

研究ノート

HIV 感染症患者の長期療養における心理社会的課題とその支援に関する後方視的調査

渡邊 未来¹⁾, 葛田 衣重¹⁾, 新津 富央²⁾, 猪狩 英俊¹⁾

¹⁾ 千葉大学医学部附属病院感染制御部,

²⁾ 千葉大学大学院医学研究院精神医学

目的: 心理社会的課題による終末期の療養生活への影響を調査し、求められる心理的支援と心理職の役割について検討した。

方法: 抗 HIV 療法を 5 年以上継続し、死亡した HIV 感染症患者の電子カルテからデータを収集し、KJ 法により心理社会的課題によるニーズについて質的分析を行った。

結果: 分析の結果、【HIV 関連スティグマ】【神経認知機能障害】【Quality of Life (QOL) の低下】【メンタルヘルスの問題】【適応的な対処行動の難しさ】【ソーシャルサポートへのつながりにくさ】【援助要請の難しさ】の 7 つの心理社会的課題の категория が抽出された。心理的支援は多職種により提供されていた一方、心理職による支援は不足していた。

考察: 慢性期から定期的にメンタルヘルスサポートの機会を提供し、患者が援助要請しやすい関係性を構築することにより、終末期の患者らしい自己決定を支えることが心理職の役割として重要である。

キーワード: PLHIV, 長期療養, 高齢化, メンタルヘルス, QOL, スティグマ, 援助要請

日本エイズ学会誌 28: 42-51, 2026

序 文

抗 HIV 療法 (Highly Active Antiretroviral Therapy; ART) の進歩により、HIV 感染症患者の生命予後は劇的に改善したが、高齢化によって併存疾患、多剤併用、認知機能障害、健康管理、介護などの課題を抱えることになった¹⁾。心理社会的課題も同様に、孤立、スティグマ、経済的不安、うつ病などのリスクが高まり²⁾、患者の生活の質に影響を及ぼす。

そのため、HIV 感染症患者の長期療養においては、患者が ART を継続している間だけでなく、終末期の支援における心理職の役割についても検討することが重要である。わが国でも、長期合併症を罹患した HIV 感染症患者のケアにおける心理的支援やチーム体制に関する報告がある³⁾。しかし、各病院の診療体制にもよるが、終末期の併存疾患により入院治療が開始されると、HIV 感染症の外来スタッフは患者との関わりが断たれてしまう可能性がある。

本研究では、HIV 感染症患者が慢性期から抱える心理社会的課題が治療や介護サービス、医療の最終段階における自己決定に関連すると仮説を立てた。HIV 感染症患者の長期療養において求められる実践的な心理的支援のあり

方と心理職の役割について検討するために、診療録の後方視的調査を実施した。

方 法

1. 研究対象者

本研究では、当院に通院していた HIV 感染症患者のうち 2017 年 1 月から 2021 年 3 月までの期間に死亡が確認された者を対象に電子カルテを用いた後方視的調査を実施した。調査対象の選定基準は、ART 開始後 5 年以上経過している者、併存疾患の発症や治療をきっかけとして地域の医療および福祉の支援が必要になった者、心理社会的課題によるニーズと支援に関する経過が記録されている者とし、8 名を対象とした。

2. 調査手続き

研究対象者の基本属性は、死亡時の年齢、ART 受療期間、性別、インフォーマルサポート (家族・友人など)、フォーマルサポート (地域の医療・福祉サービス)、併存疾患および死因を電子カルテの記述内容から抽出した。

患者の心理社会的なニーズについて、治療状況、当院における療養支援の様子、生活状況・もともとの人間関係におけるサポート状況、心理状況に関する記述を電子カルテから収集した。ニーズと支援の内容を病状の変遷に沿って検討するために、病期を 2 つの治療過程に分類した。HIV 告知から ART 開始、外来診療を受診している時期を慢性

著者連絡先: 渡邊未来 (〒260-8677 千葉市中央区亥鼻1-8-1 千葉大学医学部附属病院感染制御部)

2024 年 10 月 17 日受付; 2025 年 11 月 29 日受理

期とし、併存疾患の病状悪化に伴い治療や介護サービスの選択が求められてから死亡するまでの時期を終末期とした。収集したデータのうち心理社会的課題について KJ 法⁴⁾ による質的分析を行った。

心理社会的課題によるニーズに対して、支援を提供した職種、提供された支援の内容、支援提供後の状況について記述した。支援の内容については、心理社会的課題によるニーズが記述されている内容から、支援提供後の患者の変化と支援が困難であった場合の要因について検討した。

3. 倫理的配慮

本研究は千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：M10172）。

結 果

1. 研究対象者の概要

研究対象者の概要を表 1、症例ごとの患者背景を表 2 に示した。8 名ともすべて男性が占めており、対象者の年齢は平均 63 歳 ± SD 12.51 歳、ART 受療期間は平均 14.13 年 ± SD 5.69 年であった。

