

原 著

HIV 陽性者の医療機関への受診状況

— HIV 治療を目的とした医療機関および、HIV 治療目的以外の一般医療機関への受診 —

細川 陸也¹⁾, 井上 洋士²⁾, 戸ヶ里泰典²⁾, 阿部 桜子³⁾, 矢 島 嵩^{4,5)},
板垣 貴志⁶⁾, 大木 幸子⁷⁾, 片倉 直子⁸⁾, 若林チヒロ⁹⁾,
山内 麻江¹⁰⁾, 高久 陽介⁴⁾

¹⁾ 名古屋市立大学, ²⁾ 放送大学, ³⁾ TIS 株式会社,

⁴⁾ 特定非営利活動法人日本 HIV 陽性者ネットワーク・ジャンププラス,

⁵⁾ 特定非営利活動法人ぶれいす東京, ⁶⁾ 株式会社アクセライト, ⁷⁾ 杏林大学,

⁸⁾ 神戸市看護大学, ⁹⁾ 埼玉県立大学, ¹⁰⁾ 東京医科大学看護専門学校

目的: 本研究の目的は、HIV 陽性者の HIV 治療を目的とした医療機関への受診状況と、HIV 治療目的以外の一般医療機関（以下、かかりつけ医療機関とする）への受診状況の実態を明らかにすることである。

方法: 全国の HIV 陽性者を調査対象とし、2013 年 7 月～2014 年 2 月に無記名自記式ウェブ調査（HIV Futures Japan プロジェクト）を実施した。1,095 人から回答を得、重複回答・不正回答・日本国外在住者を除く 913 人を分析対象とした。

結果: HIV 治療を目的とした医療機関への受診をしていない者（以下、治療中断・未受診者とする）は、全体の 3.5% であり、その特徴として、男性、20 代、独居、周囲に相談者がいない、HIV 判明の機会が保健所であることがあげられた。

かかりつけ医療機関の通院先のない者は、全体の約 6 割であり、その半数以上は、通院先を必要としているにもかかわらず、通院先を確保できていなかった。一方、通院先のある者は、全体の約 4 割であったが、その半数は、通院先に自身が HIV 陽性であることを伝えていなかった。また、通院先を必要としているが通院先のない者および、通院先はあるが HIV 陽性を通院先へ伝えていない者は、HIV 関連のスティグマが高い傾向を示した。

結論: 本結果より、HIV 治療の治療中断・未受診者のリスク因子が示されるとともに、HIV 関連のスティグマが、かかりつけ医療機関への受診行動に負の影響を及ぼしている可能性が示唆された。

キーワード: HIV, 治療中断, 未受診, かかりつけ医, スティグマ

日本エイズ学会誌 18: 40-50, 2016

1. 目 的

多剤併用療法を主とする治療法の進歩により、HIV 感染症の予後は、飛躍的に改善した。しかし、感染症や AIDS 発症による死亡が減少する一方、長期感染に伴う感染症以外の合併症の発症が、新たな健康課題となっている。とりわけ、HIV の長期合併症である糖尿病、脂質異常症、心血管疾患、非 AIDS 関連腫瘍、慢性腎不全、骨代謝性疾患、認知機能障害などは、HIV 陽性者にとって重要な疾患である¹⁻⁴⁾。また、現在、HIV 陽性者の高齢化が進んでいることから⁵⁾、加齢に伴う合併症の増加が予想される^{6,7)}。このように、HIV の長期治療には、免疫不全に伴う感染症のみでなく、合併症への総合的な医療的ケアが必要であり、内科、精神科疾患の早期発見・早期治療や他科連携の

重要性が指摘されている^{8,9)}。しかし、そうしたプライマリケアの観点を含めた、HIV 陽性者の医療機関への受診状況の実態を明らかにした調査は、国内においてきわめて少ない。本研究の目的は、HIV 陽性者の HIV 治療を目的とした医療機関への受診状況と、HIV 治療が主目的でない一般医療機関（以下、かかりつけ医療機関とする）への受診状況の実態を明らかにすることである。具体的には、HIV 治療を目的とした医療機関への受診状況について、医療機関へ受診している者の通院実態を明らかにするとともに、医療機関へ受診していない治療中断者および未受診者の特徴を検証する。また、かかりつけ医療機関への受診状況については、その通院先の有無と、通院先へ自身が HIV 陽性であることを伝えているかといった受診行動を明らかにするとともに、通院先の有無が、健康状態にどのように関連しているのかを検証する。さらに、通院先の有無および、通院先への HIV 陽性の伝達といった受診行動の背景として、HIV 陽性者の抱く HIV に関連した偏見への意識

著者連絡先：細川陸也（〒467-8601 名古屋市瑞穂区瑞穂町川澄
1 名古屋市立大学看護学部）

2015 年 6 月 8 日受付；2015 年 8 月 28 日受理

や経験“スティグマ”が、受診行動とどのように関連しているのかを検証する。

2. 方 法

1. 対象と調査方法

本調査は、HIV Futures Japan プロジェクト¹⁰⁾の一環として、国内在住のHIV陽性者を調査対象とし、2013年7月～2014年2月に実施した。

HIV Futures Japan プロジェクトは、当事者参加型形式のアプローチをとるプロジェクトとして、数多くのHIV陽性者の参加のもと、「HIV陽性者のためのウェブ調査」(本調査)によるニーズ把握と支援策の提言および実現に向けての働きかけ、「HIV陽性者のための総合情報サイト」の開設によるヘルスリテラシーの向上などによって、HIV陽性者のQOL向上を目指すプロジェクトである。調査項目の作成は、全国のHIV陽性者の協力のもと、研究者との議論を経て作成した。また、調査方法は、全国のHIV関連NGO団体、エイズ治療拠点病院を中心とした医療機関、「HIV陽性者のための総合情報サイト」などを通じて対象者への周知を行い、本調査専用のウェブサイト「HIV陽性者のためのウェブ調査」を開設して、無記名自記式ウェブ調査を実施した。

