

研究ノート

HIV 感染症患者のメンタルヘルスとそのスクリーニングに関する考察

—GHQ 30 の継続的評価と孤独感やソーシャルサポートとの量的分析から—

早津 正博, 古谷野淳子, 川口 玲, 石塚さゆり, 青木 信将, 茂呂 寛, 田邊 嘉也

新潟大学医歯学総合病院感染管理部

目的と方法: 通院中の HIV 感染者 (32~45 人) に対してこれまでに実施してきた 4 回分の GHQ 30 と 1 回分の孤独感やソーシャルサポートに関するアンケートの結果を用いて, メンタルヘルスの状況とそのスクリーニングの活用に関する量的側面からの検討を行い, ケアや対応策に関して考察を行った。

結果: 全体の比較では, HIV 臨床群が対照群に比べて顕著にメンタルヘルスに問題を抱えているとはいえないが, 分布の仕方が異なることが示された。少なくとも本調査では, GHQ 30 が 0 点付近の者も多い反面, 10 点以上の注意を要するレベルで問題を抱える者も比較的多いという二極化の構造をとり, より患者が多くなるほど要支援者をスクリーニングする必要性が高まると考えられた。スクリーニングの指標としては, 特に GHQ 30 の「希死念慮うつ傾向」が重要であること, その「希死念慮うつ傾向」に対しては孤独感や孤独不安耐性が要因となっていることが示された。そして HIV 感染者が抱える孤独感は対照群とは異なる特徴を持つことが明らかにされた。

結論: HIV 感染者の心理状態に合わせてケアや対応策を考えることが必要であり, そのためにはチーム医療によるアプローチが重要である。

キーワード: メンタルヘルス, スクリーニング, 孤独感, ソーシャルサポート, 臨床心理学

日本エイズ学会誌 20: 53-69, 2018

序 文

HIV/AIDS は 1980 年代初めに発見された後, しばらくの間致死的な病であったが, 1990 年代半ばからの抗 HIV 薬の多剤併用療法の効果によって, 今やコントロール可能な慢性疾患とまで呼ばれるようになっていく。しかし, 内服を中断すると発症, 再発し, 完治できない状況は続いているため, 患者がいかに薬を飲み続けられるかという視点が重要である¹⁾。

患者による服薬や受診そのものが中断される大きな要因の 1 つとしては, メンタルヘルスの問題があげられる²⁾。HIV 感染症患者におけるメンタルヘルスの問題とケアの必要性は従来から言われ続け, 看護師, ソーシャルワーカーなどとともに, 臨床心理士などの心理職が HIV カウンセリングを行ってきた³⁾。兒玉ら⁴⁾は, 1989 年から 1999 年までの約 11 年間における広島大学医学部附属病院での HIV カウンセリングに関して整理, 分析を行い, 抗 HIV 薬多剤併用療法 (Anti-retroviral therapy, 以後 ART と略す) が導入された時代の前後で面接において語られた内容や話題の様相が変化したことを考察している。血液製剤由来の患者においては, ART 導入後はその前に比べて, 「AIDS 期

の QOL」に関する話題 (たとえば AIDS 発症や進行, 死に関する不安や苦悩, 治療への不満や苛立ちなど) が激減し, 「人間関係や心理的な問題」についても差別迫害や絶望感といったものから, 慢性疾患を抱えながら周囲の人々とごく普通の人間関係を維持していく上での悩みとなったことが述べられている。しかし, 性行為由来の患者においては, ART 導入後に「AIDS 期の QOL」の話題が激減したのは血液製剤由来の患者と同様である一方, 「病状や治療の悩み」や「人間関係や心理的な問題」の話題が増加した。その背景としては, 「HIV を周囲にひた隠しにして元気を装いながら社会生活を送り, 内実は医療スタッフや限られた人々に支えられているだけの孤立した状況があること」と述べており, 今後の支援の必要性を指摘している。2010 年の調査報告⁵⁾においても同様に, 回答した患者の約 8 割が家族に HIV を伝えることや, 病気を隠して人と接することに悩んだ経験があると回答している。

ART 時代の現在は, カウンセリング場面での話題や悩みの様相として以上のような特徴を持つが, メンタルヘルスという点においてはどのような状況であろうか。矢永ら⁶⁾は, 九州医療センターにおいて登録患者の約 20% に精神科の受診歴があり, その約 90% にうつ病などの診断がついていること, 陽性告知直後以外にも生活上の問題やメンタルヘルスの悪化から希死念慮をもつ陽性者も少なくないことなどを述べている。量的研究においては, 廣常⁷⁾の調

著者連絡先: 早津正博 (〒951-8520 新潟市中央区旭町通 1-754 新潟大学医歯学総合病院感染管理部)

2015 年 3 月 9 日受付; 2017 年 7 月 6 日受理

査で、初診時の HIV 感染症患者の約 75% が GHQ (General Health Questionnaire) 30 によるスクリーニングでカットオフ値を超えており (以降、カットオフ値を上回ることを GHQ 30 陽性と略す)、その 1 年後では約 50% である。また SAMISS (Substance Abuse and Mental Illness Symptoms Screener) の精神症状尺度においては初診時も 1 年後も約 60% がスクリーニングで陽性となり、有意な差はみられていない。1 年後とは言え、いずれもメンタルヘルスの悪化が感染判明直後だけに留まらない可能性が示されている。

他には三橋ら⁸⁾が Zung 自己記入式抑うつ評価尺度日本版 (self-rating depression scale : SDS) と精神疾患簡易構造化面接法 (Mini International Neuropsychiatric Interview : MINI) 日本語版を組み合わせて調査を行っている。調査期間中約 2 年の間に通院した全 HIV 感染症患者 52 人のうちの 40 人に実施し、その中で 5 人 (12.5%) がうつ病と判定され、さらにそのうち 4 人が efavirenz (EFV) 内服中で非内服群に比べてうつ病判定の割合が有意に高いことを χ^2 検定にて示している。その他、国籍、感染経路、CD4 陽性細胞数、HIV-RNA 量、抗 HIV 薬の多剤併用療法の有無についても同様に検討されたが、うつ病判定の割合に有意な差は認められていない。ただしここでは、たとえば人間関係の問題など、先述の HIV 感染によって問題となりうる心理的要素については説明変数に設定されていないことに留意する必要があると考える。

このように ART 時代のメンタルヘルスに関する量的な研究は少しずつ蓄積されつつあるが、兒玉ら⁹⁾のエイズ学会の記録にある多くの患者を抱える多忙な施設の状況を考えると、患者の示すさまざまなメンタルヘルスのサインの中でどこに注目すべきかが明らかになっている必要があり、先行研究でおおのに注目されてきた要素を同時に説明変数に含めた上で検討を行う研究が必要であると考え。言い換えれば、すべての変数を含めることは現実的に不可能であるが、質的・量的な先行研究の中で注目されてきた要素はできるだけ変数に入れた上で、“差”ではなく“因果関係”まで検討することが求められる。加えて、メンタルヘルスという物理的に直接測定できないものを扱う以上、どんなスクリーニングツールを用いたとしてもそれは間接的指標でしかなく、得られた結果の解釈に関する注意点や留意点についても検討、整理しておくことも重要と考える。

ところで当院では、古谷野ら¹⁰⁾が述べたようにメンタルヘルスのスクリーニングと、カウンセリングの補助ツールとして、患者の同意に基づき、ほぼすべての患者に対して 1 年もしくは 2 年に 1 回の頻度で、これまで 4 回 GHQ 30 を実施してきた。さらに 4 回目 (2014 年) の実施時には、GHQ 30 の精神的な健康さという次元のチェックでは拾えないニーズに配慮するため、「サポート状況に関するアン

ケート」と題してソーシャルサポート、孤独感、孤独不安耐性に関する尺度を用いた質問紙にも回答してもらった。この 3 つのテーマを選択した背景としては、すでに述べた先行研究等を参考に、スティグマという側面を持つ HIV を抱えることによる、①ソーシャルサポートの減少、②自己肯定感の低下、③孤独感の深まり、その 3 つの相互作用や悪循環を、HIV 感染者に対する見立てや支援の際の重要なポイントとして考えているためである¹¹⁾。その中で既存の尺度で応用可能と考えたソーシャルサポートと孤独感を質問項目に用い、得点が得られたときはカウンセリングの中で取り扱った。

目 的

本研究では、上記データを用いて、GHQ 30 の陽性判定を“メンタルヘルスに問題がある状態”と仮定し、先行研究で検討されてきたさまざまな要因もできる限り同時に含めたうえで、どの指標がメンタルヘルス悪化の予測因子として注目すべきかを統計学的に明らかにする。そのうえで予防や対応策について考察することを目的とする。

方 法

1. 調査対象

① HIV 臨床群：2009 年から 2014 年度の間に当院に継続的に受診していた HIV 感染症患者。2009 年：29 人、2011 年：31 人、2013 年：41 人、2014 年：38 人。

② 対照群：HIV および慢性疾患に罹患していない者、92 人。

2. 調査方法

① HIV 臨床群：受診時に、メンタルヘルスの管理と対策という目的であること、本人の自由意思に基づき途中でも止められること、結果はデータとしてまとめて分析にかけ、個人が特定されない形で発表する場合があること、を説明し同意が得られた者に実施した (通院歴等によって、実施回数は異なる)。GHQ 30 は 2009 年以降 1~2 年間隔で合計 4 回実施し、「サポート状況に関するアンケート」は 2014 年に GHQ 30 と合わせて実施した。

② 対照群：2014 年 12 月に複数の地域における複数の知人を通して、できるだけ職業や年齢に偏りが出ないように配慮しながら HIV に非感染で慢性疾患にも罹患していない協力者を募り、GHQ 30 と「サポート状況に関するアンケート」に対して回答を得た。ただし、ソーシャルサポートに関する質問項目に関しては、「注：あなたが体調を崩すなどして、以下のようなサポートが必要となった場合を想定してお答えください。」という教示を臨床群に対して用いたものに追加した。一部ずつ封筒に入れて配布し、無記名で、都道府県、性別、年齢、職業についても同