2. 長期療養における HIV 感染症患者の心理社会的課題と支援の概要

心理社会的課題について KJ 法による分析を行った結果、【HIV 関連スティグマ】【神経認知機能障害】【Quality of Life (QOL) の低下】【メンタルヘルスの問題】【適応的な対処行動の難しさ】【ソーシャルサポートへのつながりにくさ】【援助要請の難しさ】の 7 つのカテゴリーが抽出された。文章中にて、カテゴリーは【 】に示す。抽出された「カテゴリー」「ニーズの概要」の分類の妥当性については、著者と当施設の精神科医とで検討を行った。次に、心理社会的課題によるニーズに対して提供された支援について、「職種：提供された支援」「支援提供後の状況」に分類した。表 3 にて、心理社会的課題の「カテゴリー」「ニーズの概要」、心理社会的課題に対する「職種：提供された支援」「支援提供後の状況」を示す。図表中にて、各職種については略称で示す。

【HIV 関連スティグマ】は、HIV 感染について周囲に知られることへの不安や恐れを示す。慢性期には併存疾患の治療のため地域の医療機関の受診を検討することもあったが、HIV に関する情報漏洩への不安から、当院の他診療科での受診を希望する傾向が見られた。終末期には、治療や在宅サービスを選択する際に病名開示の必要性に直面し、サービス提供者への開示に不安が生じていた。これらの問題に対して、慢性期にはスタッフの連携により疾患についての守秘が保障されていたことで HIV 治療における継続的な通院は維持されたが、地域の医療機関の受診控えは解決されていなかった。終末期は、サービス提供者への

表 1 研究対象者の概要

	カテゴリー	人数
死亡時の年代	40 歳代	2
	50 歳代	1
	60 歳代	2
	70 歳代	3
性別	男性	8
	女性	0
HIV 感染症の 治療期間	10 年未満	1
	20 年未満	5
	20 年以上	2
併存疾患	癌	5
	虚血性心血管	1
	慢性閉塞性肺疾患	1
	糖尿病	1
HIV 感染を 開示した相手 (複数選択)	両親	2
	配偶者・パートナー	3
	元パートナー	1
	兄弟・姉妹	2
	子ども	1
	なし	2
インフォーマル サポート (複数選択)	両親	2
	配偶者・パートナー	3
	兄弟・姉妹	3
	子ども	1
	知人	1
	アパートの大家	2
フォーマルサポート (複数選択)	ケアマネジャー	3
	訪問診療医	2
	訪問看護師	3
	ヘルパー	2
	デイケア	1
	療養型病院	1

開示の必要性を説明することがサービス利用の判断を促進していた。

【神経認知機能障害】は、HIV 関連神経認知障害 (HIV-associated neurocognitive disorder; HAND)、老化や身体疾患、精神疾患などによる認知機能の低下を示す。慢性期には、アドヒアランスや治療への適応の難しさに関する問題が抽出された。終末期は、治療環境の変化に混乱し、新たに出会う多職種スタッフとの関わりに戸惑いや苛立ちが生じ、医療の流れから取り残される姿が見出された。また、理解力や判断力の問題が介護サービスを検討する機会への

表 2 患者背景

症例	死亡時の年齢	性別	ART 受療期間 (年)	HIV 感染を開示した身近な相手	インフォーマルサポート (サポートを得られた時期)	拠点病院外のフォーマルサポート	併存疾患/死因
A	40 代	男	11	両親・パートナー 元パートナー	両親・姉妹・パートナー (入院治療開始後)	ケースワーカー	精巣原発胚細胞性腫瘍/ 精巣原発胚細胞性腫瘍
B	50 代	男	23	姉妹	姉妹 (ART 開始時から)	ケアマネジャー・ 訪問看護師 デイサービス	虚血性心疾患/不明*
C	70 代	男	20	なし	アパートの大家 (終末期の生前整理)	なし	胆嚢癌/肝不全
D	70 代	男	13	妻	妻 (併存疾患の治療開始時から)	ケアマネジャー・ 訪問看護師	慢性閉塞性肺疾患/ 慢性閉塞性肺疾患
E	60 代	男	17	子ども	子ども (終末期の意思決定)	なし	肝内胆管癌/不明*
F	40 代	男	13	両親・パートナー	両親・パートナー (ART 開始時から)	療養型病院	糖尿病/敗血症・胆嚢炎
G	70 代	男	11	なし	知人・アパートの大家 (終末期の地域療養)	ケアマネジャー・ 訪問診療医 訪問看護師	原発不明癌/不明*
H	60 代	男	5	兄弟	兄弟姉妹 (終末期の意思決定)	訪問診療医・ ヘルパー	膀胱癌/肺炎

* 当院以外で死亡したため死亡診断書記載の死因が明らかでないもの。

不参加につながり、記憶や行動抑制の問題が治療への適応の難しさに関連していた。支援については、慢性期には治療や服薬の教育および患者の懸念に寄り添い対応を話し合うプロセスが治療の受け入れや服薬アドヒアランスを促進した。一方で、理解力の問題に対しては患者の認知機能の状況に沿った支援に関する記述は見られなかった。終末期には治療環境への適応の難しさに対し、再度の治療の説明が治療の受け入れにつながっていた。介護サービスの理解の難しさには、家族に情報提供を行うことが家族間での話し合いを促進していた。入院時の受療行動についての具体的な指示による支援は、記憶の問題や実行機能の低下のために難しさがあった。