2. 調 査 内 容

2-1. 対 象 属 性

性別、セクシャリティ、年齢、居住地域、世帯構成、就労状況、収入について尋ねた。また、本調査への参加契機、本調査以外のHIV関連調査への参加経験の有無について尋ねた。

2-2. HIV治療を目的とした医療機関への受診状況

医療機関への受診の有無について尋ね、受診していない者については、“過去に通院していたが、この1年間通院していない”(以下、治療中断とする)、“過去に通院したことはなく、今後も受診する予定はない”(以下、未受診[受診予定なし]とする)、“過去に通院したことはないが、今後受診する予定である”(以下、未受診[受診予定あり]とする)のいずれかを尋ねた。また、通院している者については、医療機関の種別、通院頻度、通院時間、滞在時間、診療時間、通院に伴う有給取得・授業欠席等の日程調整について尋ねた。

2-3. 健康状態および健康習慣

主観的健康感、現在の健康状態を、“よくない(1)”から“よい(5)”の5件法で尋ねた。また、歯に関する不調の訴えの有無(歯痛の訴え、歯茎の腫れ・出血の訴え)、精神疾患の有無、薬物使用の有無、アルコール習慣の有無(週3回以上の飲酒)について尋ねた。

2-4. 周囲のサポート

HIV・AIDSについて、相談できる人の存在(直接/ネット上)の有無について尋ねた。

2-5. HIV陽性判明の機会

HIV検査実施機関およびHIV陽性判明時期について尋ねた。

2-6. かかりつけ医療機関への受診状況

かかりつけ医およびかかりつけ歯科医の通院先の有無を尋ねた。さらに、通院先のない者については、通院先の必要性を尋ね、また、通院先のある者については、通院先に自身がHIV陽性であることを伝えているかについて、“全ての通院先に伝えている”“一部の通院先に伝えている”“全ての通院先に伝えていない”のいずれかを尋ねた。

2-7. HIVに関連するスティグマ

HIVはスティグマを伴う疾患であり、HIVに対する社会からの偏見の感じ方「外的スティグマ」および、HIVに対する社会からの偏見による行動の自主規制「内的スティグマ」に関する多くの調査がなされてきた^{11,12)}。本調査では、Bergerらの外的スティグマに関する尺度¹³⁾を基に、実際にHIVに関する偏見を感じた経験について、4項目の質問項目を設定し[私がHIV陽性であることを知ったとたんに、物理的に距離を置かれたことがあった/HIV陽性と他の人に打ち明けたものの、言わなければよかったと思うことばかりだった。等]、“まったくそうでない(1)”から“とてもそうである(4)”の4件法で尋ねた。また、Kennethらが作成した内的スティグマに関する尺度¹⁴⁾を基に、HIVに関する社会からの偏見を感じることによって、自らの生活に自主規制としてとらざるを得ない行動について、6項目の質問項目を設定し[他の人々と交流したいが、HIV陽性であるので、交流しないでいる/HIV陽性であるために新しい友人を作ることを控えている。等]、“まったくそうでない(1)”から“とてもそうである(5)”の5件法で尋ねた。評価方法は、外的スティグマおよび内的スティグマのいずれも、その各項目の合計得点が高いほど、スティグマが高いと評価した。また、外的スティグマおよび内的スティグマのCronbach α 係数は、外的スティグマ $\alpha=0.75$ ($n=4$)、内的スティグマ $\alpha=0.80$ ($n=6$) であった。

3. 分 析

3-1. 分析対象

1,095人から回答を得、重複回答・不正回答等を除外した913人(有効回答率:83.4%)を分析対象とした。

3-2. 分析方法

分析には、統計解析ソフトSPSS ver 22.0 for Windowsを用い、有意水準を5%未満とした。

1) 対象属性および HIV 治療を目的とした医療機関への通院状況

対象属性および HIV 治療を目的とした医療機関への通院状況について、記述統計を算出した。

2) HIV 治療の治療中断・未受診者の特徴

ロジスティック回帰分析を用いて、目的変数に受診の有無、説明変数に対象属性、健康状態および健康習慣、周囲のサポート、HIV 陽性判明の機会を投入し、治療中断・未受診についてのオッズ比を算出した。Model 1 では、各変数を説明変数とし、Model 2 では、全変数を説明変数として投入した。ただし、未受診であるが、今後受診予定ありと回答した者は、分析から除外した。

3) かかりつけ医療機関の有無と、健康指標との関連

かかりつけ医およびかかりつけ歯科医の有無と、主観的健康感との関連を検証するため、一元配置分散分析および多重比較を実施した。また、かかりつけ歯科医については、歯に関する不調の訴え（歯痛の訴え、歯茎の腫れ・出血の訴え）との関連を分析するため、 χ^2 検定を実施した。

