
原著

関東甲信越ブロックにおける HIV 感染症患者への 相談体制の現状と課題

牧野麻由子・田邊 嘉也

新潟大学医歯学総合病院感染管理部

村松 芳幸

新潟大学医学部保健学科

塚田 弘樹

新潟市民病院

下条 文武

新潟大学第二内科

The Study of Counseling System for Patients Infected with HIV in Kanto-Koshinetsu Area, Japan

Mayuko MAKINO and Yoshinari TANABE

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

Yoshiyuki MURAMATSU

School of Health Science, faculty of medicine, Niigata University

Hiroki TSUKADA

Niigata City General Hospital

Humitake GEJYO

Division of Clinical Infection Control and Prevention, Niigata University

Reprint requests to: Mayuko MAKINO
Division of Infection Control and Prevention
Niigata University Medical and Dental Hospital
1-754 Asahimachi-dori Chuo-ku,
Niigata 951-8510 Japan

別刷請求先: 〒951-8510 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 牧野麻由子

要 旨

関東甲信越の拠点病院及び協力病院で治療を受けている感染者に対して、2005 年 6 月～11 月末までアンケート調査を実施した。そして、有効回答数 182 について、HIV 感染者の心理面的特徴を、心理社会的課題及び抑うつ感、不安感を中心に調べた。さらに、相談体制の整備が、心理社会的課題の問題解決に効果を及ぼすか検討した。その結果、HIV 感染者は、さまざまな心理社会的課題について悩みを抱いており、また、HIV 感染者は抑うつ感や不安感を抱きやすいことが示唆された。そして、この HIV 感染者の抑うつ感や不安感に、各々の中にある心理社会的課題が一要因として影響を及ぼしていることが明らかになった。さらに、ある心理社会的課題の悩みが生じた際、実際に相談した人達は、相談しなかった人達に比べ、抑うつスコアや不安スコアが低いことが明らかになった。今回の結果から、心理社会的な課題について相談できる体制を整えることが、HIV 感染者の抑うつ感や不安感を軽減することを通して、HIV 感染者の精神的健康を保つ一助となる可能性が高いと思われる。

キーワード：HIV、心理社会的課題、相談体制、精神的健康

緒 言

HIV (Human Immunodeficiency Virus) 医療を充実させるために私達は、医師、看護師をはじめ薬剤師、Medical Social Worker (以下 MSW と記す)、心理カウンセラー等さまざまな職種が関与し、チームとして各職種の専門性による多面的な視点から患者理解を進めるよう努力してきた¹⁾。

これまでの HIV 感染症者の心理社会的な視点に着目した研究のひとつに、HIV 領域に関わる各専門スタッフがもつ意識調査に関しての小西²⁾ (2000) の報告がある。その中で、心理社会的支援に関して、医療スタッフ個々が、自分の関わるべき重要課題と認識する問題領域の焦点や範囲は、各職種間で異なっていることを明らかにした。一方、山中³⁾ ら (2001) は、心理社会的支援の直接的利用者である HIV 感染者を対象にすることで、カウンセラーの認知度・カウンセラーを利用した課題領域・実際にカウンセラーに受けた援助内容等、患者におけるカウンセラーの位置づけを明らかにした。その解析の過程で、感染者本人にカウンセラー制度の情報が十分に知られていないことが明らかになった。このカウンセラー制度についての周知徹底の必要性は、神谷ら⁴⁾ (2005) の派遣カウンセラー利用促進に関する研究の中でも指摘されている。また山中らは、HIV 領域のカウンセラーに相談した課題領域は、特定分野に限定され

ず多様な分野にわたっているのが特徴であると指摘している。そして、カウンセラーのみに相談する傾向のある分野は、「生と死に関する実存的問題」と「以前よりかかえていた心理的問題」であることも明らかにした³⁾。

一方、HIV 感染者自身が抱える心理面的特徴については、これまでさまざまな角度から研究がなされてきた。それらの研究は、血友病を背景に持つ HIV 感染者の遺伝相談の必要性など、個々の事例に則したきめ細やかな対応⁵⁾、あるいは患者本人のみでなく残された薬害 HIV 感染者遺族の心理面へのサポートの必要性等⁶⁾、感染した経緯や状況による多面的な心理の把握とそのサポートの必要性を考察している。また、抑うつ感が HIV 感染者の QOL (Quality of Life) に影響を及ぼすと指摘した研究もある^{7) - 9)}。さらに、HIV 感染者の QOL に影響を及ぼす要因に関しては、入院期間や症状の重さ、HIV 感染症そのものの存在、家族支援の状況、CD4 やウィルス量の値、社会的な公的サービス、個人のコーピングのあり方等、心理面的特徴だけではなく、心理社会的要因も含む多面的な研究が行われてきた^{10) - 16)}。