【QOL の低下】は、心身の健康、機能的能力、社会的健康などの多次元的な評価⁵⁾により生活の質が低下した状況を示す。慢性期には、併存疾患の症状管理や頻回な通院治療に対する不安や負担感、老化や貧困による住まいや治療の継続に対する不安が抽出された。終末期には、併存疾患の症状管理や生前整理を一人で行わなければならないことに懸念が生じ、身体機能の低下に即した療養に見通しを持つことが難しくなっていた。これらの問題に対し、慢性期には疾患のセルフマネジメント教育、治療の地域移行、患者が将来への不安を表明できる機会の提供が治療の継続を

支えていた。終末期には、生前整理のサポートや重複する疾患により併診している各主治医とのコミュニケーションが治療選択の判断を支えていた。

【メンタルヘルスの問題】は、抑うつや不安、不眠などの精神症状が治療の選択や治療への適応に影響を及ぼした状況を示す。慢性期、終末期ともに、病状悪化や症状管理の困難さに伴い、患者がもともと抱えていた精神症状が悪化していた。このことにより、慢性期には治療の判断が妨げられ、終末期にはがん告知による衝撃や病状の受け止めの困難さも伴い、医療者に対して引きこもり、意思表示が難しいものとなっていた。支援としては、患者の思いを傾聴し、精神科受診やカウンセリングの利用が提案されていたが、専門家による心理的支援にはつながらず、がん末期の患者への治療の説明や意向の確認も受け入れられなかった。

【適応的な対処行動の難しさ】は、自身の問題に対する積極的な対処の難しさを示す。慢性期には自発性の乏しさや生活の困りごとへの対応の諦めが見出された。終末期は、がん末期で身体機能の低下により通院が困難な状態でも独居で通院を続けており、適切な療養環境を判断することの困難さが見られた。これらの問題への支援として、主として具体的な対処の助言が行われていた。慢性期の支援

表 3 心理社会的課題によるニーズと提供された支援の概要

カテゴリー	病期	ニーズの概要	職種：提供された支援	支援提供後の状況	人数
HIV 関連 スティグマ	慢性期	疾患について情報漏洩することへの恐れから地域の医療機関の受診控え (D)	Dr：地域の医療機関につなげる際の HIV 感染症の情報の扱い方について他科と共有	地域の医療機関は受診しなかった	6
		家族や職場に HIV 感染を伝えておらず、知られることへの不安 (E, F, G, H)	Dr・Ns：HIV 感染を開示していない家族に情報漏洩しないよう配慮 MSW：地域の申請窓口との連絡により制度利用を支援	患者が望まない家族への HIV 告知は行われなかった 制度利用の手続きが行われた	
		孤立した生活とともに、近隣や地域の医療機関で HIV 感染について知られることへの漠然とした不安 (C)	Ns：HIV の開示状況や地域の医療機関の受診状況に関する問診	患者の HIV 開示状況を確認し、治療は継続した	
	終末期	治療の選択のために家族や親族に HIV 感染を開示することへの恐れ (C, E, F, G, H)	Dr：治療の説明を行い、患者と家族との話し合いを推奨 心理職：患者が表明した恐れを受容し多職種と共有 (C)	患者 (C, G) は疎遠だった家族や親族には非開示の判断を示し、家族のサポートが得られていた患者 (H) は家族への開示を判断し、治療の話し合いにつながった	5
		訪問診療・訪問サービス提供者に HIV 感染を開示することへの懸念 (G, H)	MSW：サービス提供者に対する疾患の説明の必要性について患者や家族に情報提供	疾患の開示を判断し、訪問診療・訪問サービス利用につながった	
神経認知 機能障害	慢性期	病状理解や服薬管理の難しさ (F, G, H)	Dr・Ph：治療・服薬の教育	治療の受け入れや服薬アドヒアランスの改善につながった	5
		治療内容や担当医の変更を理解し受け入れることの難しさ (C)	心理職：治療に関する心配ごとを傾聴し、患者ができそうな対応の確認	治療に納得し受け入れていった	
		理解や記憶の問題により自分ではなく家族が検査説明を受けることを希望 (D)	Dr：患者は聞いていない様子だったが、患者と家族同席で検査説明を実施	検査説明の場面では家族に任せる態度をとっていたが、検査は受けた	
	終末期	がんの告知から HIV 治療中断などの治療内容および環境の変化に対する混乱 (C)	心理職：治療環境の変化に対する不安な思いを傾聴し多職種で共有 Dr：ART 中止の不安に対し治療変更の説明	治療の変更に納得し受け入れた	4
		理解の難しさから MSW との介護サービスの話し合いには家族の参加を希望し、自身は不参加 (D)	MSW：患者の意向により家族と介護サービスの話し合い	患者は話し合いに参加しなかったが、介護サービスを選択し、受けていた	
		服薬指導の受け忘れや体調に応じた行動制御の難しさ (F, G)	Dr・Ns：術後のため安静が必要なことを説明し、入院中はベッドから動く際には声をかけるように伝える (F) Ph：複数回、服薬指導の依頼を行う (G)	指示されたとおりにじっとしていることやスタッフに声をかけることは難しかった (F) 服薬指導を受けることを忘れる (G)	
QOL の 低下	慢性期	併存疾患の症状管理の不安や頻回な通院治療による負担 (E, F)	Dr・Ns：COPD のセルフマネジメント教育 (E)	退院後の生活における対処方法を考えられるようになった	4
			Dr：働きながら通院することの負担は大きく、糖尿病の透析治療を地域に移行 (F)	地域の医療機関で治療を受けるようになってから、時間に余裕ができた	
		独居、高齢であることによる住まいや経済的困窮に関する不安 (C, H)	心理職：将来に対する不安な思いの傾聴 (C) Ns：将来に対する不安な思いの傾聴 (H)	現在の生活は維持し、治療を継続した	
	終末期	治療選択や生前整理で直面する住まいや経済的問題 (C, H)	MSW：医療費負担を軽くする公的制度の説明、親族との連絡による生前整理の支援	安心して治療や介護を選択し、最期を迎えた	4
		退院後の独居生活で症状管理することへの不安 (E)	Ns：思いを傾聴し服薬状況や変調時の対応の確認	慢性期の入院の経験を生かし、自分なりに対処方法を考えて退院に臨んだ	
		複数の併存疾患を抱えることによる治療に見通しを持つことの難しさ (F)	癌治療の病棟 Dr・Ns：本人と家族への治療の説明 HIV 診療科 Dr：本人の治療に対する意思の尊重	患者と家族が話し合って治療を選択し、患者が必要としたタイミングで治療を受けた	