4) かかりつけ医療機関への受診行動とスティグマとの関連

かかりつけ医療機関への受診行動（通院先の有無、通院先への HIV 陽性の伝達の有無）と、HIV 関連のスティグマ（外的スティグマ、内的スティグマ）との関連を検証するため、一元配置分散分析および多重比較を実施した。

4. 倫理的配慮

本研究は、ウェブ上で同意を得た回答者に対して実施し、個人情報保護のため、ID 番号で管理した。また本研究は、放送大学および大阪医療センターの研究倫理委員会に倫理審査を申請し、承認された。

3. 結果

1. 対象属性および HIV 治療を目的とした医療機関への受診の有無（表 1）

性別およびセクシャリティは、男性 875 名（95.8%）、ゲイ・レズビアン 718 名（78.6%）であり、年齢は、20～70 歳、平均 38.1 歳であり、居住地域は、鳥取県を除く 46 都道府県であった。また、本調査への参加契機は、医療機関からの周知 99 名（10.8%）、HIV 関連 NGO 団体からの周知 136 名（14.9%）、ネット上での周知 629 名（68.9%）であり、HIV 関連調査の参加経験の有無については、経験のない者が 553 名（60.6%）であった。

HIV 治療を目的とした医療機関への受診では、治療中断者および未受診者は 32 名（3.5%）であり、今後受診する予定である者を除くと 19 名（2.1%）であった。その属性は、性別では男性（19 名/19 名）、セクシャリティではゲイ（15 名/19 名）、年代では 20 代・30 代（15 名/19 名）で

多い傾向がみられた。

2. HIV 治療を目的とした通院状況（表 2）

HIV 治療を目的として医療機関へ受診している者のうち、その通院先は、エイズ治療・研究開発センター 50 名（5.7%）、ブロック拠点病院 266 名（30.2%）、中核拠点病院 216 名（24.5%）、その他の拠点病院 191 名（21.7%）、診療所・クリニック 58（6.6%）であった。通院頻度は「3 ヶ月に 1 回またはそれ未満」が 278 名（31.6%）、医療機関までの通院時間は「30 分～60 分未満」が 378 名（42.9%）で、最多であった。また、医療機関での滞在時間は「90 分以上」が 447 名（50.7%）、医療機関での診療時間「10 分以上～30 分未満」が 449 名（51.0%）で、最多であった。通院に伴う有給休暇取得・授業欠席等の日程調整では、「いつもしている」が 301 名（34.2%）であった。

3. HIV 治療の治療中断・未受診者の特徴（表 3）

治療中断・未受診者の特徴としては、20 代であること、同居者がいないこと、HIV/AIDS について直接およびネット上のいずれにおいても相談者がいないこと、HIV 検査実施機関が保健所であることが、治療中断・未受診者と有意な関連を示した。また、表 1 に示したとおり、治療中断・未受診者の性別は、すべて男性であった。

4. かかりつけ医療機関の有無と、健康指標との関連（表 4）

4-1. かかりつけ医

かかりつけ医がいると回答した者は、348 名（38.1%）であった。一方、いないと回答した者 559 名のうち、その約 5 割にあたる 293 名は、通院先を必要としていたが、通院先を確保できていなかった。また、通院先の有無と、健康指標との関連を分析したところ、通院先を必要としているにもかかわらず、通院先のない者は、通院先のある者より、主観的健康感が有意に低い傾向がみられた。

4-2. かかりつけ歯科医

かかりつけ歯科医がいると回答した者は、394 名（43.2%）であった。一方、いないと回答した者 516 名のうち、その約 6 割にあたる 329 名は、通院先を必要としていたが、通院先を確保できていなかった。また、通院先の有無と、健康指標との関連を分析したところ、通院先を必要としているにもかかわらず、通院先のない者は、通院先のある者より、歯痛の訴えの割合が、有意に高い傾向がみられた。

5. かかりつけ医療機関への受診行動とスティグマとの関連（表 5）

5-1. かかりつけ医

通院先のある陽性者 348 名のうち、通院先に HIV 陽性であることをまったく伝えていない者は、その約 5 割にあたる 171 名であった。また、通院先に HIV 陽性をまったく伝えていない者は、HIV 陽性を伝えている者に比べ、HIV に関連する内的スティグマが有意に高い傾向がみら

表 1 対象属性および HIV 治療を目的とした医療機関への受診の有無

(n = 913)

