

いて使用された変数などを軸に解説されている。それを見ると、ひとつの傾向として、91年、あるいはそれ以前から伝統的に使われていたような社会心理学における保健信念モデルから、社会的サポート・モデルやリスク・リダクション・モデル等への移行、さらには社会心理学以外の、社会学や文化人類学におけるシステム理論や社会構成理論、ネットワーク理論などへと研究上の理論的枠組みが変化してきているのがわかる。

ピーター・デイビスは、HIV 予防研究における伝統的な研究方法論の流れを押さえつつも、それを批判的に検討することを通して、より現実的な HIV 予防のためのモデル構築を行おうとする。彼によれば、伝統的には二つのモデルが存在してきたという。ひとつは保健信念モデルであり、他方はリスク・アセスメントである。保健信念モデルは、二つの主要な要因、すなわち 1)行動を変えるための個人の意志や準備（レディネス）や覚悟、そして 2)相互作用的な要因、を考察することによって人々が行動を変えるかどうかを予測することである。行動を変えるための個人の意志は、病気や取りまかれている状況についての知識、その重大性の認識や行動を変えることに必要な費用（コスト）の予測から生じるものである。相互作用的な要因とは、これらの構造的要因あるいは行動を変えることを促進したり妨げたりする他の外部の要因、主に治療の費用やピア・サポートのレベルなどの問題である。保健信念モデルで最も重要なものは、自己効力感（self-efficacy）や内的統制（internal locus of control）の概念の導入によるものである。

リスク・アセスメントは主観的なリスクを査定するという考えであるが、このモデルでは、個人における二つの側面を評定する。それは結果の深刻さと感染の確率（可能性）である。リスク・アセスメントには主に二つの方法が存在する。ひとつは「直接的リスク評定モデル」である。これは実際の感染可能性があるということを人々に説得する方法として確立されたものである。つまり非脆弱性を受け入れてしまうことや感染可能性を否認することを問題としてみるのである。しかし、こうした枠組みは、「非感染者の罪悪感」などが問題として提起されることによって、再評価を強いられることになった。リスク・アセスメントのもう一つの観点は、性行動の変容の「損得分析（cost-benefit analysis）」である。ここでは、セイファーセックスにおける快楽の減少という視点から、セイファーセックスをすることによる犠牲（コスト）が、感染しないことによる利益（ベネフィット）に対して計算される。この場合には、セイファーセックスのエロス化によってコストを補償することが必要となるのだ。

2. 伝統的な説明における問題点

先にあげたピーター・デイビスの論文では、保健信念モデルや、それに基づくリスク・アセスメントにおける問題点も指摘されている。彼によれば、そのような問題点は、「個人主義的誤謬（the individualist fallacy）」と「ロマン主義的誤謬（the romantic fallacy）」という用語で分節化されている。

まずはじめに個人主義的誤謬は、先述のモデルが一連の知識や態度や信念がある個人にとって明確である場合に、そのようなものを介してセイファーセックスをするという決意はきっぱりとされるものであるということを暗黙に仮定しているということである。もちろん、セイファーセックスをする際に知識や態度や信念がきわめて重要な必須条件であることは確かであり一定の妥当性はあるにせよ、こうした概念を実践に導入することは、啓発対象となる人々がセックスをするたびに行う複雑な交渉過程を必要とすることを見えなくしてしまう可能性をはらんでいる。す

なわちこのモデルを通して見た場合に、焦点が当てられるのは個人の知識や態度や信念であり、啓発において働きかける対象は「個人」、あるいはその知識、態度、信念ということになる。したがって、このモデルではセーフターセックスができにくい要因が個人の心理に還元されてしまうのだ。さらに、もし対象の個人がセーフターセックスをしていないとしたら、それは個人の心理の中に存在する「退行」が原因であると規定されることになる。しかし、性行為は相互作用的な実践であり、個人に還元不可能な要素をたぶんに含みこんでいる。むしろ複雑なコミュニケーションの過程と言ってもよいだろう。そして、そうした過程は必ずしも言語を通して行われるようなものでもなく、数多くの非言語的な行為によっても構成されている。したがって、啓発手法については、性行為の相互作用的な側面や非言語的なコミュニケーションという視点を含み、それをより深く理解するようなモデル化が必要となる。

セーフターセックスをめぐる議論の中でしばしば示唆されてきたのは、安全ではない性行動は、「理性を失った」衝動やセーフターセックスを「理性的に理解することができなくなる」ほどの本能や感情に起因すると見なされてきたということである。それは、セーフターセックスの議論がこれまで「理性」あるいはそれに基づく判断や選択に依存してきたからである。そしてそこには、人間は必ず「理性的な」判断に基づき行動の意思を決定するという前提が存在している。しかしながら、ここで問題となるのは、「理性的である」と意味づけられる内容が、おそらくコミュニティの状況や対象層の置かれている環境にセンシティブではないコミュニティ外在的な研究と、啓発対象である集団あるいは個人の場合には、しばしば異なっているということだ。すなわちそうしたコミュニティ外在的な研究で蓄積されてきた成果や知識・情報といったものが、必ずしも啓発対象の生活や経験の論理とつねにかみ合うとは限らない。また、行為の意思決定の過程とその結果、つまり決断に関しても、しばしばそれらの混同が生じることがある。

「理性的である」という用語を結果ではなく、過程を指すものとして考えると、理性的な決断というのは、所与の状況という観点から利用可能な証拠を考慮したあとになされるものである。対照的に、非理性的な決断というのは、ある人が利用可能な情報を無視したり退けたり、あるいはその情報を不適切に考えておこなうものである。「理性」と「非理性」にはこのような定義が割り振られてはいるが、実のところ決断の過程における理性あるいは非理性は結果の正しさとは関係がない。「理性」「非理性」と個人の決断の「正しさ」とを組み合わせると、次のような状況が考えられるだろう。ある個人は、a) 理性的に正しい決断をする b) 非理性的に正しい決断をする c) 理性的に間違った決断をする d) 非理性的に間違った決断をする、という可能性が存在する。つまり、ここで、決断が正しいか間違っているかを決定する基準を誰がどのような条件のもとで設定するかという問題が生じるのだ。このようにして、「理性的である」あるいはまた「非理性的である」ということの意味が多様であるなかで、そうした曖昧な形でのコミュニティ外在的な研究によって一元的に決定された「理性」に依拠して啓発を進めることは、それほど効果的な効果を期待することが難しいということにもなるのだ。