時に回答をもとめ、回答後はシールで封をしてもらう形で回収した。フェイスシートにおいて、選定条件がHIVに非感染であること、慢性疾患などで定期的に通院をしていない状態であること（歯科や突発的な受診は除く）を伝え、条件に当てはまらない場合は無回答のまま同様に封筒に入れ、封をしてもらうよう伝えた。

③ 調査項目：

・GHQ 30 日本版精神健康調査票短縮版（原著者：

Goldberg, D.P 日本版著者：中川ら）：30 項目、30 点満点で7点以上をメンタルヘルスに何らかの問題ありと判定する。下位尺度としては〔一般疾患傾向〕、〔身体症状〕、〔睡眠障害〕、〔社会的活動障害〕、〔不安と気分変調〕、〔希死念慮うつ傾向〕の6つが設定されており、それぞれに健常範囲、軽度の症状、中等度以上の症状の3段階の重症度判定基準が設けられている。

・ソーシャルサポート尺度（表1）：慢性疾患とも呼ば

表 1 ソーシャル・サポート尺度

項目内容	下位分類
あなたを精神的に支援してくれる人がある	情緒的
あなたの病気のことに話ができる人がある	情緒的
「無理をしてはいけない」などと気を配ってくれる人がある	情緒的
あなたの病気について助言、心配してくれる人がある	情緒的
あなたを色々とめんどろ見てくれる人がある	現実的
あなたを理解してくれる人（もしくは理解しようとしてくれる人）がある	情緒的
買い物や旅行に出かけたい時、一緒に行ってくれる人がある	現実的
家事をしてくれたり、手伝ってくれる人がある	現実的
あなたが病気で寝込んだ時に、看病や世話をしてくれる人がある	現実的
病院まで一緒に行き待っていてくれる人がある	現実的
定期的に診療や検査を受けるように勧めてくれる人がある	現実的
薬を飲むのを忘れた時、教えてくれる人がある	現実的
あなたの日常生活についての問題点を指摘してくれる人	現実的

金ら¹²⁾の慢性疾患ソーシャルサポート尺度から抜粋、一部変更。

表 2 孤独感尺度

項目内容	下位分類
私のことに親身に相談相手になってくれる人はいないと思う	対他的
人間は、他人の喜びや悩みを一緒に味わうことができると思う	対他的 [*]
私のことをまわりの人は理解してくれていると、私は感じている	対他的 [*]
私は、私の生き方を誰かが理解してくれると信じている	対他的 [*]
結局、自分はひとりでしかないと思う	実存的
私の考えや感じを何人かの人はわかってくれると思う	対他的 [*]
私の考えや感じを誰もわかってくれないと思う	対他的
自分の問題は、最後は、自分で解決しなくてはならないのだと思う	実存的
人間は、本来、ひとりぼっちなのだと思う	実存的
私の生き方を誰もわかってくれはしないと思う	対他的
結局、人間はひとりで生きるように運命づけられていると思う	実存的
私とまったく同じ考えや感じを持っている人が、必ずどこかにいると思う	実存的 [*]
私の人生と同じ人生は、過去にも未来にもないと思う	実存的
誰も私を分かってくれないと、私は感じている	対他的
人間は、互いに相手の気持ちをわかりあえると思う	対他的 [*]
どんなに親しい人も、結局、自分とは別個の人間であると思う	実存的

落合¹⁴⁾のLSO。^{*}は逆転項目。

れるようになった現在の HIV を抱える患者に適したソーシャルサポート尺度として、信頼性、妥当性の検討も加えられている金ら¹²⁾の慢性疾患患者用ソーシャルサポート尺度(20項目)を参考にした。ただし、金らが尺度項目作成の際に面接調査の対象としたのは心臓疾患、糖尿病、高血圧などの慢性疾患患者であったため、その中から HIV 感染症者に合うと考えられる 13 項目を選定し、1 項目のみ「あなたを理解してくれる人がある」⇒「あなたを理解してくれる人(もしくは理解しようとしてくれる人)がいる」のように補足文を加えて用いた。ソーシャルサポートの下位分類の仕方にはさまざまな意見があるが、情緒的なアプローチによるサポートと現実的・具体的なアプローチによるサポートの 2 分類については多くの研究でおおむねの一致がみられているため¹³⁾、本研究においても同様な視点に基づいて 2 名の臨床心理士で検討、分類し、下位尺度として「情緒的サポート」(5 項目)と「現実的サポート」(8 項目)として設定した。

・孤独感尺度(表 2): 落合¹⁴⁾の「孤独感の類型判別尺度(Loneliness Scale by Ochiai: LSO)」(16 項目)をそのま

ま用いた。併存的妥当性、基準関連妥当性、再検査法による信頼性まで確認されており、①人間同士が理解・共感しあえるかという次元(LSO-U)と、②人間の個性に気づいているか(LSO-E)、という 2 次元から孤独感を捉えられるように二つの下位尺度から構成され、それぞれの高・低の組み合わせによって 4 つの類型で捉えることが可能となっている(図 1)。落合¹⁵⁾は、発達段階によって孤独感類型が A 型→B 型→C 型→D 型と変化していくことを述べているが、恐らくその発達の観点に基づき、LSO-U は人間同士は理解・共感できると感じているほど高得点になるように、LSO-E は個性に気づいているほど高得点になるように採点している。しかし、本研究ではどれだけ孤独感が高いかどうかに注目した検討を行うため、どちらも孤独感を感じるほど高得点になるよう採点し、便宜上前者を「対他的孤独感」(9 項目)、後者を「実存的孤独感」(7 項目)と呼ぶこととする。

・孤独不安耐性尺度(表 3): 広沢¹⁶⁾によって作成された簡略版 CBA (Capacity to be Alone) 尺度のうち、孤独不安耐性を示す第 1 因子 5 項目の中から 4 項目を採用し、

表 3 孤独不安耐性尺度

項目内容
一人でいると気弱な気分になる時がある
ひとりぼっちに耐えられない時がある
孤独を感じて、だれかにそばにいて欲しいと思うことがある
一人でいると、物事をどんどん悪い方向に考えてしまう

広沢¹⁶⁾の簡略版 CBA 尺度から抜粋。

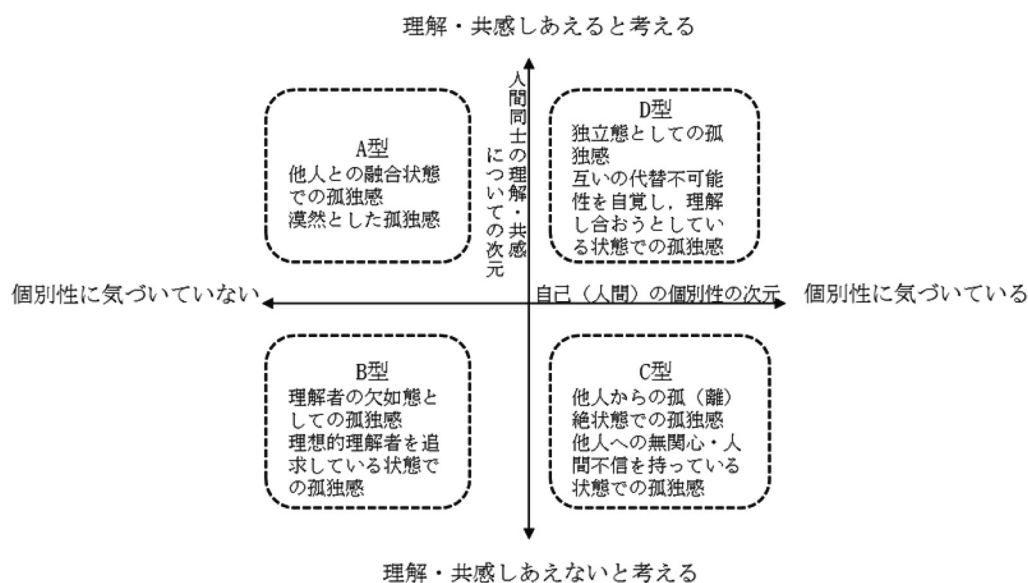


図 1 落合¹⁵⁾の孤独感の規定因の構造と 4 類型の特徴

「孤独不安耐性尺度」(4項目)とし、耐性があるほど高得点になるように採点した。

④ 教示や評定：GHQ 30 については標準化されているとおりに教示、評定し、②～④についてはまとめて「サポート状況に関するアンケート」と名付け、「友人、恋人、家族、職場の人、病院スタッフ…など、自分を取り巻く人は一人ひとり違うものですが、今のあなたの気持ちに最もあてはまるものを選んでマルを付けてください」という教示文とともに、例題を用紙の冒頭で示した上で回答を求めた。評定はいずれも「あてはまらない」、「あまりあてはまらない」、「どちらとも言えない」、「まあまああてはまる」、「あてはまる」の5件法を用いた。5件法は心理学領域の多くの研究にならい、本研究においても間隔尺度として扱うこととした。

⑤ 倫理的配慮：本研究および調査は、新潟大学医歯学総合病院の倫理委員会の承認が得られている。

3. 分析方法

① 尺度の内的整合性：「サポート状況に関するアンケート」で用いたほとんどの項目は、先行研究のものをそのまま用いているため、1つひとつは一定の妥当性は得られていると考えられるが、本研究のソーシャルサポートと孤独不安耐性の尺度については項目の構成や内容の一部を変更しているため、各尺度の内的整合性を HIV 臨床群のサンプルを用いて確認した。

② HIV 群と対照群の属性：年齢、性別の他、HIV 群については MSM の人数、告知からの経過月数、精神面への副作用がみられる抗 HIV 薬の服用人数、対照群においては居住地、職業別人数などを表に整理し、サンプルの属性の概観を確認した。