HIV 治療を目的とした医療機関への受診									
	総数	受診している		受診していない ^a					
		人数	%	治療中断		未受診 [受診予定なし]		未受診 [受診予定あり]	
				人数	%	人数	%	人数	%
性別									
男性	875	845	96.6	8	0.9	11	1.3	11	1.3
女性	34	32	94.1	0	0.0	0	0.0	2	5.9
不明・無回答	4	4	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
セクシャリティ									
ゲイ・レズビアン	718	696	96.9	6	0.8	9	1.3	7	1.0
バイセクシャル	96	91	94.8	0	0.0	1	1.0	4	4.2
ヘテロセクシャル	79	74	93.7	2	2.5	1	1.3	2	2.5
不明・無回答	20	20	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
年齢									
20 代	149	136	91.3	3	2.0	5	3.4	5	3.4
30 代	374	365	97.6	4	1.1	3	0.8	2	0.5
40 代	311	302	97.1	1	0.3	3	1.0	5	1.6
50 代	65	64	98.5	0	0.0	0	0.0	1	1.5
60 代以上	8	8	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
不明・無回答	6	6	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
居住地域									
北海道	41	39	95.1	1	2.4	0	0.0	1	2.4
東北	23	22	95.7	1	4.3	0	0.0	0	0.0
東京都	273	263	96.3	1	0.4	4	1.5	5	1.8
関東甲信越（東京都を除く）	131	128	97.7	1	0.8	0	0.0	2	1.5
北陸	10	10	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
東海	97	94	96.9	1	1.0	2	2.1	0	0.0
近畿	207	203	98.1	2	1.0	1	0.5	1	0.5
中国・四国	50	47	94.0	0	0.0	3	6.0	0	0.0
九州	55	49	89.1	1	1.8	1	1.8	4	7.3
沖縄県	19	19	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
不明・無回答	7	7	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
調査への参加契機 ^b									
医療機関からの周知	99	99	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
HIV 関連 NGO 団体からの周知	136	134	98.5	2	1.5	0	0.0	0	0.0
友人・知人からの周知	33	32	97.0	1	3.0	0	0.0	0	0.0
上記を除くネット上のみでの周知	629	601	95.5	4	0.6	11	1.7	13	2.1
不明・無回答	16	15	93.8	1	6.3	0	0.0	0	0.0
HIV 関連調査への参加経験									
あり	359	356	99.2	2	0.6	1	0.3	0	0.0
なし	553	524	94.8	6	1.1	10	1.8	13	2.4
不明・無回答	1	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
合計	913	881	96.5	8	0.9	11	1.2	13	1.4
^a 治療状況	治療中断：過去に通院していたが、この1年間通院していない。 未受診（受診予定なし）：過去に通院したことはなく、今後も受診する予定はない。 未受診（受診予定あり）：過去に通院したことはないが、今後受診する予定である。								
^b 調査への参加契機	HIV 関連 NGO 団体からの周知：医療機関から周知された者を除く。 友人・知人からの周知：医療機関または HIV 関連 NGO 団体から周知された者を除く。								

表 2 HIV 治療を目的とした医療機関への通院状況

(n = 881)

	人数	%
医療機関の種別		
エイズ治療・研究開発センター (ACC)	50	5.7
ブロック拠点病院	266	30.2
中核拠点病院	216	24.5
上記 3 つ以外のエイズ治療拠点病院	191	21.7
エイズ治療拠点病院以外の病院	12	1.4
エイズ治療拠点病院かどうか不明の病院	5	0.6
診療所・クリニック	58	6.6
その他・不明	83	9.4
医療機関への通院頻度		
週 1 回以上	30	3.4
2～3 週間に 1 回程度	68	7.7
1 ヶ月に 1 回程度	242	27.5
2 ヶ月に 1 回程度	262	29.7
3 ヶ月に 1 回程度または未満	278	31.6
医療機関までの通院時間 (片道)		
10 分未満	31	3.5
10 分～30 分未満	232	26.3
30 分～60 分未満	378	42.9
60 分～90 分未満	170	19.3
90 分以上	68	7.7
医療機関での滞在時間		
10 分未満	3	0.3
10 分～30 分未満	42	4.8
30 分～60 分未満	174	19.8
60 分～90 分未満	215	24.4
90 分以上	447	50.7
医療機関での診療時間		
10 分未満	277	31.4
10 分～30 分未満	449	51.0
30 分～60 分未満	117	13.3
60 分～90 分未満	25	2.8
90 分以上	9	1.0
通院に伴う有給取得・授業欠席等の日程調整		
いつもしている	301	34.2
ときどきしている	229	26.0
していない	345	39.2

無回答を除く。

表 3 HIV 治療の治療中断・未受診者の特徴

(n = 900)