表 3 つづき

カテゴリー	病期	ニーズの概要	職種：提供された支援	支援提供後の状況	人数
メンタルヘルスの問題	慢性期	病状悪化や治療選択の負担、経済的困窮により、もともと抱えている抑うつや不安が悪化 (A)	Ns：思いを傾聴し、精神科受診を推奨	不安な思いを伝えることはできたが、向精神薬の服用経験が良くないものであったために精神科受診はしなかった	1
	終末期	病状悪化に伴いもともと抱えている抑うつ状態や不安が悪化 (A, E)	Dr：精神科受診やカウンセリングの利用を推奨 Nr：思いを傾聴し、不安症状に対して服薬を提案	精神科、カウンセリングの利用は希望しなかったが、向精神薬の効果があつた経験を持つ患者 (E) は入院中の服薬により不安症状が軽減した	3
		がん末期に伴いもともと抱えている不眠傾向や抑うつや不安が生じ、治療に関する意向を伝えることの困難さ (G)	がん治療の病棟および緩和ケアチームの多職種：がん末期に伴う治療の説明や患者の意向の確認	治療の説明を受け入れることも、自身の意向を伝えることもしなかった	
適応的な対処行動の難しさ	慢性期	生活の困りごとや地域療養における支援者とのコミュニケーションに対する受身的な姿勢 (B, C)	Ns：地域の医療機関やヘルパーに伝える検査結果の内容を患者と確認 (B) 心理職：困りごとへの対応を話し合う (C)	地域の専門職に患者から必要事項を伝えることができた 問題対処には向かわなかった	2
	終末期	がん末期による身体機能の低下に応じた療養を判断することの難しさ (A)	MSW：体調に合った療養環境について、無理をしがちな患者の代わりにサポート源である家族へ助言	患者家族で病状に合った療養環境を選択した	1
ソーシャルサポートへのつながりにくさ	慢性期	人間関係の乏しさや家族との疎遠や死別により治療や制度利用の判断を一人で行うことの重責 (A, C)	Ns：問診でももとのサポート源を尋ね、頼れる人がいないことを確認 (A) 心理職：面接の中で生活の困りごとや頼れる人がいない中で生活してきたことを確認 (C) MSW：制度利用の支援 (C) Ph：薬剤の一包化による服薬支援 (C)	当時の治療や制度利用に関する判断は独力で行ったが、後日家族と連絡がつきサポートを得られるようになった 制度利用や服薬支援を受けながらも、自分でも把握することを心がけ、独力で現在の生活を維持した	3
		経済的困窮にもかかわらず、生活保護の利用を受け入れることの難しさ (A)	Ns：制度利用を受け入れられない患者の思いの傾聴	体調悪化や時間の経過に伴い、制度利用を判断し手続きを行った	
		退院後の生活への不安について、精神科受診やカウンセリング利用につながらないこと (E)	(その後、メンタルヘルスに関するフォローの記載はなし)		
	終末期	HIV 感染を理由とした診療拒否への不安から地域の医療機関受診へのためらい (A)	Ns：患者の HIV 感染の開示に対する懸念を確認し、受診内容から地域の医療機関への開示の必要性はないことを助言	地域の医療機関を受診し治療を受けることができた	3
		訪問支援を受け入れることの不安や抵抗感 (A)	MSW：支援を受け入れることに対する患者の思いの傾聴	体調悪化や時間の経過に伴い、必要な支援を受け入れた	
		がん末期に伴う生前整理や看取りについて、サポートとなる人がいない状況 (C, G)	Ns・MSW：患者が遠方の親戚と電話連絡する様子を見守り MSW：体力が落ちている患者に代わって遠方に住む家族との連絡調整	生前整理に必要な手続きを行うことはできたが、看取りに立ち会える人はいなかった	
援助要請の難しさ	慢性期	孤独な生活のなかで誰かに頼ろうと思った経験の乏しさ (C)	心理職：これまで一人で生活してきた患者の思いの傾聴	明らかな問題解決は見られなかったが、治療は継続していた	1
	終末期	がん末期における心理的苦痛が高まるが、新たに関わるスタッフに自身の意向を伝えることの難しさ (G)	がんの診療科および緩和ケアチームの多職種：がん末期に伴う治療の説明や患者の意向の確認 MSW：外来受診時から患者を知る立場で患者の心配ごとの確認→右記につながる	新たに出会った多職種には話せなかったが、HIV 感染症の外来受診時から顔を知っている MSW には懸念を伝え、医療費負担を軽減する制度の説明を受けて安心し、療養する場所の希望について表明することができた	3
		支援者や遠方の親戚に頼ることへの負傷感 (C)	心理職・MSW：支援者に頼ることの負傷感の傾聴	体調悪化や時間の経過に伴い、必要な支援を受ける形となった	
		がん末期に人に助けを求めない傾向が強くなる (E)	Ns：頻回な声かけの必要性に留意		