③ GHQ の二群間比較(分布)：HIV 臨床群と対照群の GHQ 30 合計得点について、カットオフポイントの7点を境に0～3点、4～6点、7～9点、10点以上で区切り、度数分布表に従って折れ線グラフで表示した。レンジの区切り方については議論の余地があると考えるが、まずカットオフを上回るかどうかという観点で6点以下と7点以上で分け、6点以下に関しては0点から6点の中央に位置するという意味で3点を基準に0～3点と4～6点とし、さらにカットオフ値の7点に対して対称的にレンジを構成するように7～9点を作り、10点以上で区切った。10点以上は、7点がカットオフ値であることも踏まえ、細かくレンジを構成することに意味を見出さなかったため、まとめた。(日本版 GHQ 精神健康調査票手引きにおける GHQ 30 得点の分布においても健常者群において11点以上の分布がないことも参考にした。)

統計学的に分布の差を検討するため、HIV 臨床群の4回目(2014年)のデータと対照群のデータを用いて、度数分

布表で用いた4つのレンジと HIV 臨床群/対照群によるクロス集計表からフィッシャーの直接確率検定を行った。

④ GHQ およびその他の尺度得点の二群間比較(平均)：両群間の比較を行う前に、対照群のデータについて、居住地別、職業別で GHQ 30 合計得点と各下位因子得点、「サポート状況に関するアンケート」の各尺度得点の平均値に1元配置分散分析でどの組み合わせにおいても有意な差がみられないことを確認したうえで、HIV 臨床群の4回目(2014年)のデータと対照群のデータを用いて、GHQ 30 合計得点、GHQ 30 の各下位因子得点、サポート状況に関するアンケートの各尺度得点(「情緒的/現実的ソーシャルサポート」, 「対他的/実存的孤独感」, 「孤独不安耐性」)についてウェルチの検定を行った。

⑤ 相関関係：各因子間の相関関係を確認しておくために次の分析を行った。臨床群においては4回目のデータを用いて年齢、告知からの経過月数、GHQ 30 合計得点とその下位因子得点、[情緒的/現実的ソーシャルサポート], [対他的/実存的孤独感], [孤独不安耐性]との相関を分析した。同様の分析を対照群のデータにおいても行った。

⑥ 判別分析：メンタルヘルスの不調の反復性を説明する因子を検討するために次の分析を行った。

4回目のサンプルで、かつ2回以上 GHQ 30 を受検しているもの(36人)に対して、毎回 GHQ 30 が陽性判定か否かでグループ分けを行い、4回目の GHQ 30 の各下位因子、[性別], [セクシャリティ], [告知からの経過月数], [精神面への副作用がみられる抗 HIV 薬の服用の有無], [情緒的/現実的ソーシャルサポート], [対他的/実存的孤独感], [孤独不安耐性]を説明変数に、ステップワイズ法による判別分析を行った(質的変数は理論上ダミー変数を使用)。加えて、他の3回分のデータについてもそれぞれ、2回以上受検して毎回陽性か否かを被説明変数にステップワイズ法による判別分析を行った(4回目のみ測定した[精神面への副作用がみられる抗 HIV 薬の服用の有無], [情緒的/現実的ソーシャルサポート], [対他的/実存的孤独感], [孤独不安耐性]は説明変数に含まれない)。

⑦ 回帰分析：HIV 臨床群と対照群の平均値の比較において差がみられた[希死念慮うつ傾向], [情緒的ソーシャルサポート], [対他的孤独感]と HIV 罹患との因果関係を検討するため、HIV 臨床群であるかどうかで作成した二値変数を説明変数に(理論上はダミー変数を使用)、強制投入法による回帰分析を行った。

また、回帰分析を用いて希死念慮うつ傾向への影響と、その他因子間の関係性の検討を行った。希死念慮うつ傾向へ注目したのは⑥の判別分析の結果からである。

(HIV 臨床群)：[希死念慮うつ傾向]を被説明変数とし、4回目のデータを用いて、[性別], [セクシャリティ], [年

齢〕〔告知からの経過月数〕, 〔精神面への副作用がみられる抗 HIV 薬の服用の有無〕, 〔情緒的/現実的ソーシャルサポート〕, 〔対他的/実存的孤独感〕, 〔孤独不安耐性〕を説明変数に, ステップワイズ法による重回帰分析を行った (質的変数は理論上ダミー変数を使用)。

次の段階として, GHQ 30 以外の因子 (〔性別〕, 〔セクシャリティ〕, 〔年齢〕, 〔告知からの経過月数〕, 〔精神面への副作用がみられる抗 HIV 薬の服用の有無〕, 〔対他的/実存的孤独感〕と〔孤独不安耐性〕, 〔情緒的/現実的ソーシャルサポート〕) の中で, 〔対他的/実存的孤独感〕と〔孤独不安耐性〕の 3 種をそれぞれ被説明変数に, それ以外を説明変数においた 3 回の重回帰分析をステップワイズ法にて行った。

(対照群): 同様に重回帰分析を行った。

⑧ ロジスティック回帰分析: パス図を参考に, メンタルヘルスの反復 (もしくは継続) した悪化に関して, 希死念慮うつ傾向がどのくらいリスクがあるか検討を行うため, ロジスティック回帰分析を行った。同様にうつ傾向に対するリスクにおいてもロジスティック回帰分析を行った。

(メンタルヘルスの不調を繰り返すリスクの検討): サンプル数と以後の測定回数のバランスの兼ね合いから HIV 臨床群の 2 回目のサンプルを用いて, その回も含め以後 3 回実施の中で 2 回以上 GHQ 30 を受検した者 (29 人) に対して, 毎回陽性判定であったか否かで二値変数を割り振り, 被説明変数とした。説明変数としては⑥の結果を参考に〔希死念慮うつ傾向〕に着目し, 重症度判定 (0 点 = 健常範囲, 1 点 = 軽度症状, 2・3・4・5 点 = 中等度以上) に 3 値の質的変数を割り振り, ロジスティック回帰分析を行った (ダミー変数使用)。

(希死念慮うつ傾向のリスクの検討): HIV 臨床群の 4 回目のサンプルデータ (38 人) を用い, 前項のロジスティック回帰分析の結果を参考に〔希死念慮うつ傾向〕が中等度以上か, それより軽度かで二値変数を作り, 被説明変数とした。説明変数は⑦の回帰分析の結果を参考に, 〔対他的孤独感〕と〔孤独不安耐性〕とした。ただし, 落合¹⁴⁾が孤独感類型に用いたプラス・マイナス表示にならない, 尺度得点を項目数で割った上で 5 件法の中央値である 3 点を 0 点に置き換えることで -2 点から 2 点までのレンジで表示しなおし, 〔対他的孤独感〕についてはプラスか否か, 〔孤独不安耐性〕についてはマイナスか否かで二値変数を作成した。0 値を持つサンプルについては孤独感類型を用いた先行研究¹⁶⁾においては分析対象から削除しているが, この分析では類型化を行わないため, 〔対他的孤独感〕については 0 値をマイナスに含め, 〔孤独不安耐性〕についてはプラスに含めた。

0 値をこのように扱った理由としては, 第一に, 重回帰

分析の結果から〔対他的孤独感〕は高ければ高いほど, 〔孤独不安耐性〕は低ければ低いほど〔希死念慮うつ傾向〕を高めることが示されたこと, 第二に, 本分析はこの重回帰分析の結果に基づき, 〔対他的孤独感〕がプラスであることと〔孤独不安耐性〕がマイナスであることがどれくらい中等度以上の〔希死念慮うつ傾向〕となるリスクがあるかを検討する目的を持つこと, 第三に, プラスでもマイナスでもない 0 値には, 「どちらでもない」, 「どちらとも言えない」という意味があると考えれば, 0 値はこの分析で注目している〔対他孤独感〕プラス, 〔孤独不安耐性〕マイナスに含めるべきではないと考えたためである。このプラス・マイナスによる二値変数を説明変数とし (理論上, ダミー変数を使用), ロジスティック回帰分析を行った。

希死念慮うつ傾向の重症度判定や, 孤独感のプラス・マイナスの分類において質的変数に変換した理由は, 粗点において 1 点高いか低いかわかりやすい差異を取り上げるよりも, たとえば孤独感が優勢なのかどうかという変数で分析したほうが測定誤差の影響を少なくでき, 意味のある検討が行えると考えたためである。

(孤独感類型を用いた希死念慮うつ傾向のリスクの検討): 〔対他的孤独感〕と同様の手続きで〔実存的孤独感〕についても -2 から 2 までのレンジの孤独感を表す数値に変換したうえで, 落合¹⁵⁾の孤独感の 4 類型にならって分類した (この分析では先行研究の類型化にならない, 0 値を含むサンプルは分析対象から外した)。4 類型とは, 対他的孤独感と実存的孤独感がそれぞれ, 《マイナス・マイナス型 (= 落合の A 型)》, 《プラス・マイナス型 (= 落合の B 型)》, 《プラス・プラス型 (= 落合の C 型)》, 《マイナス・プラス型 (= 落合の D 型)》である。

B 型にあてはまるものがいなかったため, それ以外の 3 グループに基づき作成した 3 値の質的変数と〔孤独不安耐性〕から作成した二値変数を説明変数とし, 被説明変数は〔希死念慮うつ傾向〕が中等度以上か否かの二値変数としてロジスティック回帰分析を行った。

⑨ 孤独感類型の二群間比較: HIV 臨床群と対照群の間に孤独感類型の分布の仕方に差があるかを確認するため, HIV 臨床群/対照群と孤独感類型のクロス集計表からフィッシャーの直接確率検定を行った。

⑩ 統計ソフト: 本研究の統計学的解析に用いた統計ソフトは SPSS17.0 である。

結 果

1. 尺度の内的整合性

〔情緒的ソーシャルサポート〕, 〔現実的ソーシャルサポート〕, 〔対他的孤独感〕, 〔実存的孤独感〕, 〔孤独不安耐性〕の信頼性係数はそれぞれ $\alpha=0.83, 0.90, 0.90, 0.79,$

