 筑波大学：災害・地域精神医学新型コロナウイルス感染症に関わるメンタルヘルス全国調査。

<https://plaza.umin.ac.jp/~dp2012/covid19survey.html>

[4] エイズ予防情報ネット：日本の状況：エイズ動向委員会。

<https://api-net.jfap.or.jp/status/japan/nenpo.html>

[5] Haruhiko Midorikawa et al.: Confirming validity of The Fear of COVID-19 Scale in Japanese with a nationwide large-scale sample.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246840>

[6] 井上洋士編：第 2 回 HIV 陽性者のためのウェブ調査結果。HIV Futures Japan プロジェクト, 2018.