さらに、この伝統的な枠組みによるモデルの欠陥点は、人々は正確な情報ではなく自らが発見した規則に基づき選択をおこなうという事実を見逃してしまっていることである。

まとめ

以上のように、これまでの HIV 感染予防に関する理論的な研究を概観してみると様々な論点が

挙げられている。その中では問題点もいくつか指摘されてはいるが、現状ではすぐれて有効な予防と啓発を兼ね備えた理論は見当たらない。こうした状況を考慮しつつ、本研究では、これまでの理論における限界を踏まえつつも、いくつかの理論やモデルを統合することで、それらが抱え込んでいる限界を少しでも克服していこうと考えている。

ピーター・デイビスの指摘では、保健信念モデルに対する批判が行われているが、それは保健信念モデルには個人の意思や態度のほかに、相互作用的な要因として個人間や社会における構造的な要因が含まれていないという点である。つまり、デイビスは、セイファーセックスが個人の意思や決定に還元されるのではなく、むしろ相互作用や社会的な背景からも影響を受けていると考えているのだ。したがって、社会構造的な視点を啓発介入のなかに含みこんでいくことでデイビスが述べているような限界を克服できる可能性はあると考えられる。また研究のプロセスのなかで「正しい理性」というものを研究する側が一元的に決定することが、啓発対象における「理性的判断」とのズレを生じさせるために的確な啓発介入につながらないという指摘に関しては、むしろリスク・アセスメントという手法の中で、リスクというものがどのような背景をもって生じているのかに関して啓発対象の声を十分にくみ取りながらリスクを査定することで、そうした「ズレ」を少なくする可能性があると考えられる。

したがって、本研究では、「認知-行動モデル」「認知-環境モデル」「リスク・アセスメント」を踏査しつつ、統合することで、日本の現状に適合するような予防啓発理論の構築をめざしていく。以下では、3つのモデルについて詳しく説明していく。

3. 認知行動モデル(Cognitive-Behavioral Model)

Rotheram-Borus, Koopman, Bradley (1989) は、10代の様々な避妊プログラムや喫煙予防プログラム、麻薬予防プログラムの結果を検証した結果、エイズ予防には認知行動モデルがもっとも効果的な方法だろうと結論している。そのなかではエイズに関する一般的知識、エイズの個人化された知識、対処技術、資源へのアクセスが関連しているとされている。

ジョイス・ハンターはこうした観点から、アメリカにおけるレズビアン/ゲイ、バイセクシュアルの青少年がエイズの予防のなかで直面する問題に焦点を当て、どのような要因が彼らのセイファーセックスを妨げているのかについて論及している。

エイズの一般的知識に関しては、アメリカにおいてもゲイの青少年は HIV 感染についてかなりの知識を有する傾向にあることがわかっている。そして、コンドームを使用しないアナルセックスにはリスクが伴うことも十分に認識している。しかし、そこにも問題がある。それは、彼らがセイファーセックスを促されるために受け取っている情報というのは、異性愛を前提としたものであることが普通なのだ。コンドーム使用の情報がゲイの状況や経験に即したものになっていないということである。

エイズの知識を個人化することは、これまで行動的介入に関する数多くの研究によって明らかにされてきた。HIV に関して必要な情報を得たことと、その知識を個人化する、すなわち自分のものにすることとはまったく異なることなのである。ジョイス・ハンターは、この個人化された知識を、知覚されたエイズの脅威（「自分もエイズにかかるかもしれない」）、個人的効力感（「私は自分の行動を変えられる」）、応答的効力感（「エイズは予防できる」）の3つの要素から構成されていると見ている。とりわけ、思春期は、異性愛者でも自己について混乱したり、そこから生

じる多くの問題に直面する時期であるが、さらに同性愛者は同性愛をめぐる社会的な環境から生じる他の問題、たとえば孤立の問題などを経験するために、エイズ知識の個人化はより困難になる。さらに思春期特有の「試み」あるいは「挑戦」あるいは「自己の力の過大評価」などは、あえて危険なことをしてみたいというような感覚を助長する可能性もある。さらに抽象的な思考ではなく認識における具体性や、自己中心性、さらに現在志向的な思春期の特徴もリスクの増大につながることもあるという。

HIV 予防の認知行動モデルの要素のなかには、認知的、情緒的、行動的なスキルも含まれる。思春期の青少年らはその心理的発達段階においてははまだ広範なスキルは持ち合わせていない。Rotheram-Borus, Koopman, Bradley (1989) は、調査対象の青少年が非現実的な自己認識をもっていることを明らかにした。すなわち、青少年はセーフターセックスをおこなう能力があると自信をもっており、セーフターセックスを実行することから否定的な結果が引き起こされるとは思っていない。つまり、セーフターセックスをするように言い出しにくい環境や関係性が存在することを認識していないということなのである。したがって、この研究から導かれる一つの結論は、思春期の青少年は、人間関係を維持し、セーフターセックスを実行するための適切な技術の発達を強く促される必要性があることなのだ。

青少年が HIV 感染の予防行動をとるときに大きな障壁となるもののひとつは、情報へのアクセスの欠如、または否定である。あらゆる青少年に重要な資源には、正確な情報、スキルの発達、コンドームの入手できる状況、青少年に対する精神的・医学的な健康管理、HIV 抗体検査とその前後カウンセリング、そして様々なレズビアン/ゲイ・コミュニティと接触するなかで多様なプログラムや適切なロールモデルが得られる状況、などが挙げられる。