0.83 と十分な値であったため、それぞれ 1 つの尺度得点として扱った。

2. 基礎的データ

表 4～6 に示した。表以外の情報として、HIV 臨床群の GHQ 30 受検回数（1～4 回）ごとのサンプル数は、1 回：6 人、2 回：10 人、3 回：7 人、4 回：24 人で、のべ 46 人だった。また、対照群の「その他」のおもな内訳は公務員：5 人、パート・アルバイト・派遣職員：8 人、看護師等の専門職：5 人、自営業：4 人、教員：3 人であった。つまり、本研究における HIV 非感染者としての対照群は、約半数が会社員であり、「その他」と合わせれば約 8 割が何らかの仕事に従事している者達であった。

3. GHQ の二群間比較（分布）

① 度数分布表をもとに作成した折れ線グラフ（図 2）

② フィッシャーの直接検定：GHQ 30 合計得点の度数分布表から作成したグラフの形状パターンに HIV 臨床群と対照群で見た目上の違いがみられたため、HIV 臨床群の 4 回目（2014 年）のデータと対照群のデータを用いて、度数分布表で用いた 4 つのレンジと HIV 臨床群/対照群によるクロス集計表からフィッシャーの直接確率検定を行ったところ $p=0.017$ ($p<0.01$) で有意な差が認められた。

GHQ 30 合計得点について、次項で示すように各群をそれぞれ平均値でひとくくりにした形での比較では、HIV 臨

床群と対照群の間に有意な差があるとはいえないが、分布状況で比較してみるとグラフの見た目上の形状パターンに差があるように（HIV 臨床群は谷型、対照群は右肩下がり）、統計学的にも分布の仕方に差があることが示された。

4. GHQ およびその他の尺度得点の二群間比較（平均）

ウェルチの検定の結果、[希死念慮うつ傾向] ($t(41.88) = -2.28, p<0.05$, HIV 臨床群：平均 0.68 標準偏差 1.40, 対照群：平均 0.15 標準偏差 0.58) と [情緒的ソーシャルサポート] ($t(52.00) = 3.15, p<0.01$, HIV 臨床群：平均 20.18 標準偏差 4.61, 対照群：平均 22.76 標準偏差 3.16), [対他の孤独感] ($t(53.05) = -2.26, p<0.05$, HIV 臨床群：平均 20.18 標準偏差 4.67, 対照群：平均 17.11 標準偏差 5.41) において有意な差が認められ、それ以外には認められなかった。

5. 相関関係

結果表記が煩雑になることを避けるために GHQ 30 の因子内相関は省き、スピアマンの順位相関係数 $r \geq 0.50$ であったものに限定して記す。

① HIV 臨床群：[情緒的ソーシャルサポート] × [現実的ソーシャルサポート] ($r=0.71, p<0.001$), [孤独不安耐性] × [GHQ 30 合計得点] ($r=-0.59, p<0.001$), 同 × [睡眠障害] ($r=-0.52, p<0.001$), 同 × [不安と気分変動] ($r=-0.52, p<0.001$), 同 × [希死念慮うつ傾向] ($r=-0.50$,

表 4 基礎的データ

	1 回目 (2009 年)		2 回目 (2011 年)		3 回目 (2013 年)		4 回目 (2014 年)		対照群	
受診患者数 [*] (人)	32		35		45		45			
サンプル数 (人)	合計 (受診患者数に対する割合)		合計 (受診患者数に対する割合)		合計 (受診患者数に対する割合)		合計 (受診患者数に対する割合)		合計	
	29 (90.6%)		31 (88.6%)		41 (91.1%)		38 (84.4%)		92	
	男性 (MSM)	女性	男性 (MSM)	女性	男性 (MSM)	女性	男性 (MSM)	女性	男性	女性
年齢 (歳)	22 (11)	7	25 (12)	6	34 (18)	7	33 (18)	5	42	50
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
	43.0	11.5	44.7	10.8	45.0	12.1	45.3	11.8	38.8	12.9
年代別人数 (人)	最大値	最小値	最大値	最小値	最大値	最小値	最大値	最小値	最大値	最小値
	64	23	65	25	67	24	69	25	89	19
	20～30 代	40～50 代	20～30 代	40～50 代	20～30 代	40～50 代	20～30 代	40～50 代	19 歳	20～30 代
告知からの経過月数 (ヵ月)	12	14	11	15	15	19	13	19	2	59
	60 代以上		60 代以上		60 代以上		60 代以上		40～50 代	60 代以上
	3		5		7		6		22	9
居住地別人数 (人)	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	新潟	青森・宮城・兵庫
	80.3	64.0	101.9	66.8	104.1	72.2	119.2	75.1	35	15
	最大値	最小値	最大値	最小値	最大値	最小値	最大値	最小値	東京・神奈川・千葉・埼玉	
職業別人数 (人)	200	6	220	5	242	0	258	8	41	
							精神面への副作用がみられる抗 HIV 薬 (EFV, RPV, ATV) の服用人数：14 人		会社員	学生
									49	6
									主婦・無職	その他
									12	25

* ドロップアウトしている患者は除き、定期的に受診している患者数。

表 5 GHQ 30 の合計点と下位尺度得点

	1 回目 (2009 年)		2 回目 (2011 年)		3 回目 (2013 年)		4 回目 (2014 年)		対象群	
GHQ 30 合計 (点)	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
	7.1	6.9	6.7	6.8	6.7	7.3	5.5	6.1	5.5	4.2
	GHQ 陽性割合 (%)		GHQ 陽性割合 (%)		GHQ 陽性割合 (%)		GHQ 陽性割合 (%)		GHQ 陽性割合 (%)	
	44.8		40.0		36.6		34.2		38.0	
一般疾患傾向 (点)	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
	1.4	1.3	1.6	1.5	1.4	1.4	1.2	1.5	1.3	1.1
	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)
	10.3	24.1	22.6	22.6	17.1	19.5	13.2	18.4	30.4	13.0
身体的症状 (点)	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
	1.2	1.2	1.3	1.5	1	1.3	1	1.3	1.2	1.4
	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)
	27.6	13.8	3.2	25.8	14.6	12.2	18.4	10.5	15.2	20.7
睡眠障害 (点)	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
	1.9	1.9	1.6	1.7	1.5	1.7	1.3	1.6	1.3	1.3
	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)
	13.8	31	25.8	22.6	17.1	24.4	13.2	18.4	22.8	13.0
社会的活動障害 (点)	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
	0.7	1.2	0.9	1.6	0.8	1.4	0.4	1.2	0.4	0.7
	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)
	27.6	6.9	16.1	16.1	19.5	12.2	15.8	5.3	22.8	3.3
不安と気分変調 (点)	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
	1.2	1.5	0.8	1.5	1.3	1.7	0.8	1.4	1.2	1.5
	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)
	27.6	10.3	19.4	6.5	19.5	14.6	18.4	7.9	25.0	8.7
希死念慮うつ傾向 (点)	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
	0.7	1.4	0.6	1.3	0.8	1.4	0.7	1.4	0.2	0.6
	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)	軽度症状 (%)	中等度以上 (%)
	3.4	20.7	12.9	12.9	7.3	19.5	5.3	18.4	4.3	4.3

表 6 サポート状況に関するアンケートの各尺度得点

	情緒的 ソーシャルサポート		現実的 ソーシャルサポート		対他的孤独感		実存的孤独感		孤独不安耐性	
HIV 臨床群	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
	20.2	4.6	29.2	8.4	20.2	7.6	20.4	5.7	13.9	4.4
対照群	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
	22.8	3.2	31.5	7.6	17.1	5.4	21.9	4.6	13.5	3.8

$p < 0.001$) であった。

② 対照群：年齢、GHQ 30 合計得点とその下位因子得点、[情緒的/現実的ソーシャルサポート]、[対他的/実存的孤独感]、[孤独不安耐性]との相関を分析し、結果を同様に記すと、[情緒的ソーシャルサポート]×[現実的ソーシャルサポート] ($r = 0.57$, $p < 0.001$)、同×[対他的孤独感] ($r = -0.59$, $p < 0.001$) であった。

6. 判別分析

4 回目のサンプルに対する判別分析の結果は、正準相関係数 = 0.94, Wilks のラムダの有意確率 $p < 0.001$, 説明変数としては標準化された正準判別係数 (カッコ内が係数) の絶対値が大きいものから順に、[希死念慮うつ傾向 (0.94)], [孤独不安耐性 (-0.55)], [年齢 (0.54)], [身体的症状 (0.52)], [性別 (0.51)], [対他的孤独感 (0.49)] が採用された (被説明変数は 2 回以上 GHQ 30 を受検してサンプ

ルの中で、毎回 GHQ 30 が陽性判定であったか否かを質的変数にしたもの)。他 3 回分の判別分析の結果も、採用される説明変数には回ごとで微妙な違いはあるものの、4 回とも共通して説明変数として採用されたのは、[希死念慮うつ傾向]のみであった。

7. 回帰分析

① HIV 臨床群か否かを説明変数とした回帰分析：[希死念慮うつ傾向] に対しては自由度調整済み重決定係数 $R^2 = 0.06$, 有意確率 $p < 0.01$, [情緒的ソーシャルサポート] に対しては自由度調整済み重決定係数 $R^2 = 0.09$, 有意確率 $p < 0.001$, [対他的孤独感] に対しては自由度調整済み重決定係数 $R^2 = 0.04$, 有意確率 $p < 0.05$, の影響が示された。

ウェルチの検定の結果も踏まえれば、HIV 臨床群は対照群との平均値の比較において、[希死念慮うつ傾向] は高く、[情緒的ソーシャルサポート] は低く、[対他的孤独

