

- Participatory Research in Health Promotion Review and Recommendations for the Development of Participatory Research in Health Promotion in Canada (eds.) Institute of Health Promotion Research. The University of British Columbia and the B.C. Consortium for Health promotion Research for the Royal Society of Canada Canada.
- Hawkins, D.A. (2001) Oral sex and HIV transmission. *Sexually Transmitted Infections* 77(5), 307-308.
- Hays, R.B., Paul, J., Ekstrand, M., Kegeles, S.M., Stall, R. and Coates, T.J. (1997) Actual versus perceived HIV status, sexual behaviors and predictors of unprotected sex among young gay and bisexual men who identify as HIV-negative, HIV-positive and untested. *AIDS* 11(12), 1495-1502.
- Hecht, F.M., Grant, R.M., Petropoulos, C.J., Dillon, B., Chesney, M.A. Tian, H., Hellmann, N.S., Bandrapalli, N.I., Digilio, L., Branson, B. and Kahn, J.O. (1998) Sexual transmission of an HIV-1 variant resistant to multiple reverse-transcriptase and protease inhibitor. *New England Journal of Medicine* 339(5), 307-311.
- HIV Prevention in Clinical Care Working Group. (2003) Incorporating HIV prevention into the medical care of persons living with HIV. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 52(RR-12), 1-23.
- Inoue, Y., Seki, Y., Wakabayashi, C., Yamazaki, Y., Kihara, M. (2004) Sexual activities and social relationships of people with HIV in Japan. *AIDS Care* (in press).
- Kalichman, S.C., Greenberg, J. and Abel, G.G. (1997) HIV-seropositive men who engage in high-risk sexual behaviour: psychological characteristics and implications for prevention. *AIDS Care* 9(4):441-450.
- Kalichman, S.C., Kelly, J.A. and Rompa, D. (1997) Continued high-risk sex among HIV seropositive gay and bisexual men seeking HIV prevention services. *Health Psychology* 16(4), 369-373.
- Kelly, J.A. (1995) Changing HIV risk behavior: practical strategies. The Guilford Press. USA.
- Kelly, J.A., Hoffman, R.G., Rompa, D. and Gray, M. (1998) Protease inhibitor combination therapies and perceptions of gay men regarding AIDS severity and the need to maintain safer sex. *AIDS* 12(10), F91-95.
- Kippax, S., Crawford, J., Davis, M., Rodden, P. and Dowsett, G. (1993) Sustaining safe sex: a longitudinal study of a sample of homosexual men. *AIDS* 7(2), 257-263.
- Kirsht, J.P. and Joseph, J.G. (1989) The Health Belief Model: Some implications for behavior change, with reference to homosexual males. In Mays, V.M., Albee, G.W. and Schneider, S.F. (eds) *Primary Prevention of AIDS: Psychological Approaches*. Sage. USA.
- Kugaya, A., Akechi, T., Okuyama, T., Okuyama, H. and Uchitomi, Y. (2000) Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 28(5), 333-338.
- Margolin, A., Avants, S.K., Warburton, L.A., Hawkins, K.A. and Shi, J. (2003) A randomized clinical trial of a manual-guided risk reduction intervention for HIV-positive injection drug users (2003) *Health Psychology* 22(2), 223-228.
- Margolis, A.D., Wolitski, R.J., Parsons, J.T. and Gomez, C.A. (2001) Are healthcare providers talking to HIV-seropositive patients about safer sex? *AIDS* 15(17),

- 2335-2337.
- Marks, G., Bingman, C.R. and Duval, T.S. (1998) Negative affect and unsafe sex in HIV-positive men. *AIDS & Behavior* 2(2), 89-99.
- Marks, G., Bundek, N.I., Richardson, J.L., Ruiz, M.S., Maldonado, N. and Mason, H.R. (1992) Self-disclosure of HIV infection: Preliminary results from a sample of Hispanic men. *Health Psychology* 11(5), 300-306.
- Marks, G., Burris, S. and Peterman, T.A. (1999) Reducing sexual transmission of HIV from those who know they are infected: the need for personal and collective responsibility. *AIDS* 13(3), 297-306.
- Marks, G. and Crepaz, N. (2001) HIV-positive men's sexual practices in the context of self-disclosure of HIV status. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS* 27(1), 79-85.
- Marks, G., Richardson, J.L., Crepaz, N., Stoyanoff, S., Milam, J., Kemper, C., Larsen, R.A., Bolan, R., Weismuller, P., Hollander, H. and McCutchan, A. (2002) Are HIV care providers talking with patients about safer sex and disclosure?: A multi-clinic assessment. *AIDS* 16(14), 1953-1957.
- Marks, G., Ruiz, M.S., Richardson, J.L., Reed, D., Mason, H.R., Sotelo, M. and Turner, P.A. (1994) Anal intercourse and disclosure of HIV infection among seropositive gay and bisexual men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS* 7(8), 866-869.
- Ostrow, D.G., McKirnan, D.J., Venable, P.A. and Hope, B.S. (1998) The impact of new combination HIV therapies on knowledge, attitudes and behaviors among Chicago gay men. In: 12th World Conference, Geneva, June 28- July 3.
- Perry, S.W., Card, C.A., Moffatt, M.Jr., Ashman, T., Fishman, B. and Jacobsberg, L.B. (1994) Self-disclosure of HIV infection to sexual partners after repeated counseling. *AIDS Education & Prevention* 6(5), 403-411.
- Pierret, J. (2000) Everyday life with HIV/AIDS: surveys in the social sciences. *Social Science & Medicine* 50(11), 1589-1598.
- Prestage, G., Van de Ven, P., Grulich, A., Kippax, S., McInnes, D. and Hendry, O. (2001) Gay men's casual sex encounters: discussing HIV and using condoms. *AIDS Care* 13(3), 277-284.
- Purcell, D.W., Parsons, J.T., Halkitis, P.N., Mizuno, Y. and Woods, W.J. (2001) Substance use and sexual transmission risk behavior of HIV-positive men who have sex with men. *Journal of Substance Abuse* 13(1-2), 185-200.
- Redjimi, G. and Lert, F. (1993) Image of AIDS among teenagers and young adults. *AIDS Care* 5(4), 449-465.
- Robins, A.G., Dew, M.A., Kingsley, L.A. and Becker, J.T. (1997) Do homosexual and bisexual men who place others at potential risk for HIV have unique psychological profiles. *AIDS Education & Prevention* 9(3), 239-251.
- Robinson, B.E., Bockting, W.O., Rosser, B.R.S., Miner, M. and Coleman, E. (2002) The sexual health model: application of a sexological approach to HIV prevention. *Health Education Research* 17(1), 43-57.
- Ross, M.W. and McLaws, M.L. (1992) Subjective norms about condoms are better predictors of use and intention to use than attitudes. *Health Education Research* 7(3), 335-339.