	総数 <i>n</i>	オッズ比	Model 1			オッズ比	Model 2		
			95% 信頼区間				95% 信頼区間		
			下限	上限	<i>p</i> 値		下限	上限	<i>p</i> 値
性別									
女性	32	1.00				1.00			
男性	864	—	—	—		—	—	—	
セクシャリティ									
ヘテロセクシュアル	77	1.00				1.00			
バイセクシュアル	92	0.27	0.03	2.66		0.25	0.02	3.30	
ゲイ・レズビアン	711	0.53	0.15	1.88		0.38	0.07	1.99	
年齢									
40 代以上	378	1.00				1.00			
30 代	372	1.79	0.52	6.18		1.61	0.39	6.62	
20 代	144	5.50	1.63	18.56	**	5.47	1.16	25.71	*
居住地域									
東京都	268	1.00				1.00			
北海道・東北	63	1.73	0.33	9.10		2.07	0.32	13.23	
関東甲信越（東京都除く）	129	0.41	0.05	3.55		0.40	0.04	4.46	
北陸・東海	107	1.52	0.36	6.46		1.37	0.25	7.50	
近畿	206	0.78	0.18	3.29		1.44	0.29	7.19	
中国・四国	50	3.36	0.78	14.52		2.58	0.42	15.78	
九州・沖縄	70	1.55	0.29	8.15		1.21	0.18	8.14	
家族等の同居者の有無									
あり	480	1.00				1.00			
なし	420	3.28	1.17	9.17	*	4.03	1.24	13.11	*
教育歴（最終学歴）									
大学・大学院	459	1.00				1.00			
専門学校・短大	195	0.88	0.23	3.36		0.55	0.11	2.70	
小学校・中学校・高校	237	1.97	0.73	5.32		1.57	0.47	5.18	
就労の有無									
なし（休職・無職）	215	1.00				1.00			
あり	684	1.69	0.49	5.87		1.37	0.30	6.14	
収入（年収）									
800 万円以上	48	1.00				1.00			
500～800 万円未満	123	0.39	0.02	6.29		0.29	0.01	5.82	
300～500 万円未満	275	1.05	0.12	8.91		0.34	0.03	3.96	
300 万円未満	435	1.22	0.15	9.66		0.57	0.05	6.67	
精神疾患の有無									
なし	793	1.00				1.00			
あり	107	0.87	0.20	3.82		0.75	0.12	4.64	
薬物使用の有無（過去 1 年間の使用）									
なし	620	1.00				1.00			
あり	280	0.28	0.06	1.11		0.19	0.03	1.08	
飲酒習慣の有無（週 3 回以上の習慣）									
なし	738	1.00				1.00			
あり	161	1.66	0.59	4.67		2.49	0.73	8.57	
HIV・AIDS について、相談できる人の存在									
直接かつネット上	397	1.00				1.00			
直接のみ	296	1.07	0.29	4.03		1.21	0.28	5.22	
ネット上のみ	38	2.12	0.24	18.62		1.57	0.12	20.26	
いない	160	4.67	1.54	14.17	**	4.05	1.16	14.15	*
HIV 検査実施機関									
医療機関	487	1.00				1.00			
保健所	215	5.70	1.98	16.38	**	5.48	1.55	19.30	**
常設の HIV 検査所	83	1.18	0.14	10.19		1.58	0.17	15.06	
献血・その他	115	0.85	0.10	7.31		0.62	0.06	6.02	
HIV 陽性判明時期									
10 年以上前	230	1.00				1.00			
7～9 年以内	161	1.44	0.29	7.21		0.94	0.14	6.16	
4～6 年以内	266	1.45	0.34	6.13		0.39	0.07	2.28	
1～3 年以内	242	2.59	0.68	9.87		1.00	0.20	5.17	

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, *** : $p < 0.001$ 。受診予定者，無回答を除く。

表 4 かかりつけ医療機関の通院先の有無と健康指標との関連

(n = 913)

	総数	主観的健康感		歯痛の訴え					歯茎の腫れ・出血の訴え				
		(Range : 1～5)		あり		なし		p 値	あり		なし		p 値
		Mean ± SD	p 値	人数	%	人数	%		人数	%			
											人数	%	
かかりつけ医													
通院先あり	348	3.5 ± 1.0	***	—	—	—	—		—	—	—	—	
通院先なし													
通院先を、必要としている	293	3.2 ± 1.0		—	—	—	—		—	—	—	—	
通院先を、必要としていない	266	3.4 ± 1.0		—	—	—	—		—	—	—	—	
かかりつけ歯科医													
通院先あり	394	3.5 ± 1.0		19	4.8	375	95.2	*	39	9.9	355	90.1	
通院先なし													
通院先を、必要としている	329	3.4 ± 1.0		26	7.9	303	92.1		45	13.7	284	86.3	
通院先を、必要としていない	187	3.5 ± 1.0		5	2.7	182	97.3		16	8.6	171	91.4	

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, *** : $p < 0.001$ 。無回答を除く。

表 5 かかりつけ医療機関への受診行動とスティグマとの関連

(n = 913)

	総数 <i>n</i>	外的スティグマ (Range : 4～16)		内的スティグマ (Range : 6～30)	
		Mean ± SD	<i>p</i> 値	Mean ± SD	<i>p</i> 値
かかりつけ医					
通院先あり					
すべての通院先に、HIV 陽性を伝えている	154	9.4 ± 3.2		18.3 ± 5.9	**
一部の通院先に、HIV 陽性を伝えている	23	9.0 ± 3.1		19.9 ± 6.0	
すべての通院先に、HIV 陽性を伝えていない	171	9.9 ± 3.7		20.6 ± 5.2	***
通院先なし					
通院先を、必要としている	293	9.4 ± 3.1		20.1 ± 5.5	
通院先を、必要としていない	266	9.0 ± 3.2		19.2 ± 5.6	
かかりつけ歯科医					
通院先あり					
すべての通院先に、HIV 陽性を伝えている	214	8.7 ± 3.1	***	18.2 ± 6.0	***
一部の通院先に、HIV 陽性を伝えている	17	8.7 ± 2.4		18.2 ± 6.4	
すべての通院先に、HIV 陽性を伝えていない	163	10.1 ± 3.6	***	21.7 ± 5.3	
通院先なし					
通院先を、必要としている	329	9.6 ± 3.2		19.9 ± 5.4	*
通院先を、必要としていない	187	9.2 ± 3.2		19.0 ± 5.3	***

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, *** : $p < 0.001$ 。無回答を除く。

れた。同様に、通院先を必要としているにもかかわらず、通院先のない者は、通院先があり、通院先に HIV 陽性を伝えている者と比べ、内的スティグマが有意に高い傾向がみられた。

5-2. かかりつけ歯科医

通院先のある陽性者 394 名のうち、通院先に HIV 陽性であることをまったく伝えていない者は、その約 5 割にあたる 214 名であった。また、通院先に HIV 陽性をまった

く伝えていない者は、HIV 陽性を伝えている者に比べ、HIV に関連する外的スティグマおよび内的スティグマが有意に高い傾向がみられた。同様に、通院先を必要としているにもかかわらず、通院先のない者は、通院先があり、通院先に HIV 陽性を伝えている者と比べ、外的スティグマおよび内的スティグマが有意に高い傾向がみられた。