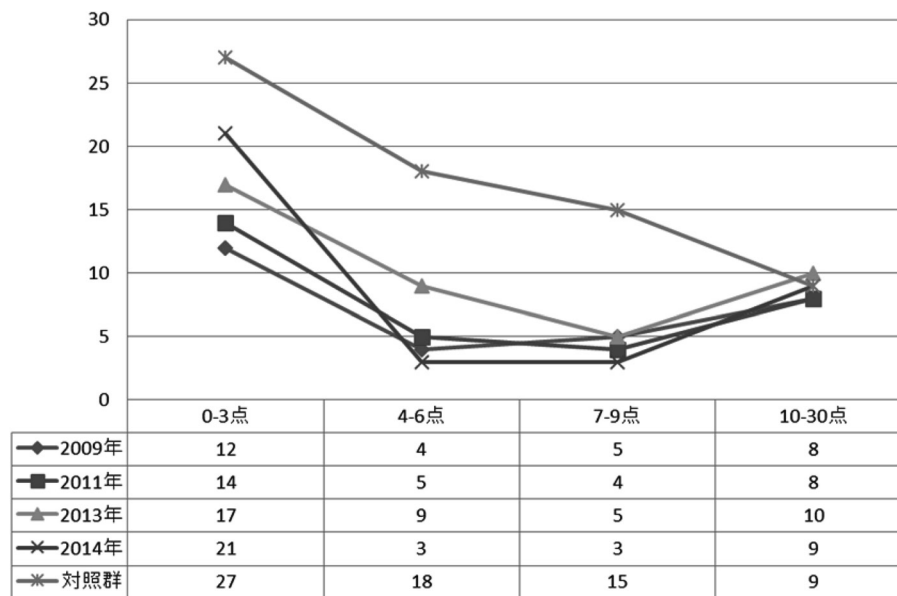


図 2 GHQ 30 合計得点の度数分布 (人)

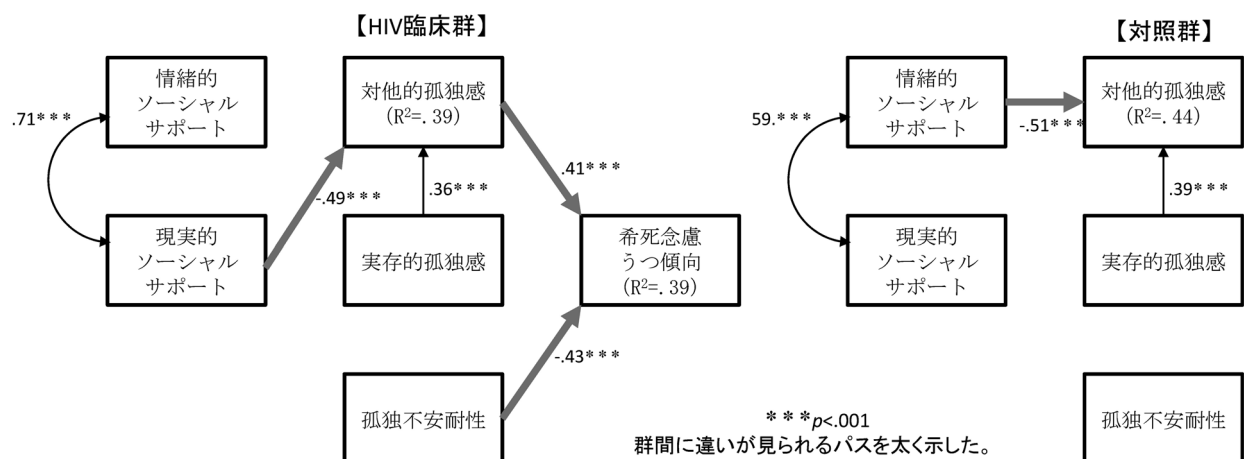


図 3 パス図

感] は高いことが有意にいえるがその差はわずかであり、因果関係においても HIV 感染者であることは有意に希死念慮や抑うつ気分、対他的孤独感を高め、情緒的ソーシャルサポートがあるという認識を低めるが、その説明率は低いということが示された。

② 希死念慮うつ傾向への影響と、その他因子間の関係性の検討：重回帰分析の結果については調整済み $R^2 \geq 0.20$ 、相関分析についてはピアソンの積率相関係数 $r \geq 0.50$ のみ検討の対象とし、結果をパス図に示した (図 3)。

8. ロジスティック回帰分析

① メンタルヘルスの不調を今後も繰り返すリスクの検討：本分析の対象とした、2 回目の HIV 臨床群サンプルのうち以後 3 回以上受検した 29 人の受検回数別内訳は、3 回

すべて受検した者が 25 人、2 回受検した者が 4 人であり、2 回受検者の 4 人のうち GHQ 30 の判定が 2 回とも陽性判定だった者は 1 人だった。

この 29 人のうち、説明変数とした [希死念慮うつ傾向] の重症度判定別の内訳は、健常範囲 21 人、軽度症状 4 人、中等度以上 4 人だった。

同様にこの 29 人のうち、GHQ 30 が毎回陽性判定であったか否かの内訳は、毎回陽性判定だった者は 7 人、そうでない者は 22 人だった (表 7)。

本分析の結果を表 8 に示した。[希死念慮うつ傾向] が中等度以上の場合、健常範囲の場合に比べて調整 $OR = 16.0$ (95%CI=1.22-210.59) で有意だった ($p < 0.05$)。つまり、[希死念慮うつ傾向] が中等度以上と判定される場

表 7 メンタルヘルスの不調を今後も繰り返すリスクの検討におけるサンプル内訳 (29 人)

GHQ 30 実施 2 回目から 4 回目における 受検回数別内訳	3 回受検者 (人) 25	2 回受検者 (人) 4 ^{*1}		
GHQ 30 実施 2 回目における [希死念慮うつ傾向] 重症度別内訳	健常範囲 (人) 21	軽度症状 (人) 4	中等度以上 (人) 4	
GHQ 30 陽性判定を 繰り返したかどうかの内訳	毎回陽性判定 (人) 7 ^{*2}	毎回陽性判定以外 (人) 22		

^{*1} GHQ 30 を 2 回受検した 4 人のうち、2 回とも陽性判定だった者は 1 人であった。

^{*2} 毎回陽性判定であった 7 人のうち、6 人は 3 回受検して 3 回とも陽性判定、1 人は 2 回受検して 2 回陽性判定であった。

表 8 ロジスティック回帰分析の結果 1

	<i>B</i>	標準誤差	有意確率	Exp (<i>B</i>)	Exp (<i>B</i>) の 95% 信頼区間	
					下限	上限
希死念慮うつ傾向 (健常範囲を基準にした際の軽度症状)	0.58	1.31	0.66	1.78	0.14	23.40
希死念慮うつ傾向 (健常範囲を基準にした際の中等度以上)	2.77	1.31	0.03*	16.00	1.22	210.59

* $p < 0.05$

表 9 ロジスティック回帰分析の結果 2

	<i>B</i>	標準誤差	有意確率	Exp (<i>B</i>)	Exp (<i>B</i>) の 95% 信頼区間	
					下限	上限
対他的孤独感 (マイナスを基準にしたプラス)	2.56	1.11	0.02*	12.90	1.45	114.66
孤独不安耐性 (プラスを基準にしたマイナス)	1.81	0.98	0.07	6.10	0.89	41.89

* $p < 0.05$

表 10 孤独感類型別人数と割合

	《マイナス・マイナス型》 (落合の A 型)		《プラス・マイナス型》 (落合の B 型)		《マイナス・マイナス型》 (落合の C 型)		《マイナス・プラス型》 (落合の D 型)	
	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)
HIV 臨床群	20	58.8	0	0.0	9	26.5	5	14.7
対照群	36	42.4	0	0.0	3	3.5	46	54.1

合は、健常範囲に比べて GHQ 30 の陽性判定を繰り返すリスクが 16 倍となることが示された。

② 希死念慮うつ傾向のリスクの検討：結果を表 9 に示した。[対他的孤独感] プラスはマイナスに対して調整 $OR = 12.9$ (95%CI = 1.45-114.66, $p < 0.05$) で有意であったが、[孤独不安耐性] マイナスはプラスに対して調整 $OR = 6.1$ (95%CI = 0.89-41.89, $p = 0.07$) で 5% 水準では有意で

なかった。つまり、[対他的孤独感] プラスはそうでない場合に比べて、[希死念慮うつ傾向] が中等度以上となるリスクが約 13 倍となることが示された。同様に「孤独不安耐性」マイナスはそうでない場合に比べてリスクが約 6 倍になるが、危険率約 7% の有意性であった。

③ 孤独感類型を用いた希死念慮うつ傾向のリスクの検討：落合¹⁵⁾ の孤独感の 4 類型にならった分類結果を表 10

表 11 ロジスティック回帰分析の結果 3

	B	標準誤差	有意確率	Exp (B)	Exp (B) の 95% 信頼区間	
					下限	上限
孤独感類型 《《マイナス・マイナス型》を基準にした 際の《マイナス・プラス型》》	1.80	1.39	0.20	6.03	0.40	91.75
孤独感類型 《《マイナス・マイナス型》を基準にした 際の《プラス・プラス型》》	2.95	1.47	0.04*	19.15	1.07	341.00
孤独不安耐性 (プラスを基準にしたマイナス)	1.95	1.14	0.09	7.00	0.75	65.62

* $p < 0.05$

に示した。

ロジスティック回帰分析の結果を表 11 に示した。《プラス・プラス型》は《マイナス・マイナス型》に対して調整 $OR = 19.15$ (95%CI = 1.07-341, $p < 0.05$) で有意だったが、[孤独不安耐性] マイナスはそうでない場合に調整 $OR = 7.0$ (95%CI = 0.75-65.62, $p = 0.09$) で 5% 水準では有意でなかった。つまり、[対他孤独感] と [実存的孤独感] が両方プラスの場合には、両方マイナスの場合に比べて [希死念慮うつ傾向] が中等度以上となるリスクが約 19 倍となることを意味する。同様に [孤独不安耐性] マイナスはそうでない場合に比べてリスクが約 7 倍になるが、危険率約 9% の有意性であった。

ただし、いずれのロジスティック回帰分析の結果においても信頼区間のひらきがみられている。

9. 孤独感類型の二群間比較

HIV 臨床群/対照群と孤独感類型のクロス集計表からフィッシャーの直接確率検定を行ったところ $p = 8.79 \times 10^{-6}$ ($p < 0.001$) で有意な差が認められた。