さらに情報だけではなく、物質的資源としてのコンドームに関しては、たとえばニューヨーク市による高校生へのコンドームの配布が、セックスに対する奨励という意味を生徒に与えることになるという理由から反対の声が上がった。だが、大人がいかなる反対をしようとも、高校生は現実にセックスをおこなっているのであり、コンドームは正しく使用すれば HIV 感染に対する有効な予防手段のひとつになる。こうした中では青少年らは、一方でセックスをすることはいけないというような、他方で HIV 感染を防ぐためにはコンドームを使うのがよいのだが、その使い方は教えないというような、相矛盾するメッセージを受け取ってしまうことになる。また、ゲイの青少年はしばしば、ゲイだと知られてしまうのを恐れて、コンドームやセーフターセックスの情報を求めようとはしない。

一般的には、感染の可能性が高いと思われる個人に対して、HIV 検査を広く奨励するのが今までの傾向であった。しかし、青少年については、HIV 検査の是非に対して多くの疑問が出てきている。「インフォームド・コンセント」がどういう意味なのか青少年には理解できるのだろうか。検査結果が確実に守秘されるためには、どのような方策や手続きがあるのか。検査前後のカウンセリングでは、どのようなことがなされるのか。誰が検査結果を知る権利をもつのか。あるクライアントが複数のサービス組織に関わった場合、その機関に属する専門家はみな、検査結果を知りうるのか。クライアントの両親には知る権利はあるのか。検査結果が陽性だった場合、医療と心理的側面における支援が用意されているのか。青少年の薬物使用者に対しては、HIV 治療とともに薬物使用に関する治療の機会が与えられるのか。青少年を扱う場合に、このような疑問が出てくるのが予想され、レズビアンやゲイの若者については同性愛を取りまく負の烙印と秘匿性

のゆえに、問題はいつそう複雑になる。

4. 認知環境モデル(Cognitive-Environmental Model)

Fishbein et al. (1991) は性的リスク行動に関する最近の研究を駆動させるいくつかの理論の諸要素に依拠することでひとつのモデルを定式化した。そのモデルは、Fishbein らによってはとくに命名されていないが、Rosario et al. (1999) では、認知環境モデルと呼ばれている。Fishbein らによるモデルでは、リスクを伴う性行動を説明するための仮説として、計 8 つの項目を設定している。まず、行動は、①その行動にとりかかる技術あるいは能力、②その行動を行う意図あるいは関与、③その行動を行うことを妨げる環境的な要因によって影響を受けている。これらの 3 要因は行動を予測するためには一般に必要かつ十分である。これらの項目のほか、さらに意図を決定する 5 つの要因として、④行動に対する態度、あるいは行動に関する信念、⑤主観的規範、すなわち行動に関して重要な参照物によって共有される諸規範の個人による認知、⑥自己効力感、あるいは個人がその行動を取ることができるという信念、⑦自己基準、あるいは行動を取ることが個人の自己イメージと一致する程度、⑧当該の行動を取ることに対する情緒的反応、である。

Rosario らは、Fishbein らの性的リスク行動のモデルに依拠しながら、ゲイ、レズビアン、バイセクシュアルの若者を対象としたリスク行動を説明するための認知環境モデルの可能性を検証する研究を行った。その研究においては、技術、意図、環境的制約、態度、主観的規範、自己効力感とゲイ、レズビアン、バイセクシュアルの若者のリスク行動との関連が調べられた。とりわけ、認知環境モデル (以下 CEM) における要因とリスクのある性行動の間の関連性についての仮説と、さらに CEM 要因相互間の関連性の仮説の両方を確認するために統計的に有意な結果を用いて、CEM によって仮定されていた仮説が検証されている。

Rosario らの研究結果のなかでゲイおよびバイセクシュアル男性に関するものだけ、ここで手短かに触れておく。ゲイおよびバイセクシュアル男性では、技術の乏しさがリスクのある性行動と関連しており、コンドームを使用しようという意図の乏しさがリスクのあるアナルあるいはオーラル・セックスの頻度を高めることと関連していた。また、パス解析を用いて、ゲイおよびバイセクシュアル男性については、予防技術の乏しさとコンドームを使おうという意図の乏しさはリスクのあるアナルセックスに直接的に関連しており、パートナー規範の乏しさはリスクのある性行為を助長する傾向にあることがわかった。さらに、次の二つの有意な間接的関連が見られた。仮説で示したとおり、ひとつは自己効力感の低さとリスクのあるアナルセックスの間の関係は意図の乏しさに帰すことができるということである。もう一つは、予防に対する否定的な態度は予防技術の乏しさを経てリスクのあるアナルセックスに間接的につながっているということだ。しかし、この間接的な結びつきは、技術の項目を経ているのであるが、CEM によっては仮定されなかった。リスクのあるオーラルセックスに関してわかったことは同様であるが、ただ技術の乏しさがリスクのあるオーラルセックスとは有意に関連していないという点では異なっている。リスクのあるオーラルセックスでもアナルセックスでも、社会的選好性のスコアの高かった回答者は、社会的選好性のスコアの低かった回答者に比べて、よりリスクの高い性行為をする傾向にある。

また、Rosario らは CEM の要因間の相関関係を検証しているのだが、そのなかでは、次のようなことがわかっている。ゲイおよびバイセクシュアル男性については、予防技術の乏しさと環境的制約は互いに有意に関連し合っており、CEM の他の要因の多くとも関連している。コンドーム

を使おうという意図の乏しさは自己効力感の低さとだけ関連しており、他方自己効力感は他のすべての CEM 要因と関連していた。CEM の他の要因間、すなわち態度、パートナー規範、友人規範の間でも有意な関連が見られた。加えて、ゲイおよびバイセクシュアル男性の間で見出された有意な関連の多くは、レズビアンとバイセクシュアル女性の間でも同じように見出されている。男性の若者に関する厳密化されたパス解析は、自己効力感の低さのみがコンドームを使用しようという意図の乏しさに関連していると示唆している。さらに、コンドームに対する否定的な態度と予防技術の乏しさの間に、さらにパートナー規範および友人規範の乏しさと環境的制約との間には、むしろ有意な関連が見られた。