※ Dr：医師，Ns：看護師，MSW：ソーシャルワーカー。

では、地域の支援者と情報共有する内容について具体的に確認しておくことが、患者と地域の支援者とのコミュニケーションを促進していた。終末期の療養環境を選択することの難しさには、家族への助言が自分らしく最期を過ごせる環境を選択することにつながっていた。

【ソーシャルサポートへのつながりにくさ】は、孤立によるインフォーマルサポートが得られにくい状況や、フォーマルサポートを受け入れることのためらいを示す。慢性期には、治療や制度利用の判断を一人で行わなければならないことの重責や、メンタルヘルスの問題を抱えているにもかかわらずサポートにつながりにくいことが抽出された。終末期には、地域の医療機関受診や訪問支援を受け入れることのためらいや、生前整理におけるインフォーマルサポートの不足が見出された。提供された支援は、患者のサポート状況を確認し、社会資源について情報提供し、サポートの受け入れについては患者の自己決定を見守る対応がとられていた。専門家による心理的支援につながるこの難しさについては、その後の患者のメンタルヘルスの状態がフォローされている記述は抽出されなかった。終末期には、フォーマルサポートにつながるこの難しさには患者の懸念を受容した上で適切な対応が助言され、生前整理では疎遠であった親族との連絡調整が行われており、地域の医療機関受診や生前整理の手続きを促進していた。

【援助要請の難しさ】は、客観的にみて支援が必要である状態にもかかわらず周囲に援助を求めることが難しい状態を示す。慢性期には社会的孤立、終末期には新たな支援者に頼ることの難しさ、がん末期による体力の低下や告知後の衝撃および抑うつ状態、支援者への負債感が要因として抽出された。支援として、慢性期には患者が助けを求められない思いを表明する機会が提供されていたが、課題の直接的な解決にはつながっていなかった。終末期には、HIV 感染症を知るソーシャルワーカーの介入が患者の援助要請を促進していた。また、がん末期の心理状況による難しさに対してはスタッフ側から意識的なコミュニケーションがとられていた。

7つのカテゴリー間のつながりは、【HIV 関連スティグマ】と【メンタルヘルスの問題】の関連から始まる。【メンタルヘルスの問題】は【神経認知機能障害】による治療への適応の難しさに関連し合い、心理職による心理的支援の受け入れや終末期の意思表明を妨げる【援助要請の難しさ】につながる。一方、【神経認知機能障害】は【適応的な対処行動の難しさ】に影響し、【ソーシャルサポートへのつながりにくさ】との関連によりサービスの話し合いへの参加や治療への適応を難しくさせる。【ソーシャルサポートへのつながりにくさ】は【援助要請の難しさ】と関連し合い、周囲に助けを求めることや、支援を受け入れる

ことを妨げる。【適応的な対処行動の難しさ】と【ソーシャルサポートへのつながりにくさ】はそれぞれ【QOLの低下】に影響し、療養生活や終末期の意思決定に対する不安を生じさせ、【メンタルヘルスの問題】を悪化させる。以上により、HIV 感染症患者の心理社会的課題は【HIV 感染症スティグマ】から始まり、目に見えやすい課題である【ソーシャルサポートへのつながりにくさ】【適応的な対処行動の難しさ】と、【メンタルヘルスの問題】【神経認知機能障害】と【援助要請の難しさ】との関連により生じた【QOLの低下】が【メンタルヘルスの問題】を増幅させる流れが示された。

心理社会的課題によるニーズに対して提供された支援は、治療の過程で問題が表面化したときに多職種による心理的支援が提供されていた。一方で、心理職の支援に関する記述が抽出された事例は患者Cのみであったことから、心理職が関わる機会自体が少なかった。

3. HIV 感染症患者の長期療養における心理職の役割と心理的支援

慢性期から終末期にかけて、心理職が直接的な支援として継続的に面接を実施した HIV 感染症患者は1名（患者C）であり、【神経認知機能障害】、【QOLの低下】、【適応的な対処の難しさ】、【ソーシャルサポートへのつながりにくさ】、【援助要請の難しさ】について支援していた。また、間接的な支援として多職種へのコンサルテーションを行った患者は1名（患者C）であり、【HIV 関連スティグマ】、【神経認知機能障害】について、終末期の入院病棟の多職種を対象として行っていた。HIV 診療科の心理職の存在について知らされていたのは患者A、C、Eの3名であり、患者A、Eには看護師による傾聴や薬物療法が行われていたが、心理職につながらない理由は見出されなかった。多職種による心理的支援は、医療の流れで表面化した制度上の課題に対して提供されていた。