考 察

1. 全体の傾向

わが国全体の傾向と同様に当院でも受診継続中の HIV 感染者の全体数は徐々に増加傾向である。GHQ 30 合計得点のグラフを見ると、どの回も 0 点付近と 10 点以上が多く、その間が少ないという谷型の形状を繰り返している。当院の状況の特徴として、メンタルヘルスに問題を来さないものも多い一方で、注意を要するレベルでメンタルヘルスに問題を抱えるものも一定数いるという二極化の構造をとっていると言える。また、1 回目から 4 回目まで徐々に 0 点付近の人数が増えることで谷型が左に偏り、全体数が増えるなかで GHQ 30 陽性割合も徐々に減少している。この傾向が進んでいけば、患者数が多くなるほど谷型が左に偏った分布をとり、メンタルヘルスの健康を維持する者も

多いなかで、注意を要するレベルで問題を抱える者たちが一定数、紛れ込む状況となる可能性が考えられる。さらに、GHQ 30 合計得点の平均値はカットオフを下回り、対照群との統計学的な比較においても有意差はみられないため、全体を大まかに捉えてしまえば、HIV 臨床群のメンタルヘルスは対照群と差があるとは言えず、また注意を要する状況でもないと解釈できてしまう。しかし、当院に二極化した構造がみられたように、その分布の仕方には対照群との間で違いがあることが示され、平均値での比較のみでメンタルヘルスに顕著な差がないと結論づけてしまうことは不適切であろう。そのため HIV 感染者のメンタルヘルスに関しては、より多くの患者を抱える施設ほど、ケアを必要とする者たちを見逃さずに拾い上げる視点や具体的な対応策を備えることが重要であると考えられる。

また、HIV 臨床群と対照群の間での各因子得点の平均値の比較や回帰分析の結果からは、たしかに HIV であることは有意に希死念慮や抑うつ傾向、孤独感を高め、認知された情緒的なサポートを低下させるが、その説明率は小さいため、HIV に感染しているからと一概に捉えるのではなく、それ以外の状態についても細かくみていく必要があると言える。

2. メンタルヘルスの不調を繰り返すリスクとスクリーニングの指標

本研究では GHQ 30 の陽性判定の繰り返しに注目し、その説明因子やリスクを検討した。その結果、性別やセクシャリティ、告知からの経過月数、精神面への副作用がみられる抗 HIV 薬の服用、孤独感やソーシャルサポートよりも、まずその時点で「この世から消えてしまいたい」、「生きていることに意味がないと感じる」といった希死念慮や抑うつ気分を持つかどうか、メンタルヘルス不調の反復性を説明する上で重要であることが示された。GHQ 30 の [希死念慮うつ傾向] が中等度以上の判定であるかどうかは、メンタルヘルスのスクリーニングの観点におい

である程度信頼のおける指標となりうると考える。

3. チーム医療によるケアや悪化の予防

次に、リスク者としてスクリーニングされた者へのケアや、リスクを抱えないための予防について考察していく。統計学的解析により、メンタルヘルスのリスク因子と考えられる「希死念慮うつ傾向」に対しては、「対他的孤独感」が促進的影響を、「孤独不安耐性」が抑制的影響を与えることが示された。

① HIV 感染者の孤独感には必ずしも直接的な情緒的接近はフィットしない：まず前者の「対他的孤独感」とは、その項目内容を見ると、「他人から理解してもらえていないと感じていない」、「人は互いにわかりあえる存在と感じていない」、など、言わば“つながりの感覚のなさ”と言える。エイズ学会のシンポジウムの記録⁶⁾で医師の三木浩司氏が「HIV 陽性者のメンタルヘルスとそのケアの現状の報告から浮かび上がってくるのは、治療が困難な慢性疾患と捉えられるようになった HIV 感染症と孤立しがちな HIV 陽性者の姿」と述べているように、スティグマという側面を持つ HIV を抱えることにより、他人とのつながりをもちにくい状況となることで、抑うつ傾向や希死念慮が高まりやすいと考えられる。さらに、その「対他的孤独感」に対しては「現実的ソーシャルサポート」が抑制的な影響を与えることが示されたが、「情緒的ソーシャルサポート」と「現実的ソーシャルサポート」は強い相関関係にあるにもかかわらず、後者のみが有意な影響を示したことが重要な意味を持つと考える。さらに対照群においては、同様に「情緒的ソーシャルサポート」と「現実的ソーシャルサポート」が強い相関関係にある一方で、「対他的孤独感」に対しては逆に「情緒的ソーシャルサポート」のみが抑制的な影響を示していることも重要な結果である。これらをまとめると、HIV 感染者であっても非感染者であっても、病気という状況における現実的なサポートは情緒的なサポートの意味合いも同時に持つにもかかわらず、HIV 感染者にとっては尺度項目にあるように「病気について助言や心配」をしてくれたり、「病気のことについて話をする」など、病気を抱えることに関する情緒面に直接的にアプローチされるサポートは、人とのつながりの感覚を高めず、むしろ「一緒に買い物にいったり」、「家事を手伝ってくれたり」といった現実レベルでのサポートを得られるほうが意味を持つと読み取れる。この背景について、非感染者である対照群が逆の様相を持つことや HIV がスティグマという側面を持つことも含めて考察すると、HIV 感染者にとっては病気を抱えることに関する情緒面に直接的にアプローチされることは両価的であり、現実的なサポートであるほうがその心境やニーズに心理的距離感という点でフィットしているため、「周囲は自分のことを理解してく

れている」といった“つながりの感覚”をもちやすいのではないかと考える。つまり、メンタルヘルスの問題と言える希死念慮や抑うつ気分に対して、孤独感という情緒的な要素が重要な要因となっている一方で、情緒的に直接アプローチするサポートは必ずしも望ましくないという、いわばパラドックス的な特徴をもつと言える。HIV 感染者へのメンタルヘルスや心理面へのケアや対応を考える際に重要な視点であると考えられる。

もう1つの見方としては、「寝込んだ時に、看病や世話をしてくれる人がいる」や「買い物と一緒にしてくれる人がいる」といった状況をイメージすると、「現実的ソーシャルサポート」はサポートしてくれる人（たとえば家族やパートナー）と一緒にいる時間が日常生活の中で実際あり、サポートを受ける物理的な体験があるかどうかを捉えているとも考えられる。この見方で解釈すれば、非感染者にとっては病気のときに現実的なサポートをしてくれる人が日常生活の中に物理的にいなくとも、情緒レベルのサポートがあれば“つながりの感覚”は得られるのに対して、HIV 感染者の場合は逆に物理的な体験が重要であると言える。その背景としては、HIV 臨床群のみ「対他的孤独感」が「希死念慮うつ傾向」の説明変数となったことから考えられるように、抽象レベルのサポートでは埋められず、物理レベルでの体験をする必要があるほど、HIV 感染者が抱える人とのつながりに関する孤独感はより深いのではないかと考える。

以上、HIV 臨床群において「情緒的ソーシャルサポート」ではなく「現実的ソーシャルサポート」が「対他的孤独感」へ効果を持った背景に関しては、現実的なソーシャルサポートが情緒的に直接的でなく程よい距離感であることと、物理的な距離が近く、支えてくれる人がいることを実体験できることの2点が想定される。

② 各専門職の普段の関わりこそが重要：この現実的ソーシャルサポートに関する二つの考察を踏まえてケアや予防を考えれば、病院内においては医師の診察、看護師や薬剤師による教育や指導、ソーシャルワーカーによる社会資源を用いた支援など各専門職の普段の現実的な関わりこそが、情緒面への距離感という意味でも、サポートされる具体的な体験という意味でも、HIV 感染者のメンタルヘルスにとって有益であり、その具体的な面でのサポートを通して情緒的にも働きかけ、医療チームとの“つながりの感覚”が生まれるように心がけていくことが重要である。また、心理職に関しては、そもそもの前提として情緒面や心理面に直接的であるイメージを持たれるのが一般的であるため、侵襲性に配慮しながらも敷居を低くするよう工夫した会い方やシステムを考えていく必要がある。加えて、病院内における現実的なサポートという点では、ソーシャ

ルワーカーの役割は非常に大きい。当院でもソーシャルワーカーが、無職で独居の患者に対する訪問看護の導入や、仕事に就きたいという者には就職支援の段取りを組むなどのサポートを行っているが、メンタルヘルスだけでなく、結果的に受療行動にも有益な影響を持たしている印象を筆者は持っている。冒頭で述べたように HIV 感染症は慢性疾患と呼ばれるようになり、患者の多くはほとんどの時間を病院外で過ごしている。そのため病院外での現実的な生活をいかにサポートできるかは欠かせないポイントであり、本研究の HIV 臨床群において現実的ソーシャルサポートのみが孤独感を低めた結果の意味するところでもあると考える。自分の生活空間に頼れるものが来てくれることや、社会の中で自分の居場所を感じたり必要とされる体験は、“つながりの感覚のなさ”を緩和し、自己肯定感を支える可能性を持つ。孤独感という情緒面に直接的に働きかけることを目的としない現実的なサポートであるが、だからこそ HIV 感染者にとっては重要であり、病院外におけるサポート体制についても整備しておくことが必要である。

③ 孤独不安耐性に対して：統計学的解析の結果、[孤独不安耐性]も抑うつ傾向への有意な影響を持っていることが示された。[孤独不安耐性]は孤独にどれだけ平気で行われるか、孤独を抱える力がどれくらいあるか、ということの意味している。しかし、ソーシャルサポートからの孤独不安耐性への有意な影響は示されておらず、そのため身体医療の流れの中では、孤独不安耐性の低さに関して直接的に改善を図ろうとするよりは、まずどの程度孤独不安耐性の力があるかを見立てた上で、ソーシャルサポートを厚くして対他的孤独感の緩和を試みるなど別ルートからのアプローチを優先するほうが現実的ではないかと考える。