このように、HIV 感染者が抱える心理社会的課題の傾向、及び、適切な対応方法を今後さらに検証していく必要があり、かつ医療体制を整備していくには、具体的サポート手段の一つである相談体制が HIV 感染者の心理社会的課題の解決に対

してどのような効果を持つのかについても検証していく必要がある。そこで本研究においては、山中らが使用した HIV 感染者の心理社会的課題 6 分野 28 項目³⁾と Hospital Anxiety and Depression Scale (以下 HADS と記す)により測定される抑うつ感と不安感¹⁷⁾に焦点を絞り、HIV 感染者の心理面の特徴、及び、心理社会的課題の問題解決への相談体制整備の効果について検討する。

対象と方法

1. 調査方法

本研究の研究計画書を新潟大学医学部倫理委員会、及び、国立国際医療センター倫理委員会に提出し承認をえた。その後、関東甲信越の拠点病院及び協力病院で治療を受けている感染者に対して、アンケート調査を実施した。書面にて調査の概要と個人情報の保護について説明したうえで、同意をえた HIV 感染者に無記名自己記述式のアンケート調査票を手渡し、記入後本人より直接返送してもらった。調査期間は、2005 年 6 月～11 月末までの半年間であった。

2. 調査項目

- 1) 山中ら (2001) が考案作成し使用した、心理社会的課題別の質問項目³⁾。医療に関連した問題、日常生活上の現実的問題、人間関係上の問題、以前より抱えていた心理的問題、精神医学に関連した問題、生や死に関連した実存的問題の 6 分野、計 28 項目からなる。
- 2) A.S. Zigmond ら (1983) によって考案され日本語版に標準化された抑うつと不安傾向をスクリーニングする HADS 尺度¹⁷⁾。anxiety に関する 7 項目と depression に関する 7 項目、計 14 項目からなる。

結 果

本調査研究への協力病院は、関東甲信越の拠点病院と協力病院の 46 病院、回収率は 36 %、有効回答数は 182 であった。さらに、協力者の内訳は、

男性 156 人女性 26 人、感染経路は血液製剤による感染 9 人、性感染 139 人、その他 34 人、年齢の平均は 49.0 ± 12.6 歳、最年少者 24 歳、最年長者 77 歳、罹病期間の平均は 5.5 ± 3.4 年であった。また、回答者の 62 % が現在就労していると回答した。

1. HIV 感染者の心理社会的援助専門職に対する認識及び利用率の把握

MSW, HIV コーディネーターナース (以下 CN と記す)、カウンセラー、精神科医 4 つの心理社会的支援専門職の役割や機能に関して、院内の利用できる範囲に存在していると認識しているか、実際の相談経験の有無について調べた。院内の利用できる範囲にいるか存在の有無については、MSW (54 %) > カウンセラー (42 %) > CN (29 %) > 精神科医 (27 %) の順に、院内に存在していると認識していた。実際の利用率に関しては、MSW (47 %) > カウンセラー (36 %) > CN (32 %) > 精神科医 (11 %) の順で、利用されていた。この、各割合に関して、図 1・図 2 に示した。

この結果、HIV 感染者が利用できる範囲に心理社会的専門職が存在すると認識していた割合は、MSW のみが半数以上であった。これに対して実際の利用率では、半数以上を占めた職種はなく、分散していた。また、今回の研究では、心理社会的専門職が回答患者の通院する病院内に常置されている専門職であるかについては確認できなかったが、「院内の利用できる範囲に存在する」と答えた患者全てが、実際に利用経験がある、と回答していた。

2. HIV 感染者の心理面の特徴、抑うつ感や不安感と、感染者の性・感染経路・就労状況との関係について

HIV 感染者の抑うつスコア、不安スコアの平均値は、抑うつスコア = 10.5 ± 4.6 、不安スコア = 8.5 ± 4.1 であった。この結果はいずれも、スクリーニングのカットオフポイントを上回っており、HIV 感染者の抑うつスコアと不安スコアは高いことが示唆された。また、6 分野 28 項目の心理的課