5. リスク・アセスメント

リスク・アセスメントというリスク査定の方法は、エイズ問題が浮上する以前から、喫煙行動、心臓疾患のリスクや薬物使用のリスクを生み出す行動を人々に変えさせるのにうまく利用されてきたものだが、そこで培われた原則や手続きは他の健康問題での取り組みにも応用されている。エイズの領域においても、HIV 予防の観点からそこでのリスクを把握し、それを伝達することが有効であるとされてきた。ケリーは HIV カウンセリングの領域で、主にカウンセリングの方法論を応用しながら、クライアントの HIV リスクを把握するという手法を開発した。先にピーター・デイビスは、リスク・アセスメントに対して一定批判的なスタンスを取っていたが、それは彼の抱くリスク・アセスメント概念には、個人のリスクに焦点が当てられることはあっても、それが環境、すなわち生活環境やコミュニティ環境と関連する視点がないためであった。しかし、われわれは、社会環境や相互作用的な視点を盛り込むことで、従来のリスク・アセスメントの手法を洗練・強化することができると考え、またケリーがそのような不足を十分に理解し、自らのリスク・アセスメントの枠組みの中に組みこもうとしている点の評価し、ケリーによるリスク・アセスメントを採用することにした。

ここでは、主にジェフリー・ケリーの開発したリスク・アセスメントの方法論について説明する。

長年のカウンセリング（とりわけ HIV カウンセリング）の経験の中から、ケリーは、HIV のリスク減少に向けた行動変容のためのカウンセリング自体が困難な点を述べているが、要約すると次のようになる。①人間には行動に影響を与える動因が多数あるのだが、性行動や薬物使用にかかわるものは多岐にわたっており、そのような強い動因を変容させることは容易ではないこと。②リスク減少の取り組みを取りまく文化的文脈が存在すること。③喫煙行動などの社会である程度受容されているようなリスク減少カウンセリングは支援を求めている人にとってもアクセスしやすいが、性行動や薬物使用などの社会で受け入れられにくいような行動のなかで大きなリスクにさらされている人々こそがカウンセリング支援へのアクセスが困難になること。ケリーはこのような観点から、HIV をめぐるカウンセリングの困難さを指摘する。

しかしながら、そのような困難さの中でも一定程度成功しているカウンセリングも存在し、ここで見出された重要な原則についても触れている。従来の行動変容に向けたカウンセリングでは、知識が重視され、その結果カウンセリングにも知識の伝達が目的とされてきたが、これでは行動変容の重要な原則を見逃しているという。そこで、ケリーは以下のようにいくつかの要点をあげて、新たなカウンセリングのモデルを提示する。

①リスク教育

ここでは単にリスク行動の知識が伝達されるだけでなく、教育的な情報提供も重要である。すなわち教育的なメッセージをいかに伝えるかということである。メッセージは単純かつ明快でなければならない。クライアントによっては、このような単純なメッセージのほうが有効な場合もあるし、場合によっては、さらにこのようなメッセージが送られる背景や詳細な予防方法についても理解するほうがいいこともある。リスク教育では、むしろ後者の場合を射程に入れている。リスクについての知識を査定し、どのような行動がなぜリスクを生み出すのか、どのような変化がなぜリスクを減らすことになるのかを確認することがリスク減少のカウンセリングの最初のステップとなる。

②脅威の個人化

一般的に人は「非現実的で楽観主義的なバイアス」を有しており、悪いことは自分ではなく他人に起きるものだと考える傾向にある。しがたって、リスクの伴う性行動を取っている人でも、不正確に自分のリスクを低く評価してしまうのだ。行動変容を実行し、それを維持していくためには、個人が HIV リスクに対して脆弱であるという意識をもつことが重要であり、自身のさらされているリスクを正確に評価する必要がある。行動変容に至るには、不安は過度に大きすぎてもよくないが、また過小評価されても効果的ではないのである。

③変容の効力感の受容

効力感の受容とは、行動変容がリスクを減少させることに役立ち、これらの変容がうまく達成できると信じることを意味する。サンフランシスコのゲイのセイファーセックス実践では、行動変容における個人的な効力感が成功の決め手となったとも報告されている。カウンセリングでは、行動変容をすることができるという自信を与えることが重要である。

④行動への意図

行動変容の開始は、関与しようという意思、および一連の行動を採用しようという強い意思によって促される。行動への意図とは、参加、成功の可能性の評価、そして、同様の要因のレベルによって決定される態度を意味する。

⑤リスク減少のための行動スキル

以上見てきた行動要因における原則は、認識上、あるいは態度におけるレディネスの要因を含んでいる。以下の行動上のスキルは技術的なものであり、対人関係、自己管理を含んだものとなる。

a.テクニカルな行動スキル

これは、具体的には、性行動であれば、コンドームの着用であり、薬物使用であれば注射針の洗浄である。このようなテクニカルなスキルは行動変容に必須であり、もしこれが欠如していたり不足している場合には、行動変容に至ることは難しくなる。

b. 個人間のスキル

リスクの実践は個人間で生じることから、予防のための試みは複雑になり、そのような状況でリスクを回避するためにはなんらかの対人的なコミュニケーションが必要となる。ここで必要となるのは個人間においてリスクを強制された場合にはそれに抵抗することが、またリスク減少の段階を開始するためには交渉することが必要となる。抵抗と交渉、これがケリーの提示している個人間における二つのリスク回避の方法である。

c. 自己管理のスキル

リスク行動は個人のほかの行動パターンによっても生じる。エイズ知識があっても、酒に酔っていたり、気晴らしにドラッグを使っているような場合には、リスク行動を行いやすいということが多くの研究で示唆されている。また、孤独感や孤立感、相手との特別な関係になりたいという願望が、リスク行動を取りやすいこととつながっていることが別の研究で示されている。すなわち、リスクの減少は、クライアントの生活におけるエイズには関連しないと思われているような事柄とも関連している可能性があるということであり、ここでの自己管理とは、そのような状況でもコンドームを入手し、携帯し、性行動を行うときにはいつでも利用できるように準備をしておくことでもあるのだ。