4. 考 察

1. 対象属性および HIV 治療を目的とした通院状況

本調査の対象属性を全国の患者報告数⁵⁾と比較すると、年代別では、40 代以下の若年・中年層の回答割合がやや高い傾向にあり、地域別では、全国の分布割合との大きな差はみられなかった。

HIV 治療を目的とした通院状況では、全体の 3.5% の陽性者は、医療機関へ受診していない者であり、治療中断者 0.9%、未受診者 2.6% であった。一部の医療機関で報告されている治療中断者の割合は、おおむね 5~6% であり^{15~17)}、単純な比較はできないものの、本調査では実状の一部しか把握できていない可能性もある。また、未受診者の割合については、保健所で陽性が判明した者のうち受診の確認ができていない者は 2 割程度という小規模調査での報告はあり¹⁸⁾、本調査よりも高い値を示しているものの、国内における未受診者の総体的な実態はほとんど明らかとなっていない。郵送検査や自己検査キット等での HIV 検査が急増している現状を踏まえると、今後未受診者はさらに増加することが推察され、さらなる実態調査が必要であろう。以上のことを考慮すると、全国の陽性者全体における実際の治療中断・未受診者の割合は、本調査結果よりも高い可能性が考えられた。一方、本調査対象者全体の約 8 割はエイズ治療・研究開発センターおよびエイズ治療拠点病院を受診しており、約 2 割はエイズ治療拠点病院以外の病院や診療所・クリニックなどの医療機関を受診していた。国内における HIV 研究の調査対象の多くは、エイズ治療・研究開発センターおよびエイズ治療拠点病院のうちブロック拠点病院・中核拠点病院に通院する陽性者を対象としており、また本調査では HIV 関連調査の未経験者が全体の約 6 割を占めていたことから、これまで調査対象となっていなかった層へのアプローチができたと考えられた。ただし、本調査はウェブ上での無記名自記式調査であったことから、高齢層などインターネット利用の比較的低い層へのアプローチは十分にできなかった可能性も考えられた。

通院状況では、全体の約 3 割の陽性者は、医療機関へ片道 60 分以上かけて通院し、全体の約半数の陽性者は、1 回の受診で、医療機関に 90 分以上滞在していた。また、全体の約 6 割の陽性者は、通院のために、職場の有給休暇取得や、学校の授業欠席などの日程調整を行っていた。長期

に及ぶ通院としては、改めてその通院負担の大きさが考えられた。

2. HIV 治療の治療中断・未受診者の特徴

治療中断・未受診者の特徴としては、男性、20 代、同居者がいないこと、HIV/AIDS について直接およびネット上のいずれにおいても相談者がいないこと、HIV 判明の機会が保健所であることがあげられた。本調査での治療中断・未受診者の特徴は、長期治療が必要である結核や糖尿病の治療中断・未受診者にみられる、経済的問題、仕事に関連した要因、精神疾患や薬物といった要因とは、関連を示さなかった^{19~21)}。HIV 治療における治療中断・未受診者では、同居者がいないことや、相談者がいないことなど、孤立による情報不足やサポートの低さが、治療中断・未受診の一因として考えられた。また、保健所における陽性判明が治療中断・未受診者と関連を示した背景としては、保健所での陽性判明時期は AIDS やその他の合併症の発症前であることが多く、その症状や苦痛の経験の少なから、治療中断・未受診に繋がった可能性が考えられた。

3. かかりつけ医療機関

かかりつけ医療機関の通院先のある陽性者は、かかりつけ医およびかかりつけ歯科医のいずれにおいても、全体の 4 割程度であった。一方、通院先のない者の半数以上は、通院先を必要としているにもかかわらず、かかりつけ医療機関を確保できていなかった。さらに、そうした通院先のない者は、通院先のある者に比べ、主観的健康感や歯痛といった健康指標において、健康状態が低い傾向を示した。主観的健康感、たんなる主観に留まらず、将来の生活習慣病発症や死亡などへの予測力があることが報告されており^{22,23)}、また、歯痛などの歯の不調は、齲歯や歯周疾患の主要な症状の一つであるとともに、QOL や身体的な健康への影響を与えることが報告されている^{24,25)}。HIV の長期治療には、日頃からの総合的なケアの重要性が指摘されており^{8,9)}、かかりつけ医療機関を必要としている陽性者への通院先確保に向けた、支援の必要性が考えられた。

かかりつけ医療機関の通院先のある陽性者は、かかりつけ医およびかかりつけ歯科医のいずれにおいても、全体の約半数は、通院先へ自身が HIV 陽性であることを伝えていなかった。また、かかりつけ医療機関への受診行動とスティグマとの関連を分析したところ、通院先を必要としているにもかかわらず、通院先のない者および、通院先はあるが、HIV 陽性を主治医に伝えていない者は、スティグマが高い傾向を示した。先行研究において、スティグマの存在は、陽性者のアドヒランスの低下や体調の悪化のリスクを高めることが指摘されている^{26,27)}。HIV 治療におけるプライマリケアの観点から考えると、かかりつけ医療機関の主治医が、患者の HIV 陽性を把握したうえで、総合的