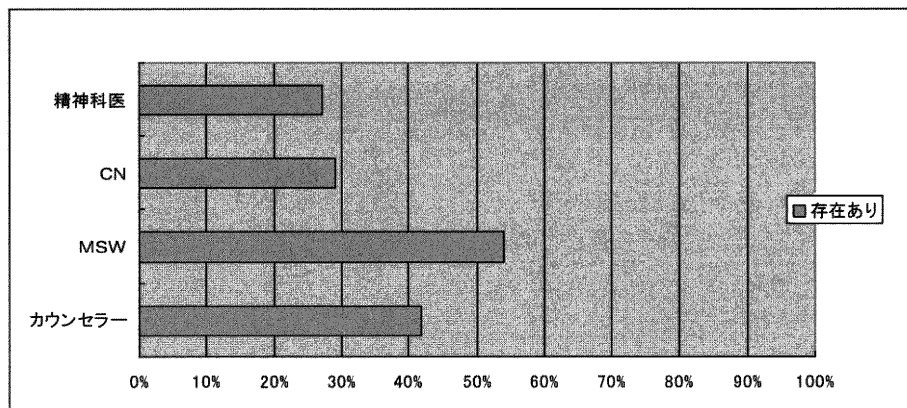


図 1 病院内に心理社会的専門職が存在する、と認識している割合

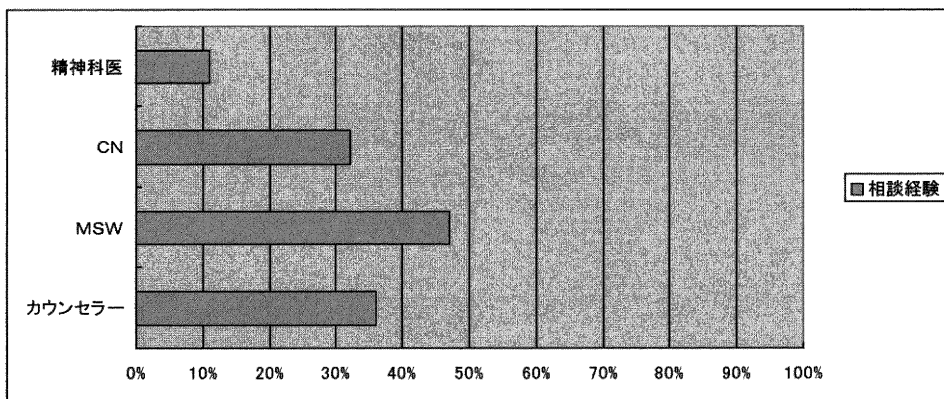


図 2 心理社会的専門職の利用

題に関して、「悩みがない」・「悩みがあったが相談者がいなかった」・「相談した」、それぞれに回答した数の割合を表 1 に示す。その結果、28 項目の中で、より多くの感染者が悩みを抱きやすい項目と頻度の少ない項目があることが明らかになった。しかしながらその一方で、「悩みがあったが相談者がいなかった」と回答した割合は、各項目によってちがいがみられるもののすべての項目において存在することが明らかになった。

さらに、抑うつ感及び不安感と感染者の性、感染経路、就労状況の関係を調べるため、感染者の

性、感染経路、就労状況の相違による抑うつスコアと不安スコアの平均値を算出し平均値の差の検定を行った。その結果を表 2 に記す。その結果、感染経路と各スコアの間には有意差はみられなかった。性については、不安スコアにおいて性差がみられ、男性が女性に比べ有意に不安スコアが高い結果であった ($p < 0.05$, $P = 0.03$)。また、就労状況については、仕事をしている群が仕事をしていない群に比べ抑うつスコアが有意に高い結果であった ($P < 0.05$, $P = 0.02$)。