⑥ 行動変容の実行と維持のための認知的な問題解決のスキル

態度やスキルを獲得したあとには、日常生活の中にこれらの変化が組み込まれる必要がある。そのためには、クライアントの行動変容の取り組みを妨げている障壁に対処する方法を特定し、その障壁を取り除く計画を立てる必要がある。たとえば、それはセックスを行う場所で自分の分かる場所にコンドームを置くにはどうすればよいか、あるいはいつ、どこで、どのようにしてセイファーセックスについて話し合うか、交渉するかというようなことである。

⑦ 行動変容の取り組みの強化

行動変容を開始しても、それを維持することは難しい。コンドームを使用しても、それによって快感が失われたり、自然さがなくなってしまうたりする、あるいは使いにくいという、さらなる問題が生じるからである。セイファーセックスについての知識はあっても、それに満足できない人たちも多いのだ。それを変容とつなげていくためには、認識の修正、自己指導、自己強化などの戦略が必要である。現在のリスク行動に代わるものを提示することが行動変容には必要となるのだが、その場合、たとえばセイファーセックスの魅力をアピールしたエロティックなビデオの描写は行動変容を促すのに効果的であるという研究結果もある。

ケリーは、HIVのリスクをめぐって、上述のような要因が存在することを明らかにし、その上で、リスクを査定する方法を以下のように述べている。ケリーによれば、リスク査定する領域は、以下の7つにわたっている。

① リスク行動についての知識の適切さ

これは従来の知識項目に相当し、ケリーはこの知識をエイズの一般知識と対象集団に特有の知

識（例えば、ゲイおよびバイセクシュアル男性に特有の知識領域、薬物使用者に特有の知識領域など）に分けて質問している。

②変容に向けた準備、意図、動機

クライアントがリスク行動を変容させるための準備や意図を評価するのは、動機やリスクを感じている程度がどれくらいのものであるかによって継続的な介入が決定されるからである。クライアントの中には、行動変容の必要性を感じないものもいれば、リスクにさらされていることを感じている人もいる。ここで、査定しようとするのは、リスクの自己評価、どれくらい感染の可能性を感じているか、行動を変えようという意図がどれくらい強いかということである。

③現在のリスク行動の実践

これはクライアントの性行動およびリスク行動を正確に把握するための査定領域である。質問項目としては、行動の過去遡及的な報告、すなわち、例えば過去一ヶ月、3ヶ月、半年、一年などの期間を設定し、その時間的な枠内での性行動を思い出してもらい回答してもらう。さらにそれに対する現在の時点での評価を行うこともある。

④リスク行動を引き起こす環境、すなわち社会、認識、環境、感情、行動の側面の機能的な分析

これまでの研究により、保健行動に関する問題は、部分的には、環境の中で、あるいは個人の心理的過程における出来事によって「誘発される」ことで生起するという認識がもたれている。数多くの状況的、環境関連的、個人間の、あるいは個人内の要因によって、リスク行動の可能性が高まったり、増大したりする。こうした諸要因を把握し、分析することがこの領域でもリスク査定目的である。具体的な項目としては、アルコール使用の有無、薬物使用の有無、ハイリスク行動と結びついた状況（例えばクルージングの状況など）、性的パートナーの特徴（魅力、外見、健康そうか、かわいらしさ、など）、感情的状態（鬱、孤独、怒り、喜び）、生理的な動因や薬物使用による性的な覚醒の強さ、リスクに関わる認識上の意図（相手がコンドームをつけないインターコースを求めてきたときなど）、コンドーム携帯の有無などの環境的要因、があげられる。

⑤リスクを減少させるためのクライアントの認識上・行動上のスキル

リスク減少行動の実践には、知識や動機づけのみならず、コンドーム使用、セイファーセックスのための交渉・主張のためのスキル、問題解決能力といった認識に基づいた行動上のスキルが必要となる。カウンセリングの場面であれば、こうしたスキルはロールプレイ等を通して査定される。ロールプレイは実生活の様々な場面の再現であるが、そうしたロールプレイを行うことが即、実生活において変容を可能にするというものではない。けれども、ロールプレイにおいてもうまくできない、すなわちスキルを有していないということは、実生活では行動変容を実行に移せないということを示唆しているのである。このような手法を用いることで、自己申告ではない実際のスキルを査定することが可能となる。

⑥リスク行動を減少させるための問題解決の技術

これまでのいくつかの領域でリスクを査定し、それを評価することで、解決すべき課題が示さ

れることになる。そのために問題解決のスキルを身につけることにより、将来のリスクを回避することが可能となる。

⑦リスク減少に寄与する文化的・社会的支援の影響

HIV 感染リスクを生み出す行動パターンは、生活における他の環境の文脈にも埋め込まれている。そのような環境的文脈は、行動変容を促す場合もあるし、また妨げてしまうこともある。このような環境的文脈に埋め込まれたリスク要因は、ある意味では文化的あるいは社会的なものであり、そうしたリスクの解決は個人の努力だけでは不可能なのだ。その場合に、必要となるのは、このような文化的・社会的に存在するリスク環境の変容を支援するような取り組みである。具体的にはコミュニティの環境を変容させる様々な実践ということになる。ケリーは、こうしたセーフセックスを促進するようなコミュニティ環境の変容もリスク査定領域項目に含めている。

⑧行動変容のための計画の特定と結果の評価

以上⑦までの査定領域で把握したリスク行動とその評価に基づき、介入の領域を特定するのがここでのねらいである。その点でこれは介入計画の策定にあたるので、⑦までの査定領域とは位相を異にしていると言えよう。むしろ介入実践の準備段階に当たると考えてもよい。

以上、認知行動モデル、認知環境モデル、リスク・アセスメントという、HIV リスク予防に関する3つのモデルを見てきた。ではここで、これらのモデルを、目的、その目的を達成するのに使われている手法、このモデルを利用する場合の長所と短所という観点で簡単にまとめたのが下の表である。