4. HIV 感染者の孤独感について

[実存的孤独感]についてはこれまで触れてこなかったが、本研究で取り上げた因子の中には説明変数となるものはみられなかった。[実存的孤独感]とは「人はひとりひとり異なり、別個の存在である。そのような意味において根本的に孤独である。」という感覚をどれだけ認識しているかを捉えている。落合¹⁵⁾も孤独感のポジティブな側面として述べているように、実存的孤独感を持つこと自体にはたとえば自立性に関連する意味で、健康的な側面があると考えられる。HIV 感染者においても、[実存的孤独感]が高くても他人との“つながりの感覚”がある状態《マイナス・プラス型（落合の D 型）》では、抑うつへのリスクは統計学的に示されなかった。しかし、対他的孤独感と実存的孤独感が共存するとき、すなわち《プラス・プラス型（落合の C 型）》は、HIV 感染者では希死念慮や抑うつ傾向のリスクが高まることが示された。

また、同じ点について対照群ではそもそも「希死念慮うつ傾向」が中等度以上となるサンプルがないために孤独感類型との関連はみられず、加えて孤独感類型の分布の仕方に群間差が認められることから、HIV 感染者の孤独感是非感染者とは異なる性質を持つと考える。本研究のサンプルでは対照群で C 型がほとんどみられないのに対して、HIV 臨床群では約 25% が C 型に該当していた。落合¹⁵⁾は C 型の青年の特徴として「弱いからこそ窓を閉じて閉鎖し、自分を守ろうとする」、「内に柔らかい、微妙なものをもっている」と表現しているが、HIV 感染者の《プラス・プラス型（落合の孤独感類型 C 型）》において抑うつ傾向や希死念慮のリスクが高くなるのは、内側に抱えている HIV にまつわるものの影響が大きいのではないかと考える。

5. 臨床心理学的考察

① 本研究結果やツールの心理職としての利用可能性

鍛冶¹⁷⁾が HIV 感染者を対象に、孤独感類型と描画テストとの関連から自我境界^{注1)}について検討しているように、孤独感類型に関して臨床心理学的には、精神分析でいう自我境界や対象関係^{注2)}に関する見立てを行える可能性がある。たとえば、《マイナス・プラス型（落合の D 型）》に関しては「自己と他者の境界は持っており、その点で実存的孤独感を抱えるのであるが、その上で他者とのつながりも感じられているという安定感のある対象関係」と捉えられるのではないかと考える。同じように《マイナス・マイナス型（落合の A 型）》に関しては「他者とのつながりはあるのだが、自他の境界が不明瞭な状態で成り立っているつながり」と考えられ、落合¹⁵⁾も「人と融合しているような状態」と述べている。

しかし、もちろん質問紙で捉えられるのは意識を通しての状態であり、必ずしも無意識も含めた姿と一致するとは限らない。HIV 臨床群は《マイナス・マイナス型（落合の A 型）》の割合が最も多く 58.8% である一方、理論上では上位の発達段階と想定され、先行研究でも本研究の対照群においても最も多い割合を持つ《マイナス・プラス型（落合の C 型）》は HIV 臨床群において 14.7% と最も少なかった。このことからたとえば、HIV 感染者は根底に抱える深い孤独感を防衛^{注3)}するためにその反動として、一見すると自他の境界の不明瞭さを想像させるぐらい過剰な他者とのつながりを意識し、その意識の部分を回答しているという可能性も考えられる。つまり、ありのままに近い対象関係の状態なのか、防衛の結果としての意識状態を捉えているかを判断する必要がある^{注4)}。

一義的な解釈ではなく複数の角度からの仮説をすり合わせた上での専門的判断が必要ではあるが、孤独感類型は臨床心理学的に重要な情報である。

また、[孤独不安耐性]は項目内容を見れば孤独に対す

る受容力、耐久力と言え、HIV 臨床群においては「希死念慮うつ傾向」を低めることからメンタルヘルスを維持する力とも言える。臨床心理学的には自我の耐久力や強度を見立てる際の1つの指標として有用である。

このような本人の心的資質の見立てに寄与しうる情報と GHQ 30 によるメンタルヘルスの状態や経過をすり合わせることで、単なるスクリーニングにとどまらない、ケアや予防にも貢献しうる見立てを行えると考ええる。

② 本研究から言える心理職の役割

・他職種への連携やコンサルテーション：以上の観点は心理職の専門性であり、その専門的視点に基づき患者が心理的にどれくらい安定性を持つか、今のサポート体制と本人の状態を踏まえて今後どう変化し、そのためにサポートを強化しておく必要があるかなどの、今後の見通しを医療チームに伝えることは有益である。また、患者の一見了解困難な行動や経過の背景に対して臨床心理学的な説明を提供することは、他職種の理解と関わりを助けることにも貢献しうる。

・心理職による直接的支援と高度な専門性の重要性：次にカウンセリングなどの心理職による心理的支援について考察する。考察3-①で述べた HIV 感染者の心理的特徴と、一般的に心理職そのものが情緒面や心理面に直接的であるイメージを持たれることを考慮すれば、心理職は患者と触れすぎず離れすぎない距離感を保つよう配慮することが望ましいと考える。別の見方をすれば、HIV 感染者側のパラドキシカルな心理的特徴に合わせて、心理職も直接的ではないが積極的に孤独感などの心理面に働きかけていくような、心理職の側にも二重性を維持した対応が必要と考える。

また、孤独不安耐性について考察したような自我の改善や変容を求めていくしかない場合、それはサポートといったレベルではない、心理療法的なアプローチの必要性を意味し、心理職の役割が必要不可欠になると考える。しかも心理的な部分に直接的にアプローチしにくいパラドキシカルな状態であれば、より高度な専門性が必要となると考える^{注5)}。

・チーム医療が持つ心理療法的機能：しかし現実には、HIV 感染症がそもそも身体疾患であり、身体医療の流れの中で出会っていること、患者が自らの心理面を正面から扱うことへの動機付けが低いことなどから、たとえば面接まで結びつかないなど、心理職が心理療法的なアプローチを直接的に行うことが難しい場合も少なくない。また、心理的問題とは言っても HIV という身体的側面に端を発している部分も多く、心理職がひとりで対応しきれることでもない。このような理由から、チーム全体で心理療法を機能させる観点や動きが心理職として必要となる。これまで

述べてきた臨床心理学的見立て、コンサルテーションや連携、心理療法的視点を有機的に結びつけ、各職種がそれぞれの専門性をより発揮しやすくなるよう留意しながらも、同時にチームとしては心理療法的な意味でも機能するよう働きかけていくような姿勢や力を備えておくことが心理職にとって重要である。たとえば、《プラス・プラス型（落合のC型）》で人とのつながりを感じられず深い孤独感を抱いている上に、孤独不安耐性も低い患者に対して、HIV を抱えていることも含めたありのままの自分であっても、“つながっている”安定した対象として医療チームが患者の心の中に根付くのであれば、心理療法的効果をもちうると考える。しかし同時に、それはチームだからこそ、そこまで不安定な相手とも安定して“つながってられる”とも考えられる。

6. スクリーニングツールとしての GHQ 30 について

GHQ はもともと神経症症状を評価、判定することを主な目的に作られている¹⁸⁾。その短縮日本語版である日本版 GHQ 30 も同様であり、下位因子の「一般疾患傾向」、[身体的症状]、[睡眠障害]は、神経症の身体化症状を想定している。しかし、それが風邪や多忙による疲労感など純粋な身体的サインに反応、得点化してしまうことで、妥当性が損なわれるリスクがあることに留意する必要がある。また「社会的活動障害」や「不安と気分変動」についても、たとえば純粋に仕事上の失敗をしてしまったときなど、神経症以外の要因で社会生活がうまくいっていないと感じられたり、不安を感じたりすることは十分ありうるため、同様に注意が必要である。約半数が会社員、約8割が何らかの仕事についている本研究の対照群でも、[希死念慮うつ傾向]以外の因子における軽度症状以上の判定割合は3～4割で、HIV 臨床群の数値との単純比較で大きな差はない。そのため、1回の測定における得点や陽性判定のみで機械的に判断をしていく場合には、まず「希死念慮うつ傾向」を優先的に注目したほうが合理的ではないかと考える。

では、[希死念慮うつ傾向]以外の因子には注目しなくていいかと言えば、そうでもない。身体化しやすい患者においては、不安や抑うつなど心理的なサインが目立たないにもかかわらず、身体面における不調や訴えが顕著になる可能性がある。筆者は、面接中に悩みや困り感などは語られず、GHQ 30 においても「不安と気分変動」や「希死念慮うつ傾向」の得点がほとんどない一方で、[身体的症状]や「睡眠障害」が高得点のために陽性判定を毎回繰り返していた患者が、「夜中に目覚めた時にふと、なんでこんな病気になったんだろうとかよぎることがある」などと、あるときぽろっと漏らしたことを経験した。これは GHQ 30 のこれらの因子がまさに標的としている、心理的な問題が直接的に表現されずに身体症状や睡眠障害として顕在化し

ている可能性を考慮する必要のあるケースである。そのため、GHQ が陽性判定であったとしても「不安と気分変調」や「希死念慮うつ傾向」の寄与する割合が小さく、それ以外の因子得点が高い場合は特に、得点や判定による機械的な判断を保留し、本人からその心当たりや背景について聞き取りを行ったり、継続的視点で検討することが望ましい。身体医学的にこれといった原因が見当たらない中で、本人からも心当たりが語られないにもかかわらず、倦怠感、頭痛、睡眠障害などによって繰り返し GHQ 30 が陽性判定を繰り返す場合はメンタルヘルスの問題が背後に隠れている可能性を考えておく必要があるだろう。

心理的問題やメンタルヘルスに関しては、どんな検査であっても直接的な測定ではなく間接的な測定であり、それぞれの検査が標的とする傾向や症状は異なり、長所と短所があり、一概にどれが最も優れていると言うことはできない。そのため、臨床現場の必要性や用いる目的、患者の負担を天秤にかけて検査を選択する必要がある。GHQ 30 はすでに述べたようにメンタルヘルスの問題に起因しない純粋な身体的サインを拾ってしまう短所があるが、一方で心理的な項目内容だけでは捉えられない身体化症状もカバーできる点や項目数が少なく負担が少ない点が長所である。また、希死念慮を複数の角度から尋ねていることも特徴で、口頭では安易に触れにくい内容について機械的にチェックできることが医療サイドにとって利便性があるだけでなく、患者にとってもチェックを入れるだけであるために回答しやすい。そのため、カウンセリングや心理面接の補助ツールとしても有用性がある。