表1 心理社会的課題6分野28項目の内容と相談状況の内訳

6分野28項目	悩みなし	相談者なし	その他	相談した
1:医療に関連した問題				
1・HIV感染症を告知された直後の不安や心の動揺	9	25	10	138
2・抗HIV薬を始める時の迷いや飲み続けるつらさ	29	9	4	140
3・体調の悪化や入院にともなう不安や心配	20	32	0	130
4・妊娠・出産・育児にともなう迷いや不安	75	8	4	95
2分野:日常生活上の現実的問題				
5・仕事や学校生活での悩みや苦労	20	27	8	127
6・医療費や生活費など経済的な問題	20	15	4	143
7・自宅での療養や介護を受ける時の悩みや問題	57	15	2	108
8・裁判などの法律に関する問題	94	10	1	77
3分野:人間関係上の問題				
9・配偶者やパートナーに感染の事実を話すかどうかの悩み	49	23	6	104
10・家族に感染の事実を話すかどうかの悩み	62	24	7	89
11・セイファー・セックスについての疑問や悩み	61	25	7	89
12・恋愛や結婚にともなう悩みや問題	65	26	5	86
13・配偶者やパートナーとの人間関係の悩み	40	24	15	103
14・家族との人間関係の悩み	62	32	4	84
15・医師とのコミュニケーションの悩み	89	11	1	81
16・看護師やコーディネータとの悩み	102	14	0	66
17・カウンセラーソーシャルワーカーとの悩み	101	10	2	69
18・ボランティアとのコミュニケーションの悩み	93	14	5	70
19・患者会や他の感染者とのコミュニケーションの悩み	86	14	6	76
4分野:以前よりかかえていた心理的問題				
20・自分の性格についての悩み	72	24	1	85
21・性にまつわる自分の傾向や好みについての悩み	83	33	2	64
22・自分の人生のそれぞれの時期に伴う悩みや葛藤	63	27	2	90
5分野:精神医学に関連した問題				
23・気持ちの落ち込みや不眠	34	20	3	125
24・自殺についての思いや考え	78	29	7	68
25・アルコールや薬物などがやめられない悩み	105	6	2	69
6分野:生や死に関連した実存的問題				
26・死に対する思いや考え	54	29	6	93
27・生きる意味や自分の人生のふりかえり	40	32	7	103
28・宗教や神への関心	118	3	3	58

表 2 性・感染経路・就労状況の抑うつスコア・不安スコアの平均値

性	抑うつスコア			不安スコア		
	男性	女性		男性	女性	
	10.7±4.6	9.5±4.8		8.7±4.2	7.1±3.4	*
感染経路	血液製剤	性感染		血液製剤	性感染	
	10.9±5.5	10.2±4.6		9.2±4.7	8.2±4.1	
就労状況	就労あり	就労なし		就労あり	就労なし	
	11.1±4.6	9.5±4.5	*	8.7±4.1	8.3±4.2	

*p<0.05 **P<0.01

3. 相談体制の整備が心理社会的課題の解決に及ぼす効果について

2. の結果から、HIV 感染者は抑うつ感や不安感が高く、6 分野 28 項目の心理社会的課題に対して程度の差はあるものの何らかの悩みを抱えている HIV 感染者が存在すること、さらには、その悩みを解決するための相談者がいない状況にある人が存在することが明らかになった。そこで、心理社会的課題を解決する方策として期待される「相談者」がいて相談したことが、抑うつ感や不安感にどのように影響を及ぼすか検討した。

まず、6 分野 28 項目について、「悩みがあり相談した群」と「悩みがあったが相談者がいなかった群」の抑うつスコアと不安スコアそれぞれについて平均を算出し、差の検定を行った。その結果を、表 3 に示した。この結果、様々な心理社会的課題について相談した群の方が、相談者がいなかった群に比べ、抑うつスコアと不安スコアが有意に低いことが明らかになった。

さらに、6 分野 28 項目の中で、抑うつスコアや不安スコアと特に強く関係のある項目を調べるため、6 分野の各項目を独立変数、抑うつスコアと不安スコアを従属変数として、それぞれの分野で重回帰分析を行った。その結果、領域 2 項目 5 <仕事や学校生活での悩みや苦勞> (抑うつスコア： $p < 0.05$, $p = 0.02$)、項目 6 <医療費や生活費など経済的な問題> (抑うつスコア： $p < 0.01$,

$P = 0.01$, 不安スコア： $p < 0.05$, $p = 0.05$)、領域 4 項目 21 <性にまつわる自分の傾向や好みについての悩み> ($p < 0.05$, $p = 0.03$)、領域 5 項目 23 <気持ちの落ち込みや不安について> (抑うつスコア： $p < 0.01$, $p = 0.008$)、領域 6 項目 26 <死に対する思いや考え> (不安スコア： $p < 0.05$, $p = 0.02$)、項目 27 <生きる意味や人生のふりかえり> (抑うつスコア： $p < 0.05$, $P = 0.05$) の 6 項目が、特に抑うつスコアあるいは不安スコアと危険率 5 % 以下の有意な関係があることが明らかになった。つまり、この上記 6 項目は、抑うつスコア・不安スコアと特に関係が強い項目であることが示唆する。そこでさらに、その 6 項目の「悩みがあり相談した群」と「悩みがあったが相談者がいなかった群」の抑うつスコアと不安スコアの平均値差に着目した。6 項目のうち 4 項目は、悩みを相談した群の抑うつスコア・不安スコアが、相談者のいなかった群に比べて危険率 5 % 以下で有意に低いことが明らかになった。