表1. 認知環境モデル／認知行動モデル／リスク・アセスメントの比較

	認知環境モデル	認知行動モデル	リスク・アセスメント
目的	行動予測 (リスク行動を説明)	行動変容	リスクの査定(+変容) (本人の面前で行ない、かつ問題解決まで話すことで行動変容にも関与)
方法論	質問票調査	介入を行ない前後の変化を見る ベースライン (知識、行動、心理社会的側面) ↓ 介入 ↓ ポスト調査／フォローアップ	カウンセラー—クライアント間での査定 インタビュー +ロールプレイ +カウンセリング
長所	・相関性が数量化されわかりやすい	・究極の目標である行動変容を目的としている	・包括的で詳細なリスク認定の体系を持ち阻害要因が多様
短所	・変容を目的としていないため、机上の空論で終る恐れがある ・査定方法があいまい	・行動変容のモデルづくりの必要性がある ・概念が分節化されていない	・ケリーのモデルでどこまでリスク行動が説明できるか不明 ・カウンセリング—クライアント関係が基本のため、質問票化やグループワークへの適応が困難 ・心理社会的側面が弱い

認知行動モデルは、行動変容を目的として設定しており、そこではベースライン調査を行った後に、介入を行い、さらにフォローアップの調査を行うことで、介入の効果評価を測定する。ベースライン調査では、知識、行動、心理社会的な側面の項目について調べられることになる。このモデルの優れているところは、行動調査のみならず介入することを通して行動変容を促し、その結果として介入実践の効果まで測定可能なところである。その意味では、行動変容まで射程に入れた啓発介入モデルをすでにその中に含みこんでいるということである。しかし、そのような長所の反面、調査項目に関する概念が分節化されていないために、モデルを作成するということを念頭に置くと、いまだ限界は残っている。

認知環境モデルは、リスク行動を説明する、すなわちリスクにかかわる行動を予測することを目的としている。インタビュー調査によってフォーカス・グループ形式で行い、質問票の調査項目を策定し、それに基づいた質問票調査の手法を用いている。このモデルの優れているのは、リスク行動に関連するいくつかの要因を特定し、その要因間の相関関係を数量化した形で示すことで、どのような要因がリスクと関連しているのかということが明確に把握できることである。しかし、このモデルは行動を予測することまではできても、行動変容までを射程に入れていないために、啓発介入の具体的な手法には結びつかないという短所も存在している。

ジェフリー・ケリーによるリスク・アセスメントのモデルは、リスクの査定を行うことを主な目的としているが、もともとカウンセリングという介入的な実践の場で培われたモデルであるために、行動変容の視点もかなり含みこんでいると言える。手法としては、カウンセリングの場で、カウンセリングを通して、クライアントに対して個別にリスクを、インタビューやロールプレイという方法を用いて査定するという手法をとる。長所は、リスクそれ自体に焦点を当て、包括的かつ詳細にリスクの認定を行っていくという体系をもっている点、さらに多様な阻害要因についてリスク査定を行っている点である。こうした手法に基づけば、社会的・文化的文脈で生じる多様なリスクに対応することが可能となる。また、ケリーによる7つの査定領域にアプローチすることで、認知環境モデルで行われるようなリスク行動の説明をきちんとできるかどうかは未知数であること、元来、カウンセリングという実践のなかで培われ、またそうした実践に適用されるためのモデルであるために、質問票を使った調査で正確にリスクを査定できるかどうかは不明であるのが現時点での課題である。

6. 質問票の作成

先にも述べたように、ケリーによるリスク・アセスメントは、カウンセリングの手法を通して調査されているが、本研究ではそれをカウンセリングではなく、質問票を用いて行うことにする。

ここで、認知行動モデルではなく、ケリーによりリスク・アセスメントに依拠して質問表を作成することにした理由は、認知行動モデルではそれが元来啓発介入に重点をおいたものであるために、質問票のカテゴリー概念の分節化が不十分であり、各カテゴリー（要素）間の関連性を把握するためにはふさわしくないことがわかった。ケリーのリスク・アセスメントのカテゴリー項目は、認知行動モデルのカテゴリーが含みこまれつつ、さらに各カテゴリー概念が十分に分節化されているために、質問票化には適している。ゆえに、本研究では、ケリーによるリスク・アセスメントにおける質問項目カテゴリーに依拠することにした。また、行動予測モデルとしての認知環境モデルにおける質問項目もケリーのリスク・アセスメントのなかに一部含まれており、

含まれていない部分については、別途新たな質問項目として追加した。したがって、本研究で作成した質問票は基本的には、ケリーのリスク・アセスメントの方法に従っているが、その中に認知行動モデルおよび認知環境モデルの項目も含みこまれたものとなっている。

質問票の調査項目作成にあたっては、先に述べた3つのモデルに依拠し、最終的には表2のような質問票の枠組みを作った。また質問項目の細部に関しては、フォーカス・グループを設定し、その中での討論を通して作成された。フォーカス・グループ・インタビューは、研究協力者の協力を得て東京、仙台、札幌で実施され、とくに「誘発要因」と「スキル」の 카테고리については、討論の中で入念に踏査することをめざした。そして、討論の結果を十分に質問票の中に組み込むことができた。その後、調査方法も含めて、質問票の詳細の検討を共同で行った。その結果、最終的には以下の表のような調査項目に決定した。この質問票調査は、本研究における研究協力団体の協力の下、平成13年度に本研究班と共同で開催される<OURS2001>という啓発介入計画のなかで実施される予定である。表2に、質問票各項目の分類、その項目が依拠するモデル、項目内容、設問の意図を説明するための表を掲載しておいた。

参考文献

Davies, Peter. 1994 "Acts, Sessions and Individuals : A Model for Analysing Sexual Behavior" in Boulton, Mary. (ed.) Challenge and Innovation: Methodological Advances in Social Research on HIV/AIDS. Taylor & Francis pp.57-68.