以上によれば、心理職による心理的支援は患者への直接的支援と、多職種へのコンサルテーションのような間接的支援が行われていた。一方で、HIV 診療科の心理職の存在が知られている患者は少なく、知られてもつながることができていなかった。また、療養生活に関する心理的支援は、心理職と多職種によって患者個人と療養生活自体に対して提供されていた。

考 察

1. 研究対象者の概要

表1より、HIV 感染症患者は死の目前にも病名開示に対する不安や恐れが生じるため、その際の対応を患者と話し合っておくことが必要である。表2より、インフォーマルサポートを持たない患者に対しては、療養生活への不安

を低減するために、利用できる社会資源について情報提供することが重要である。

2. 長期療養における HIV 感染症患者の心理社会的課題と支援の分析

【HIV 関連スティグマ】により、HIV 感染症患者は周囲の否定的な反応を恐れ⁶⁾、HIV 陽性について人に知られることへの強い不安や心配を抱くが⁷⁾、終末期には治療やサービスを受ける際に疾患の開示が求められることで、さらなるスティグマ化のリスクを伴う可能性があるとして先行研究で指摘されている⁸⁾。慢性期の地域の医療機関の受診控えに対する支援では、スティグマのアセスメントや、スティグマによる懸念を表明し、医療の希望について考える機会を持つことが重要である。また、終末期の課題には、スティグマの状況とメンタルヘルスへの影響を評価し、疾患の開示を求める際の留意点を多職種と共有し、迷いを抱える患者とともに考え、自己決定を支えることが求められる。

【神経認知機能障害】は、慢性期には治療への適応を難しくさせ、終末期にはがん告知の衝撃や病状悪化のストレスによって新たな治療環境への適応や福祉サービス利用計画への参加が妨げられていた。慢性期の支援では、患者の認知機能を評価し、伝わりやすい治療教育の方法について多職種と検討することや、患者の不安を受け止めて状況を整理する支援が求められる。また、終末期の治療環境の移行における適応の困難さには、患者が懸念や意思を表明しやすくするために、外来診療から継続的に関わってきた心理職が可能な範囲でつなぎ役となることも支援の1つとして重要である。

【QOL の低下】は、将来への見通しを持つことや問題に積極的に向き合うことを困難にさせる。先行研究でも、身体症状、心理的問題、スティグマ、貧困、ソーシャルサポート、自己効力感の低下の関連が示唆されている⁹⁾。このことから、患者の療養生活の状況に応じた支援を提供するためには、治療過程における具体的な問題の解決だけでなく、問題状況を包括的に評価し、心理的支援の必要性についても検討することが求められる。

【メンタルヘルスの問題】は、うつ病とスティグマとの関連¹⁰⁾や、健康状態¹¹⁾との関連が先行研究で示唆されているが、本研究結果から、精神科医や心理職につなげようとしても患者が受け入れられなかったことから、心理的支援につなげるための支援が不足していたといえる。したがって、慢性期からメンタルヘルスやスティグマの状況をアセスメントし、メンタルヘルスサポートを提供することにより、懸念を表明しやすくしておくことが重要である。

【適応的な対処行動の難しさ】は、HAND を要因として患者を回避的対処に依存させ、積極的な対処への諦めを生

じさせることが先行研究により示唆されている¹²⁾。本研究結果から、行動に対する助言は提供されていたが、前述のような心理的支援は不足していたといえる。このことから、問題の背景となる認知機能やストレス、回避的な対処を選択する理由を理解し、患者の主体性を尊重する支援の検討が心理職には求められる。

【ソーシャルサポートへのつながりにくさ】により、患者が医療や福祉の自己決定を一人で行わなければならない状況は強いストレスを生じさせる。この課題については、HIV 関連スティグマ、メンタルヘルス、神経認知障害との関連が先行研究で指摘されている^{11,13)}。終末期の意思決定で生じる強い心理的負荷を抱える患者を精神科医や心理職につなげようとしても、心理的支援につながることは難しかった。そのため、慢性期の平時から心理アセスメント、メンタルヘルスリテラシー教育、定期的なメンタルヘルスサポートを受けられる環境を整えておくことが必要である。

【援助要請の難しさ】は、メンタルヘルスの問題の悪化や社会資源に関する知識の不足によって生じやすくなる。支援の前提として、患者が助けを求めること自体が難しくなってしまう状況とスティグマが影響している可能性についての理解が求められる。その理解にもとづいて、患者が困りごとを伝えやすくなるように、「このようなことで困っていないか」と支援者側が具体的に言葉にしていける姿勢が求められるであろう。また、患者が安心して助けを求めやすくするため、患者-支援者関係の構築が重要である。そのためには、慢性期からメンタルヘルスサポートを提供しておくことが大切である。

カテゴリー間のつながりから、HIV 感染症患者の心理社会的課題が関連し合った結果として【QOL の低下】がもたらされるため、療養生活に対する包括的な支援が求められるといえる。また、慢性期からの課題は、終末期の意思決定に影響を及ぼすと考えられる。客観的には支援が必要な状況であっても支援が困難な背景には、患者の積極的な問題解決を諦める傾向や援助要請の難しさがあり、慢性期からの問題が解決されないまま終末期に顕在化している可能性がある。したがって、患者が終末期に安心感を持って意思決定していくために、慢性期から援助要請の促進を意識した心理的支援を提供することが求められる。