考 察

今回の結果から、HIV 感染者は、さまざま心理社会的課題について悩みを抱えていることがわかった。また、HIV 感染者は抑うつ感や不安感を抱きやすいことが明らかになった。そして、この HIV 感染者の抑うつ感や不安感に、各々の中にあ

表3 6分野28項目の抑うつスコア・不安スコアの平均値

6分野28項目	抑うつ感			不安感		
	相談者あり	相談者なし		相談者あり	相談者なし	
1分野:医療に関連した問題						
1・HIV感染症を告知された直後の不安や心の動揺	10.1±4.4	13.5±4.4	**	8.4±4.1	10.0±4.5	
2・抗HIV薬を始める時の迷いや飲み続けるつらさ	10.5±4.5	13.8±5.8		8.8±4.0	10.7±5.8	
3・体調の悪化や入院にともなう不安や心配	10.2±4.5	13.9±5.1	**	8.4±4.0	11.3±5.2	*
4・妊娠・出産・育児にともなう迷いや不安	11.0±4.5	11.6±3.3		9.2±4.1	11.0±4.5	
2分野:日常生活上の現実的問題						
5・仕事や学校生活での悩みや苦勞	10.2±4.4	13.4±4.8	**	8.5±4.0	10.1±4.5	*
6・医療費や生活費など経済的な問題	10.5±4.4	14.1±4.5	**	8.6±3.9	10.9±4.5	*
7・自宅での療養や介護を受ける時の悩みや問題	10.7±4.5	13.7±4.3	*	8.7±4.1	11.6±4.6	*
8・裁判などの法律に関する問題	11.0±4.5	15.3±5.1	*	9.1±4.3	11.7±5.0	
3分野:人間関係上の問題						
9・配偶者やパートナーに感染の事実を話すかどうかの悩み	8.8±4.1	11.0±4.2	**	8.8±4.1	11.0±4.3	*
10・家族に感染の事実を話すかどうかの悩み	10.6±4.4	13.1±4.7	*	8.8±4.1	10.7±4.8	
11・セイファー・セックスについての疑問や悩み	10.9±4.6	12.5±4.4		9.0±4.1	9.7±4.5	
12・恋愛や結婚にともなう悩みや問題	10.2±4.9	12.4±4.2	*	8.7±4.5	10.1±4.1	
13・配偶者やパートナーとの人間関係の悩み	10.4±4.5	13.3±4.2	**	9.0±3.4	9.1±4.4	
14・家族との人間関係の悩み	10.4±4.5	13.2±4.1	**	8.7±4.1	10.7±4.3	*
15・医師とのコミュニケーションの悩み	10.9±4.7	10.0±4.4		9.0±4.2	9.7±3.4	
16・看護師やコーディネータとの悩み	10.2±4.8	12.4±4.4		9.0±4.3	9.9±4.5	
17・カウンセラー・ソーシャルワーカーとの悩み	10.8±4.7	10.3±4.6		9.1±4.5	9.5±4.6	
18・ボランティアとのコミュニケーションの悩み	10.6±4.7	13.7±4.7	*	9.0±4.5	10.9±4.6	
19・患者会や他の感染者とのコミュニケーションの悩み	10.5±4.9	13.7±4.5	*	8.4±4.3	11.6±4.2	
4分野:以前よりかかえていた心理的問題						
20・自分の性格についての悩み	9.9±4.4	11.7±4.7		8.6±4.1	9.8±4.5	
21・性にまつわる自分の傾向や好みについての悩み	10.5±4.7	11.1±4.5		9.0±4.3	9.4±3.8	
22・自分の人生のそれぞれの時期に伴う悩みや葛藤	10.8±4.4	12.7±4.6	*	8.9±4.2	10.6±4.2	
5分野:精神医学に関連した問題						
23・気持ちの落ち込みや不眠	10.6±4.3	13.0±5.3		9.0±4.0	9.4±4.9	
24・自殺についての思いや考え	10.4±4.1	13.1±5.0	**	9.1±4.0	10.3±4.6	
25・アルコールや薬物などがやめられない悩み	10.4±4.9	13.4±3.4		8.7±4.4	10.7±4.6	
6分野:生や死に関連した実存的問題						
26・死に対する思いや考え	10.0±4.1	14.3±4.7	**	8.7±3.9	11.6±4.5	**
27・生きる意味や自分の人生のふりかえり	10.5±4.3	13.1±4.5	**	8.8±4.0	10.4±4.5	
28・宗教や神への関心	8.3±3.9	10.6±5.5		9.8±4.2	13.1±7.1	