なケアにあたるメリットは大きい^{8,9)}。陽性者が地域の一般医療機関での診療を希望する際、そうしたスティグマが受診行動に負の影響を与えているのであれば、現状を改善していく必要がある。2008年に行われた全国調査では、陽性者が歯科医院へ受診する際、全体の半数以上の医療機関は、自院では診療せず、拠点病院へ紹介または診療を断ると回答しており、その理由として、感染対策が不十分であることを最も多くあげている²⁸⁾。調査当時からは現状は変化していると思われるが、地域の一般医療機関での診療を希望する陽性者が、自身のHIV陽性を医療機関へ伝えることによって受ける不利益は、いまだ高い可能性がある。このような背景を踏まえると、陽性者が安心して地域の一般医療機関を受診できる環境を実現するためには、スタンダードプリコーションを含めた一般医療機関の受け入れ体制の整備などに改めて取り組んでいく必要性が考えられた。また、陽性者の抱くスティグマは、日常の社会生活におけるさまざまな経験や意識に起因するため、医療機関における取り組みだけでなく、社会全体へのHIV/AIDSに関する知識の普及をはじめとした差別・偏見への取り組みがよりいっそう重要であると考えられた。

謝辞

調査にあたり、ご協力いただきました陽性者の皆様、HIV関連NGOの皆様、医療関係者の皆様に心から感謝申し上げます。また、本研究は、科学研究費助成による基盤研究(B)(研究課題番号:24330158)の一環として、実施いたしました。

利益相反: 本研究において利益相反に相当する事項はない。

文 献

- 1) Guaraldi G, Orlando G, Zona S, Menozzi M, Carli F, Garlassi E, Berti A, Rossi E, Roverato A, Palella F : Premature age-related comorbidities among HIV-infected persons compared with the general population. *Clin Infect Dis* 53 : 1120-1126, 2011.
- 2) Sackoff JE, Hanna DB, Pfeiffer MR, Torian LV : Causes of death among persons with AIDS in the era of highly active antiretroviral therapy : New York city. *Ann Intern Med* 145 : 397-406, 2006.
- 3) Spano J, Costagliola D, Katlama C, Mounier N, Oksenhendler E, Khayat D : AIDS-related malignancies : state of the art and therapeutic challenges. *J Clin Oncol* 26 : 4834-4842, 2008.
- 4) Borderi M, Gibellini D, Vescini F, De Crignis E, Cimatti L, Biagetti C, Tampellini L, Re MC : Metabolic bone disease in HIV infection. *AIDS* 23 : 1297-1310, 2009.
- 5) 厚生労働省エイズ動向委員会 : 平成 25 年エイズ発生動向年報. [online] 2014. [平成 27 年 3 月 24 日検索] <URL : <http://api-net.jfap.or.jp/status/2013/13nenpo/h25gaiyo.pdf>>
- 6) Triant VA, Lee H, Hadigan C, Grinspoon SK : Increased acute myocardial infarction rates and cardiovascular risk factors among patients with human immunodeficiency virus disease. *J Clin Endocrinol Metab* 92 : 2506-2512, 2007.
- 7) Grunfeld C, Delaney JA, Wanke C, Currier JS, Scherzer R, Biggs ML, Tien PC, Shlipak MG, Sidney S, Polak JF, O'Leary D, Bacchetti P, Kronmal RA : Preclinical atherosclerosis due to HIV infection : Carotid intima-medial thickness measurements from the FRAM study. *AIDS* 23 : 1841-1849, 2009.
- 8) Aberg JA, Gallant JE, Ghanem KG, Emmanuel P, Zingman BS, Horberg MA : Primary care guidelines for the management of persons infected with HIV : 2013 update by the HIV medicine association of the infectious diseases society of America. *Clin Infect Dis* 58 : e1-e34, 2014.
- 9) Marsden PV, Landrum MB, McInnes K, Wilson IB, Cleary PD, Landon BE, Hirschhorn LR : Physician specialization and the quality of care for human immunodeficiency virus infection. *Archiv Intern Med* 165 : 1133-1139, 2005.
- 10) 井上洋士, 戸ヶ里泰典, 細川陸也, 阿部桜子, 吉澤繁行, 若林チヒロ, 大木幸子, 板垣貴志, 高久陽介, 矢島嵩 : HIV 陽性者をめぐる今日的課題 : HIV Futures Japan プロジェクトでの検討プロセスを踏まえて (特集 長期感染に伴うさまざまな問題). *日本エイズ学会誌* 15 : 85-90, 2013.
- 11) Parker R, Aggleton P : HIV and AIDS-related stigma and discrimination : A conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med* 57 : 13-24, 2003.
- 12) Earnshaw VA, Chaudoir SR : From conceptualizing to measuring HIV stigma : A review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS Behav* 13 : 1160-1177, 2009.
- 13) Berger BE, Ferrans CE, Lashley FR : Measuring stigma in people with HIV : Psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Res Nurs Health* 24 : 518-529, 2001.
- 14) Phillips KD, Moneyham L, Tavakoli A : Development of an instrument to measure internalized stigma in those with HIV/AIDS. *Issues Ment Health Nurs* 32 : 359-366, 2011.
- 15) 下司有加, 織田幸子, 森田美揚子, 井上磨智子, 白阪琢磨 : 受診中断患者の背景と受診再開への支援と経緯. *日本エイズ学会誌* 7 : 351, 2005.
- 16) 宮林優子, 奥村貴美子, 渡邊万里, 阪本まり子, 倉井