3. HIV 感染症患者の長期療養における心理職の役割と心理的支援

心理職による心理的支援が不足していた要因と長期療養における心理的支援の重要性について検討する。

HIV 診療科で心理職による心理的支援の提供が少なかった要因として、問題が顕在化してからカウンセリングを提案されても、強いストレス反応が生じているため受け入れ

が難しいといえる。また、メンタルヘルスリテラシーの不足により支援を受けることのメリットがわからなかったことが考えられる。さらに、心理職に関わる機会がなかったため、新たな支援者に自身の弱みを話すことへの恐れや抵抗感が生じ、支援につながらなかったと思われる。そして、カウンセリングが提案される機会自体が少なかったと推測され、要因として多職種間で心理職の役割が明確にされていなかったことが考えられる。一方の終末期には、これまでの HIV 感染症の外来診療から併存疾患治療のため他診療科の入院病棟へと移行し、関わるスタッフは変わってしまう。そのため、他診療科のスタッフは HIV 感染症患者の課題についての知識や HIV 診療科の心理職に関する情報が得られていなかったために、心理職につながらなかったといえる。

以上の課題を解決するために、慢性期から心理職が定期的に心理的支援を提供する枠組みがあり、終末期にそれまでの支援の結果が生かされることが期待される。このことは、HIV 感染症患者の療養生活の質を保障していくための包括的な心理的支援となりうる。HIV 治療の長期療養における、患者の療養生活の質の向上を目指す包括的な支援については、「患者中心の HIV ケアの提供」が提案されている^{14,15)}。すなわち、定期的な QOL やメンタルヘルスのスクリーニングと助言を受ける機会を提供し、適切なサポートにつなぐことや^{14,15)}、スティグマの懸念を表明できる機会および認知機能障害を抱える個々のニーズに合った情報の提供が推奨されている¹⁵⁾。

しかし、患者が援助要請を阻害される状況では、必要な支援を受けられない可能性がある。そのため、援助要請しやすい関係性を日頃から構築しておくこと、援助要請による利益の予期を高めること¹⁶⁾、スティグマを安心して語れる（援助を求め続けられる）環境を整備し、相談者の主体性回復を支援すること¹⁷⁾が求められている。つまり、援助要請の促進には、援助要請しやすい関係性を構築し、援助要請をしてよかったと思えるような支援を準備し、スティグマを表明できる機会を提供することが必要であるといえる。

次に、心理職による心理的支援が行われなかった HIV 感染症患者 7 名の 5 つの心理社会的課題への支援の重要性について考察する。まず、【HIV 関連スティグマ】には、医療の流れとは異なる文脈で患者が懸念を表明できる機会が保障されるべきであろう。そのような機会は、患者の心理的苦痛を和らげ、開示の判断が求められる際の心構えにつながるといえる。次に、【神経認知機能障害】のアセスメントにより、患者が治療や在宅サービスの話し合いに参加することや伝わりやすい情報提供を促進すると考える。最後に、【メンタルヘルスの問題】、【ソーシャルサポート

へのつながりにくさ】、【援助要請の難しさ】については、ストレス反応が生じていることで援助要請が阻害されやすくなるため、平時から患者と継続的に関わっておくことが大切である。

以上をまとめると、慢性期から終末期にかけての HIV 感染症患者の療養生活の質を保障するという包括的な視点によれば、慢性期からの定期的な心理的支援の提供が求められる。このことにより、患者が援助要請しやすい支援関係を構築し、患者が主体的に療養生活を送れるように支えることが、長期療養における心理職の役割であるといえる。これらの支援は、患者が積極的に治療に向き合い、周囲にニーズを表明し、医療のプロセスで必要な支援を受けることにつながり、療養生活の質を向上させると考えられる。また、継続的な心理的支援の提供は、多職種や他診療科のスタッフの患者理解や、外来診療から入院治療への連続性のある支援に寄与する可能性が示された。

4. 本研究の限界

本研究は、千葉大学医学部附属病院の診療における、HIV 感染症患者の心理社会的課題とその支援について、予備的調査として具体的に記述し検討することを目的として実施した。研究対象者が少数であることから、本研究結果を一般化することは難しいと考える。

今後は、より多くの患者を対象とし、病期ごとに求められる自己決定や療養生活の課題に対する、継続的な心理的支援の実践とその意義について縦断的な調査が必要である。

結 論

HIV 感染症患者が抱える援助要請の難しさは必要な支援を受けられないリスクを生じさせ、慢性期から抱えている心理社会的課題は終末期の療養生活の質を低下させる可能性がある。したがって、定期的なメンタルヘルスサポートの提供や患者が援助要請しやすくなるような関係性の構築が、長期療養における心理職の役割として重要であるといえる。

謝辞

研究実施と論文執筆にあたり、サポートいただいた皆様に深謝いたします。本研究は 2021 年～2023 年度厚生労働科学研究費補助金によるエイズ対策政策研究事業「拠点病院集中型の HIV 診療から、地域分散型の HIV 患者の医療・介護体制の構築」（課題番号：21HB1006, 研究代表者：猪狩英俊）の一環として実施しました。