* = P < 0.05 ** = P < 0.01

る心理社会的課題が一要因として影響を及ぼしていることが、6分野 28 項目の心理社会的課題と HADS 尺度の抑うつスコア・不安スコアとの関係を調べた結果から明らかになった。

HIV 感染症が、治療の進歩により既に慢性疾患と位置づけられ、共に生活していく疾患と捉えられている今日、抑うつ感や不安感の軽減や心理社会的課題の解決等、精神面への配慮は身体面同様重要と思われる。精神面の不健康は、HIV 感染者の日々の生活全般に悪影響を及ぼす可能性が高く、医療への影響を考えても、例えば受診継続や服薬アドヒアランスにも影響を及ぼすことが予想される。今回の結果から、ある心理社会的課題の悩みが生じた際、実際に相談した人達は、相談しなかった人達に比べ、抑うつスコアや不安スコアが低いことが明らかになった。つまりこの結果は、心理社会的な課題について必要時に相談しやすい体制を整えることが、HIV 感染者の抑うつ感や不安感を軽減し、HIV 感染者の精神的健康を保つ一助となる可能性が高いことを意味する。

山中らが指摘するように「問題をかかえること」と「その問題を自分で対処するかあるいは専門職に援助を求めること」は、別の観点で検討されるべき課題である³⁾。しかし、上述したように相談体制の整備が精神的健康を保つ一助となりうるのであれば、感染者に心理社会的課題に対する相談体制があるという情報が知られていないことは問題であり、積極的な情報提供が必要と思われる。これは、専門職の存在を知っている、あるいは情報提供を受けた HIV 感染者は、全て実際に利用しているという、今回の結果からも示唆される。さらに、HIV 感染者が利用できる範囲に心理社会的課題に対する相談体制の整備が整っていない場合、患者は自分で問題に対処する道しかなく、解決への選択肢が狭まる。HIV 感染者の半数は、病院内の利用できる範囲にそのような専門援助職、MSW が存在することを認知していた。しかし、MSW と答えた患者が半数みられたのが最高で、他職種は、相談相手としてはそれ以下の認知度であった。実際の利用率に関しては半数を満たすものはない。そして、実際に悩みが存在するものの

相談者がいないと回答した HIV 感染者も全般的に存在する。つまり、上記したように HIV 感染者が心理社会的課題を解決する幅が狭まっているという現状を我々は念頭におかなければならない。したがって、今後も心理社会的課題に対する相談体制の整備を構築していくことは重要であると思われる。その際、相談を受ける側は、HIV 感染者の性差、感染経路、就労状況等さまざまな個々の社会的背景を熟慮する必要がある。その上で、抑うつ感や不安感等心理面の適切なアセスメントもできる質の保障に関して配慮を継続していかなくてはならないと考える。今回、抑うつ感・不安感と強く関係すると予測される項目は、生や死に関係する実存的問題が含まれていることが明らかになった。そのため、さらに HIV 感染者の抑うつ感や不安感と QOL 及び心理面での実存的側面に関して現在検討を行っている。

なお、本調査研究のアンケート回収率は決して高いものではなかった。その要因として、使用したアンケート調査冊子は質問項目が多く、この回答に返答できる人という時点で、バイアスがかかっている可能性は否めない。また、このアンケートに回答できなかった人というのは、それだけ外界に対して自分を表現していくことが苦手で孤立している人が含まれている可能性が高い。それを考慮した場合、上述の提言が早急に整備されなければ社会的損失につながる可能性も高いと考える。さらに HIV 診療においては現在、多くの研究が行われその多くもアンケート調査研究を行う状況があり、関連医療機関及び感染者本人に多数依頼される負担も、バイアス要因として考えられる。今後は、この側面における配慮を強化していく必要と共に、アンケートのみによらない問題抽出の手法の再考も大切かもしれない。