- 華子, 相楽裕子: 外来受診中断患者の背景 横浜市立市民病院の場合. 日本エイズ学会誌 9: 499, 2007.
- 17) 富成伸次郎, 安尾利彦, 山中京子, 白阪琢磨, 中山健夫: HIV 感染症患者の受診中断予測因子およびカウンセリングとの関連についてのケース・コントロール研究. 日本エイズ学会誌 13: 442, 2011.
 - 18) 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV 検査相談の充実と利用機会の促進に関する研究」. HIV 検査相談に関する全国保健所アンケート調査報告書 (平成 25 年度). [online] 2014. [平成 27 年 8 月 20 日 検索] <URL: http://www.phcd.jp/02/kenkyu/kouseiroudou/pdf/hiv_tmp01_H25.pdf>
 - 19) 伊藤邦彦, 吉山崇, 永田容子, 小林典子, 加藤誠也, 石川信克: 結核治療中断を防ぐために何が必要か?. 日本結核病学会 83: 621-628, 2008.
 - 20) 沼田久美子, 藤田利治: 新宿区の結核患者における治療中断の関連要因と Directly observed therapy の意義. 日本公衆衛生雑誌 49: 58-63, 2002.
 - 21) 横田友紀, 菅野咲子, 多田純子, 石村郁恵, 山下りさ, 奥田昌恵, 横山宏樹: 糖尿病外来における通院中断例にみられる意識の調査. 糖尿病 50: 883-886, 2007.
 - 22) Idler EL, Benyamini Y: Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav 38: 21-37, 1997.
 - 23) Aida J, Kondo K, Hirai H, Subramanian SV, Murata C, Kondo N, Ichida Y, Shirai K, Osaka K: Assessing the association between all-cause mortality and multiple aspects of individual social capital among the older Japanese. BMC Publ Health 11: 499, 2011.
 - 24) 牧野麻由子: HIV 感染者の QOL と精神心理的要因の関係について. 新潟医学会誌 123: 223-231, 2009.
 - 25) Aida J, Kondo K, Yamamoto T, Hirai H, Nakade M, Osaka K, Sheiham A, Tsakos G, Watt RG: Oral health and cancer, cardiovascular, and respiratory mortality of Japanese. J Dent Res 90: 1129-1135, 2011.
 - 26) Alonzo AA, Reynolds NR: Stigma, HIV and AIDS: An exploration and elaboration of a stigma trajectory. Soc Sci Med 41: 303-315, 1995.
 - 27) Heijnders M, Van Der Meij S: The fight against stigma: An overview of stigma-reduction strategies and interventions. Psychol Health Med 11: 353-363, 2006.
 - 28) 吉川博政, 田上正, 山口泰, 玉城廣保, 樋口勝規, 山本政弘: HIV 感染者における歯科医療連携に関する研究. 日本エイズ学会誌 10: 41-49, 2008.

Actual Clinic Visits in HIV-Positive Patients : Visits to a Medical Institution for Treatment of HIV and Visits to a General Medical Institution for Primary Care

Rikuya HOSOKAWA¹⁾, Yoji INOUE²⁾, Taisuke TOGARI²⁾, Sakurako ABE³⁾, Takashi Yajima^{4,5)},
Takashi ITAGAKI⁶⁾, Sachiko OKI⁷⁾, Naoko KATAKURA⁸⁾, Chihiro WAKABAYASHI⁹⁾,
Asae YAMAUCHI¹⁰⁾ and Yousuke TAKAKU⁴⁾

¹⁾ Nagoya City University, ²⁾ The Open University of Japan, ³⁾ TIS Inc,
⁴⁾ Japanese Network of People Living with HIV/AIDS, ⁵⁾ PLACE TOKYO,
⁶⁾ Accelight Inc, ⁷⁾ Kyorin University, ⁸⁾ Kobe City College of Nursing,
⁹⁾ Saitama Prefectural University, ¹⁰⁾ School of Nursing, Tokyo Medical University

Objective : This study aims to determine the actual circumstances of medical institution visits for treatment of human immunodeficiency virus (HIV) and general medical institution visits (not for treatment of HIV ; hereinafter called primary care clinic) in HIV-positive patients.

Methods : In HIV-positive patients throughout Japan, an anonymous self-report questionnaire survey (HIV Futures Japan Project) was conducted between July 2013 and February 2014. Responses were obtained from 1,095 patients. A total of 913 patients, excluding invalid responses and expatriates, were included in the analysis.

Results : The patients who visited no medical institution for HIV treatment (hereinafter called patients who withdrew/never received treatment for HIV) accounted for 3.5% of the total. They were characterized by the following : male, in their twenties, lived alone, had nobody to turn to about their concerns, and were informed of their HIV-positive results by the public health center. The patients who did not have a primary care clinic accounted for approximately 60% of the total. At least half of these patients had no clinic where they might visit, although they required clinic visits. On the other hand, the patients who had a primary care clinic accounted for approximately 40% of the total. However, half of these patients did not inform the clinic of their HIV-positive results. In addition, the patients who had no clinic to visit in spite of their needs and those who did not inform their primary care clinics of their HIV-positive results tended to have higher HIV-related stigmata.

Conclusion : These results indicated risk factors of patients who withdrew/never received treatment for HIV and suggested that HIV-related stigmata might have a negative influence on their behavior regarding primary care clinic visitation.

Key words : HIV, defaulting, never treated, primary care, HIV-related stigma