利益相反：本研究に関しては、開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) Zdanowicz M, Valdes B, Salani D : Management of HIV in the older adults : clinical and public health challenge. *Publ Health Nurs* 41 : 406-415, 2024.
- 2) HealthHIV : STATE OF aging with HIV third annual national survey. <https://healthhiv.org/stateof/agingwithhiv/> (accessed April 18, 2024)
- 3) 矢永由里子, 大金美和, 有馬美奈, 石井祥子, 紅林洋子, 戸蒔祐子, 藤平輝明, 山本貴子, 岡田誠治 : 長期合併症 (悪性腫瘍) の HIV 感染者のケアについての考察—HIV 関連悪性リンパ腫の疾患を中心に長期療養時の段階的ケアのあり方を考える—. *日本エイズ学会誌* 18 : 240-244, 2016.
- 4) 川喜多二郎 : 発想法—創造性開発のために—改版. 東京, 中央公論新社, pp 67-118, 2017.
- 5) Cella DF : Quality of life : concepts and definition. *J Pain Sympt Manage* 9 : 186-192, 1994.
- 6) 小松賢亮, 小島賢一 : HIV 感染者のメンタルヘルス—近年の研究動向と心理的支援のエッセンス—. *日本エイズ学会誌* 18 : 183-196, 2016.
- 7) Futures Japan : Futures Japan 第 3 回調査結果サマリー. 2021. <https://survey.futures-japan.jp/result/3rd/> (accessed December 29, 2024)
- 8) Quinn KG, Murphy MK, Nigogosyan Z, Petroll AE : Stigma, isolation, and depression among older adults living with HIV in rural areas. *Ageing Soc* 40 : 1352-1370, 2020.
- 9) den Daas C, van den Berk GEL, Kleene JT, de Munnik ES, Lijmer JG, Brinkman K : Health related quality of life among adult HIV positive patients : assessing comprehensive themes and interrelated associations. *Qual Life Res* 28 : 2685-2694, 2019. doi : 10.1007/s11136-019-02203-y (accessed October 19, 2022)
- 10) Deike LG, Barreiro P, Reneses B : The new profile of psychiatric disorders in patients with HIV infection. *AIDS Rev* 25 : 41-53, 2023.
- 11) Rueda S, Law S, Rourke SB : Psychosocial, mental health, and behavioral issues of aging with HIV. *HIV Age* 9 : 325-331, 2014.
- 12) Banerjee N, Goodman ZT, McIntosh R, Ironson G : Cognition, coping, and psychological distress in HIV. *AIDS Behav* 26 : 1074-1083, 2022. doi : 10.1007/s10461-021-03462-y (accessed January 16, 2023)
- 13) 小松賢亮 ; 矢永由里子・向笠章子編著 : 感染症と心理臨床—HIV/エイズと新型コロナウイルス感染症を中心に—. 風間書房, pp 57-75, 2022.
- 14) Vermeersch S, Demeester RP, Ausselet N, Callens S, Munter PD, Florence E, Goffard JC, Henrard S, Lacor P, Messiaen P, Libois A, Seyler L, Uurlings F, Vandecasteele SJ, Wijngaerden EV, Yombi JC, Annemans L, Wit SD : A public health value-based healthcare paradigm for HIV. *BMC Health Serv Res* 22 : 13, 2022. doi.org/10.1186/s12913-021-07371-7 (accessed June 6, 2024)
- 15) British HIV Association (BHIVA) : Case study on 'BHIVA : new person-centred standards of care for people living with HIV'. 2021. doi : 20210407-BHIVA-CASE-STUDY.pdf (accessed August 8, 2024)
- 16) 飯田敏晴 : 性感染などスティグマを伴う問題と援助要請. (水野治久監修) 事例から学ぶ心理職としての援助要請の視点—「助けて」と言えない人へのカウンセリング—. 東京, 金子書房, pp 44-51, 2019.
- 17) 永井智 : 臨床心理学領域の援助要請研究における現状と課題—援助要請研究における 3 つの問いを中心に—. *心理学評論* 63 : 477-496, 2020.

Retrospective Study on Psychosocial Challenges and Support in Long-Term Care of Patients with HIV

Mirai WATANABE¹⁾, Kinue KUZUTA¹⁾, Tomihisa NIITSU²⁾ and Hidetoshi IGARI¹⁾

¹⁾ Infection Control Department, Chiba University Hospital,

²⁾ Psychiatry, Chiba University Graduate School of Medicine

Objective : We investigated the impact of psychosocial issues on end-of-life care and examined the psychological support needed and the role of psychologists.

Methods : Data were collected from electronic medical records of patients with HIV who had continued antiretroviral therapy for 5 years or more and died, and a qualitative analysis of psychosocial needs was conducted using the KJ method.

Results : As a result of the analysis, seven categories of psychosocial issues were extracted: HIV-related stigma, neurocognitive dysfunction, reduced quality of life, mental health problems, difficulty in adaptive coping behaviors, difficulty connecting with social support, and difficulty in seeking help. While psychological support was provided by a multidisciplinary team, support from psychologists was lacking.

Conclusion : It is an important role of psychologists to support end-of-life patients' self-determination by providing regular opportunities for mental health support from the chronic phase and building relationships that encourage patients to seek help.

Key words : PLHIV, long-term care, aging, mental health, QOL, stigma, help-seeking