結 語

HIV 感染者が抱える心理社会的課題の傾向、及び、心理社会的課題の問題解決に対して相談体制の整備がどのように影響するのかその効果について検討した。疾患特有の様々な心理社会的課題を

抱える HIV 感染症者の精神的健康を保つための体制整備は、重要であると考える。

本研究は、平成17年度 HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究報告書に掲載したものを振り返りまとめた。

文 献

- 1) 白坂琢磨：HIV 診療における外来チーム医療マニュアル。第1版，モスアソシエーツ，東京，2006。
- 2) 小西加保留：カウンセリング体制検討評価，エイズ治療の地方ブロック拠点病院と拠点病院間の連携に関する研究。平成11年度厚生科学研究報告書：69-81，2000。
- 3) 山中京子，松本智子，高田知恵子，長井 進，小西 徹，石川雅子，磯本明彦：関東圏の感染状況に応じた医療社会福祉学的援助体制に関する研究。HIV 感染症の医療体制に関する研究平成12年度研究報告書：280-295，2001。
- 4) 神谷昌枝，石川雅子，井上洋士，福井小紀子，折井佳穂里：派遣カウンセリングの利用促進に関する研究。HIV 感染症の医療体制に関する研究平成16年度研究報告書：217-220，2005。
- 5) 別所文雄：血友病，保健の科学 44: 261-265，2002。
- 6) 山崎喜比古：今回の調査研究の意義と今後の課題，山崎喜比古，瀬戸信一郎（編）HIV 感染被害者の生存・生活・人生 — 当事者参加型リサーチから —。第1版，有信堂，東京，pp171-178，2000。
- 7) Watanabe M, Nishimura K, Inoue T, Kimura S and Oka S: A discriminative study of health-related quality of life assessment in HIV-1-infected persons living in Japan using the Multidimensional Quality of Life Questionnaire for persons with HIV/AIDS. J STD & AIDS 15: 107-115, 2004。
- 8) Gore-felton C, Koopman C, Spiegel D, Vosvic M, Brondino M and Winningham A: Effects of quality of life and coping on depression among adults living with HIV/AIDS. J Health Psychol 11: 711-729, 2006。
- 9) Kowal J, Overduin LY, Balfour L, Tasca GA, Corace K and Cameron DW: The role of psychological and behavioral variables in quality of life and experience of bodily pain among persons living with HIV. J pain Symptom Manage 36: 247-258, 2008。
- 10) Lenderking WR, Testa MA, Katzenstein D and Hammer S: Measuring quality of life in early HIV disease: the modular approach. Qual Life Res 6: 515-530, 1997。
- 11) Nojomi M, Anbary K and Ranjbar M: Health-Related Quality of Life with HIV/AIDS. Arch Iranian Med 11: 608-612, 2008。
- 12) Kudel I, Farber SL, Mrus JM, Leonard AC, Sherman SN and Tsevat J: Patterns of Response on Health-Related Quality of Life Questionnaires Among Patients with HIV/AIDS. J INTERN MED 21: 848-855, 2006。
- 13) Burman WJ, Grund B, Roediger MP, Friedland G and Darbyshire J: The impact of episodic CD4 cell count-guided antiretroviral therapy on quality of life. J Acquir Defic Syndr 47: 185-193, 2008。
- 14) Heckman TG: The chronic illness quality of life (CIQOL) model: explaining life satisfaction in people living with HIV disease. Health Psychol 22: 140-147, 2003。
- 15) Hirabayashi N, Fukunishi I, Kojima K, Kiso T, Yamashita Y, Fukutake K, Hanaoka T and Imori M: Psychological Factors Associated With Quality of Life in Japan Patients With Human Immunodeficiency Virus Infection. Psychosomatics 43: 16-23, 2002。
- 16) Bader A, Kremer H, Erlich-Trungenberger I, Rojas R, Lohmann M, Deobald O, Lochmann R, Altmeyer P and Brockmeyer N: Coping, quality of life, and physical symptoms of people living with HIV/AIDS and adherence to antiretroviral treatment. Med Sci Monit 12: 493-500, 2006。
- 17) Zigmond AS, Snaith RP, 北村俊則訳：Hospital Anxiety and Depression Scale. (HAD 尺度)，精神科診断学 4: 371, 1993。

(平成20年12月9日受付)