Hunter, Joyce & Robert Schaecher. 1994 "AIDS Prevention for Lesbian, Gay, and Bisexual Adolescents" Families in Society: The Journal Of Contemporary Human Services pp.346-354

Kelly, Jefferey. 1995 Changing HIV Risk Behavior: Practical Strategies. Guilford.

Mann, Jonathan & Daniel Tarantola. 1996 AIDS in The World II. Oxford University Press.
(山崎修道・木原正博 監訳 1998 『エイズ・パンデミック—世界的流行の構造と予防戦略—』
日本学会事務センター)

Rosario, Margaret, Mahler, Karen, Hunter, Joyce & Marya Gwadz 1999 "Understanding the Unprotected Sexual Behaviors of Gay, Lesbian, and Bisexual Youths: An Empirical Test of the Cognitive-Environment Model" Health Psychology Vol.18, No.3, pp.272-280.

表2. 共同プロジェクト OURS・2001 の調査票項目の概要

分類	モデル		主な内容	設問の主な意図
	RA	CEM		
①属性	○		年齢、居住地域など	属性による違いを検討する
②知識	○		HIV 感染リスクに関する一般知識	どんな行動がリスクを減らすかを知っているかどうかを知る
	○		男性同性愛者等に特有の知識領域	
	○		エイズの知識の入手先・媒体	
③準備・意図	○		HIV 感染についての個人のリスク評価	リスクに対して弱いことを知っていること、予防する強い意志を持っているか、心の用意があるかを知る
	○	○	エイズへの個人的な関心の度合い	
	○	○	行動変容の意図と過去の取り組み	
④行動実践	○	○	過去3ヶ月の性行動の実践内容など	予防行動をしているかどうかを知る
⑤誘発要因(態度)	○	○	自分自身の中にある要因(態度)	リスクを誘発するきっかけが、状況、空間、相手の態度などのどこにあるかを特定させる
	○		相手と自分の中にある要因	
	○	○	相手の中にある要因	
	○	○	環境要因	
⑥スキル(対処方法)	○	○	コンドーム使用に関するスキル	リスクを減らすためのテクニック、技術、対処方法をどの程度持っているか、不足しているかを知る
	○	○	相手との交渉能力に関するスキル	
	○	○	相手への意思表示スキル	
⑦生活環境(環境的制約)	○	○	予防情報の入手環境	自分ではどうにもならない外部要因(周囲の環境、情報入手環境、道具の入手環境など)がどこにあるかを特定する
	○	○	コンドームの入手環境	
	○		医療機関の認知	
	○		電話相談窓口の認知	
	○		検査環境	
⑧同性愛者の社会背景	/		コミュニティの情報	同性愛者としての孤立やコミュニティとの関わり、認識が HIV 感染とどう関係しているかを知る
			アイデンティティ	
			同性愛者であることへの態度	
			同性愛者であることの開示	
⑨自己効力感		○	セックスへの満足感・自信	自分は予防行動をできるという自信の度合いを知る
		○	今後の予防行動の自己予測	
⑩規範		○	パートナーの主観的規範	周囲の考え方やコンセンサスから受ける影響度を知る
		○	友人の主観的規範	

D. 考察と展望

HIV 予防理論に関する研究では、これまで欧米圏で展開された HIV 予防理論の文献サーベイを行い、それらの理論の有効性と限界を検討した。主に検討したのは、認知行動モデル、認知環境

モデル、リスク・アセスメントである。その結果、認知行動モデルは、啓発介入に主眼をおいたモデルであるけれども、HIV リスク、あるいはセイファーセックスを阻害する要因を構成する諸要素に関する概念が分節化されていないために、調査と介入を統合したモデルとしては不十分であることがわかった。それに対し、認知環境モデルでは、リスクを構成する諸要素間の関連性を明らかにすることが可能である反面、その諸要素あるいはそれらの関連性を啓発介入の中でどのように活かすことが難しいということが明らかになった。リスク・アセスメントに関しては、リスクを構成する諸要素を査定し、リスクがどのような要因から生じているかを把握することが可能であり、さらにそれらの諸要素を質問票を用いて調査することにより、定量的に測定することも可能である。したがって、本研究では、基本的にリスク・アセスメントの手法に依拠しながら、その過程のなかで認知環境モデルに即した質問項目を含めるような査定を行なうことにした。さらに、最終的に日本の各地域の研究協力 NGO の協力を得て、啓発介入のための活用に向けた質問票を作成した。

平成 13 年度には、本年度踏査したリスク・アセスメントの方法論にしたがって作成した質問票を用いて、全国各地で実際の査定を行う予定である。そのようなプロセスで得られたデータを解析し、その解析結果を介入実践に活用し、介入モデル構築のための理論化を目指したい。

E. 健康危険情報

特になし

F. 研究発表

(学会発表)

○風間孝, 河口和也, 菅原智雄, 市川誠一, 木原正博: 男性同性愛者における HIV に対する知識・情報媒体・性行動の 3 年間の比較, 第 59 回日本公衆衛生学会, 2000 年 10 月 20 日, 示説発表

○風間孝, 大石敏寛, 柏崎正雄, 河口和也, 嶋田憲司, 菅原智雄, 市川誠一, 木原正博: 男性同性愛者の HIV に対する知識・情報媒体・性行動の 3 年間の比較, 第 14 回日本エイズ学会, 2000 年 11 月 28 日, 口演発表/示説発表

G. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

「セイファーセックス」 についてのアンケートご協力をお願い

by NPO法人 アカー (OCCUR)

OCCUR (アカー) は、同性愛者のためのサポート・グループです。ゲイ/レズビアンコミュニティ向けに電話相談をはじめとする様々なサービス活動を行っています。

当会では現在、ゲイ男性向けのSTD (性感染症) 情報ライン、エイズ予防啓発活動としての「出会いイベント」や「LIFEGUARD」、ゲイのための便利帳シリーズの発行などを通してHIV/エイズやSTD (性感染症) についてのキャンペーンを行っています。このたび、このようなキャンペーンを今後継続して行っていくためにみなさんにアンケートをお願いしています。