以上、短所を補いながら長所の部分を活かして用いるのであれば、GHQ 30 は HIV 感染者のメンタルヘルスに関する有用なスクリーニングツールになりうると考える。また、GHQ 30 はメンタルヘルスという表に顕在化している部分を標的にしているため、本研究の「サポート状況に関するアンケート」のようにその前段階やもう少し深い部分に焦点をあてた尺度も併用することで、アセスメントツールとしても有用性が増し、予防やケアに対してより貢献しうる。

本研究の限界と今後の課題

本研究のサンプル数はけっして十分とは言えず、ロジスティック回帰分析の信頼区間の幅が広がっていることはその影響を受けていると考える。ロジスティック回帰分析の信頼区間のひらきは推定値の精度の悪さを示し、したがって本研究の結果における具体的なオッズ比の数値にこだわるべきではなく、「リスクが有意に高まる」程度に解釈しておくことが望ましいと考える。

さらに、本研究は 1 施設に限ったデータを用いているた

め、この研究結果をそのまま一般化させるには限界があり、どこまでの母集団に適用できるかは考慮が必要である。しかし、一般的な横断的研究のように多施設で条件を整えてデータを取るとなれば、回答が得られる者はそもそも動機づけが高いという可能性があるなど、サンプリングバイアスが生じやすい。また継続的に評価していくのも容易ではないだろう。そのため、本研究のような 1 施設もしくは少数施設であっても、継続的に評価した研究が蓄積され、さらにそれらを集約してメタ分析するような研究が今後期待される。

また、本研究ではすでに述べたような GHQ 30 の短所を考慮し、2 回以上 GHQ 30 を受検し、かつ毎回陽性判定であることを、「メンタルヘルスの不調を繰り返している状態」として統計的解析を行ったが、その前提の上での研究結果や考察であることに留意しておく必要がある。

最後に、本研究では HIV 感染者のメンタルヘルスについて、その説明因子としてあらかじめ孤独感やソーシャルサポートを想定したが、現実的にはさまざまな要因が絡み合っている中での、ほんの一側面でしかない。実際、本研究における「対他的孤独感」と「孤独不安耐性」の「希死念慮うつ傾向」に対する説明率は 40% 程度である。メンタルヘルスを説明しうる他の要因についても、質的だけでなく量的な研究が重ねられることで、理論的裏付けを持ったケアや支援の幅の広がりに貢献しうると考える。

付記

本研究は 2013 年度の第 27 回日本エイズ学会学術集会・総会において発表した内容に、新しいデータや視点を加えて分析、考察を行いました。対照群のサンプルデータのためにアンケートに協力いただいた皆様に、心より感謝申し上げます。また、英訳に関してお力添えをいただいた、新潟大学医歯学総合病院感染管理部の田岡美希氏、えいテコの加川雅崇先生、Oz English School の William David Woods 先生、統計解析に関してサポートいただいた、新潟大学医歯学総合病院感染管理部の中川雄真氏に心より感謝申し上げます。最後に、臨床の中でさまざまな大切な話を聞かせていただき、ともに時間を過ごす機会を与えていただいた患者様に心より感謝申し上げます。

注1) 自我境界：自分と自分でないものを区別する境界¹⁹⁾—本文中では、「自分の心の中にある、心の中で感じる、思う、自分と他人を区別する境界」という意味で用いている。

注2) 対象関係：人との関係ではなくて、自分の中に持っている表象の世界¹⁹⁾—本文中では、「自分の心の中にある他人と自分との関係性」という意味で用いている。

注3) 防衛：精神分析で言う防衛機能というのは、自分の内面に向

かって働いている、内面で自分を安定させておくために働いている機能¹⁹⁾—本文中では「深い孤独感に対して自分を安定させておくために内面で働いている機能」という意味で用いている。

- 注4) 誤解を恐れず平易な言葉で言い換えれば、HIV感染者が、たとえば他の誰ともつながりを感じられないというような深い孤独感を抱いていた場合、そのとてつもない孤独を感じてしまうことはあまりに辛すぎるので、それを感じないようにむしろ人ととてつながっているかのように意識の上では感じて、心を守っている状態を述べている。つまり、アンケートに回答している意識レベルでの自分と他人との関係はありのままの状態を示しているのか、それとも心のより深く、無意識レベルにおいては意識的の回答とは異なる形で自分と他人との関係性が存在しているのか、判断する必要性を述べている。
- 注5) 本論に述べる「心理療法的」とは、自我や人格の成長や変化を促すような関わりであり、治癒や回復を中心にそえる医療モデルとは異なり、また「サポート」が一般的に意味するものよりも心理的により深く濃密な関わり、という意味で用いている。

利益相反：開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 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，2009。
- 2) 廣常秀人：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。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，pp43-48，2009。
- 3) 野島一彦・矢永由里子（編）：HIVと心理臨床。京都，株式会社ナカニシヤ出版，pp3-9，1998。
- 4) 兒玉憲一，内野悌司，喜花伸子，森川早苗：HIV/AIDS カウンセリング11年間の話題分析。広島大学大学院教育学研究科紀要 第3部 50：257-262，2001。
- 5) 内野悌司：HIV感染者・患者のカウンセリング・ニーズおよび利用経験に関する研究。厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 中核拠点病院において行われるカウンセリングの質を向上させる研究，総合研究報告書，pp51-92，2010。
- 6) 矢永由里子，江崎直樹，牧野麻由子，山本政弘，辻麻里子，高田知恵子，三木浩司：第23回日本エイズ学会サテライトシンポジウム記録 HIV陽性者のメンタルヘルスへのアプローチ～心理職が目指す予防とケアについての検討 その1～，日本エイズ学会誌 12：153-157，2010。
- 7) 廣常秀人：HIV陽性者の心理的負担、および精神医学的介入の必要性とネットワーク形成に関する研究。厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究班 平成25年度研究報告書，pp71-78，2014。
- 8) 三橋和則，内藤俊夫，山口正純，武田直人，福田洋，奥村徹，磯沼弘，伊藤澄信，檀原高，林田康男：HIV感染者におけるうつ病の有病率の検討。日本エイズ学会誌 8：28-33，2006。
- 9) 兒玉憲一，小島賢一：第21回日本エイズ学会シンポジウム記録 包括的HIVカウンセリングにいま求められるもの。日本エイズ学会誌 10：75-78，2008。
- 10) 古谷野淳子，牧野麻由子，田邊嘉也：GHQ（精神健康調査票）フィードバックセッションを心理的支援に活かす試み。日本エイズ学会誌 12：336，2010。
- 11) 早津正博：HIV感染症における心理的援助とカウンセラーの役割，厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 HIV感染症の医療体制の整備に関する研究班。第9回関東甲信越HIV感染症看護基礎研修会資料，pp21-23，2014。
- 12) 金外淑，嶋田洋徳，坂野雄二：慢性疾患患者におけるソーシャルサポートとセルフ・エフィカシーの心理的ストレス軽減効果。心身医学 38：317-323，1998。
- 13) 宮崎隆穂，小玉正博，佐々木雄二：知覚されたソーシャルサポート尺度の計量心理学的特性の検討。筑波大学心理学研究 21：187-195，1999。
- 14) 落合良行：孤独感の類型判別尺度（LSO）の作成。教育心理学研究 31：332-336，1983。
- 15) 落合良行：セレクション社会心理学—11 孤独な心—寂しい孤独感から明るい孤独感へ—。東京，株式会社サイエンス社，pp25-121，1999。
- 16) 広沢俊宗：孤独の感情，対処行動に及ぼす孤独感，及びAlonenessへの耐性の影響。関西国際大学研究紀要 3：81-96，2002。
- 17) 鍛冶まどか：HIV感染者の関係性に関する研究。厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究班 平成25年度研究報告書，pp61-65，2014。
- 18) 中川泰彬，大坊郁夫：日本版GHQ精神健康調査票手引き。東京，株式会社日本文化科学社，pp1-14，1985。
- 19) 馬場禮子：精神分析的人格理論の基礎—心理療法を始める前に—。東京，岩崎学術出版社，pp30-37，2008。

Study and Consideration on Mental Health and Its Screening of HIV Infected Persons —From Quantitative Analysis of the Ongoing Evaluation of GHQ 30, Loneliness and Social Support—

Masahiro HAYATSU, Junko KOYANO, Sato KAWAGUCHI, Sayuri ISHIZUKA,
Nobumasa AOKI, Hiroshi MORO and Yoshinari TANABE

Division of Infection Control and Prevention, Niigata University Medical and Dental Hospital

Objective and Method : By assessing the results of GHQ 30 four times in five years and a one time question about loneliness and social support for HIV-infected patients (32–45 patients) in our hospital, we studied mental health and we utilized the screening from the quantitative aspect. Also we examined the care and support for HIV-infected patients.

Results : In a general comparison, the HIV group did not show that they had any significant mental health problems compared to the control group, however, there was a difference in the distribution of scores. At least in this study, the distribution is a polarized structure. While the group of people who scored nearer to zero points on the GHQ 30 was large, the group who had more than ten points, which requires a higher level of attention, was relatively large, too. Therefore, as the number of patient increases, we concluded the needs for screening increases as it becomes more difficult to separate the groups. The outcome indicated that “suicidal ideation and depressive tendency” of the GHQ was especially important. Also, loneliness and loneliness anxiety tolerance was a key factor for the “suicidal ideation and depressive tendency”. In addition, it was demonstrated that loneliness of the HIV-infected group has characteristics different from the control group.

Conclusion : We conclude that it is necessary to consider the care and support for HIV-infected patients in order to match their psychological state, and the approach by a medical team is very important to meet the goal.

Key words : mental health, screening, loneliness, social support, clinical psychology