このアンケートは：

- (1) 「出会いイベント」の企画やあり方についての意見・感想
- (2) ゲイ男性のみなさんがHIV/エイズやSTD (性感染症) についてどれくらい知っているか？セイファーセックスについてどんな現状にあるのか？
- (3) どんなセイファーセックスについての情報が求められているか？

をみなさんにお聞きし、その集計結果をもとに

今後の「出会いイベント」及びセイファーセックス・キャンペーンの内容の改善をしていく上での参考にさせていただきます。

ぜひとも、ご協力の程お願い致します。

問い合わせ先：

特定非営利活動法人

動くゲイとレズビアンの会 (アカー)

〒164-0012 東京都中野区本町6-12-11 石川ビル2階 OCCUR 内

電話 03-3383-5556 FAX03-3229-7880 E-mail : occur@kt.rim.or.jp

ご協力の程、よろしく お願い致します。

これからお願いするアンケートは、ゲイである皆さんにアカーからいろいろサポート出来るようにするためのものです。無記名であり、回答はすべて統計的に処理されて活用されますので、個人を特定するような形にはなりません。記入してもらったこの用紙自体は外部に絶対に公開いたしませんので安心して書いて下さい。

また、質問にはプライベートな項目もありますが、もし記入したくない項目があれば、飛ばして次に進んでもらって構いません。回答は出来る限りあなたの率直な意見をお聞かせ下さるようお願い致します。

1

このイベントは何で知りましたか。あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

- 1 バディ（ゲイ雑誌） 2 薔薇族（ゲイ雑誌） 3 G-men（ゲイ雑誌）
 4 さぶ（ゲイ雑誌） 5 チラシ（どこでもらいましたか：)
 6 友人から聞いた 7 ダイレクトメールで 8 インターネットで
 9 その他（)

2 これまで出会いイベントに参加したことがありますか。

- 1 ない（→3へ） 2 ある～（ ）回

2-2 「ある」と答えた人にお聞きします。どの時期に参加しましたか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

- 1 前年度（1999年度）以前
2 昨年のシリーズ（2000年10月～12月）

3 出会いイベントに参加しようと思ったのはどうしてですか。あてはまるものにひとつだけ○をつけてください。

- 1 恋人をみつきたい 2 友人をみつきたい
3 エイズについて知りたい 4 友人に誘われて 5 その他（ ）

4 出会いイベントで、これまで知らなかった人と話しができましたか。

- 1 かなりできた 2 少しできた 3 ほとんどできなかった
4 まったくできなかった

5 出会いイベントでもっとも満足できたのは、どのプログラムですか。ひとつだけ○をつけてください。

- 1 何を話そう・おしゃべりルーレット 2 誰と話そう・おしゃべりトリオ
3 こんな時どうなる・おしゃべりビンゴ 4 みんなと話そう・おしゃべりタイム

6 あなたの年齢はおいくつですか。

歳

7 あなたのお住まいはどちらですか。

- 1 東京都 2 神奈川県 3 埼玉県 4 千葉県 5 茨城県
 6 栃木県 7 群馬県 8 静岡県 9 山梨県 10 その他 ()

8 この1年間で次にあげる場所（媒体）のうち
 いずれかに行った（利用した）ことがありますか。
 あてはまるところに1つだけ○をつけて下さい。

	(利用する) よく行く	(ときどき利用する) ときどき行く	(ほとんど利用しない) ほとんど行かない	(まったく利用しない) まったく行かない
1 ゲイグッズ（ポルノ）・ショップ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ゲイ・バー……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ゲイの集まるサウナ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ビデオボックス／やり部屋……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ディスコ／クラブ（ゲイナイト等）……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 パソコン通信・インターネット……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ゲイのサークルや団体の主催するイベント	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 エイズを含むゲイ向けの電話相談……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9

下記の項目について、あなたのお考えをおうかがいします。

*ただしこのアンケートでいう性感染症とは、性行為で感染する病気のこと、エイズ以外の一般の性病のことを指します。また HIV とは、エイズの原因となるウイルスのことをいいます。

	はい	いいえ	わからない
①最近日本の HIV 感染者数は増加していると思いますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② HIV 感染者を刺した蚊や虫に刺されると、HIV に感染する可能性があると思いますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ HIV に感染している妊婦から赤ちゃんに HIV が感染する可能性があると思いますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④フェラチオで、性感染症に感染する可能性があると思いますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤性感染症にかかっていると、HIV に感染しやすいと思いますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥健康そうに見えても、HIV に感染していることがあると思いますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦性感染症の原因となる病原体に感染すると、必ず症状が出ると思いますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ HIV 検査では、感染後 2-3 日で HIV に感染していることがわかると思いますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨保健所で、名前を言わずに無料で HIV 検査ができると思いますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩夜間・休日に HIV 検査ができる場所があると思いますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10

あなたが HIV（エイズのもとになるウイルス）に感染すると思うのはどのような行為ですか。あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

- 1 軽いキス
- 2 舌を相手の口の中に入れるキス（口の中にキズがない場合）
- 3 コンドームを着けてフェラチオをする
- 4 コンドームを着けなくて口の中で射精される
- 5 コンドームを着けなくてフェラチオする（射精しない）
- 6 コンドームを着けるアナルセックス
- 7 アナル（肛門）の中で精液を直接受ける
- 8 コンドームを着けなくてアナルにペニスを入れる（射精なし）

11 エイズの知識はどのようなものから得ていますか。該当するものすべてに○をつけて下さい。

- 1 ゲイ雑誌
- 2 新聞や雑誌
- 3 ゲイ団体のパンフレット
- 4 行政や民間のパンフレット
- 5 テレビ
- 6 人づて
- 7 市や県の広報
- 8 パソコン/インターネット
- 9 その他

12 あなたは、これまでにエイズの検査を受けようと思ったことはありますか。

- 1 ある
- 2 ない

12-2 あなたは、これまでにエイズの検査を受けたことがありますか。

- 1 ある
- 2 ない → 14へ (7ページ)

12-3 この1年間でエイズの検査を受けたことがありますか。

- 1 ある
- 2 ない → 15へ (8ページ)