- Rothenberg, R.B., Scarlett, M., del Rio, C. Reznik, D. and O'Daniels, C. (1998) Oral transmission of HIV. *AIDS* 12(16), 2095-2105.
- Rotheram-Borus, M.J., Lee, M.B., Murphy, D.A., Futterman, D., Duan, N., Birnbaum, J.M. and Lightfoot, M. (2001) Efficacy of a preventive intervention for youths living with HIV. *American Journal of Public Health* 91(3), 400-405.
- Savard, J., Laberge, B., Gauthier, J.G., Ivers, H. and Bergeron, M.G. (1998) Evaluating anxiety and depression in HIV-infected patients. *Journal of Personality Assessment* 71(3), 349-367.
- Scambler, G. and Hopkins, A. (1986) Being epileptic: Coming to terms with stigma. *Sociology of Health & Illness* 8(1), 26-43.
- Schiltz, M. A. (2000) HIV-positive people, risk and sexual behavior. *Social Science & Medicine* 50(11), 1571-1588.
- Schneider, J.W. and Conrad, P. (1983) *Having Epilepsy: The experience and Control of Illness*. Temple University Press. USA.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviours: theoretical approaches and a new model. In Schwarzer, R. (eds.) *Self-efficacy: thought control of action*. Bristol: Taylor & Francis, UK.
- Seki, Y., Yamazaki, Y., Inoue, Y., Wakabayashi, C. and Seto, S. (2002) How HIV infected haemophiliacs in Japan were informed of their HIV-positive status. *AIDS Care* 14(5), 651-664.
- Semple, S.J., Patterson, T.L. and Grant, I. (2000) Partner type and sexual risk behavior among HIV positive gay and bisexual men: social cognitive correlates. *AIDS Education & Prevention* 12(4), 340-356.
- Sheeran, P. and Abraham, C. (1994) Measurement of condom use in 72 studies of HIV-preventive behaviour: a critical review. *Patient Education & Counseling* 24(3), 199-216.
- Spicker, P. (1984) *Stigma and social welfare*. Croom Helm Ltd. UK. (西尾祐吾訳 (1987) *スティグマと社会福祉*. 誠信書房.)
- Varghese, B., Maher, J.E., Peterman, T.A., Branson, B.M. and Steketee, R.W. (2000) Reducing the risk of sexual HIV transmission: Quantifying the per-act risk for HIV infection based on choice of partner, sex act, and condom use. *Sexually Transmitted Diseases* 29(1), 38-43.
- Vittinghoff, E., Douglas, J., Judson, F., McKirnan, D., MacQueen, K. and Buchbinder, S.P. (1999) Per-contact risk of human immunodeficiency virus transmission between male sexual partners. *American Journal of Epidemiology* 150(3), 306-311.
- Wasserheit, J.N. (1992) Epidemiological Synergy: Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Diseases* 19(2), 61-77.
- Woody, G.E., Donnell, D., Seage, G.R., Metzger, D., Marmor, M., Koblin, B.A., Buchbinder, S., Gross, M., Stone, B. and Judson, F.N. (1999) Non-injection substance use correlates with risky sex among men having sex with men: data from HIVNET. *Drug & Alcohol Dependence* 53(3), 197-205.
- Wulfert, E., Wan, C.K. and Backus, C.A. (1996) Gay men's safer sex behavior: an integration of three models. *Journal of Behavioral Medicine* 19(4), 345-366.
- Wulfert, E. and Wan, C.K. (1995) Safer sex

- intentions and condom use viewed from a health belief, reasoned action, and social cognitive perspective. *Journal of Sex Research* 32(4), 293-305.
- Zenilman, J.M., Weisman, C.S., Rompalo, A.M., Elish, N., Upchurch, D.M., Hook, E.W. 3rd. and Celentano, D. (1995) Condom use to prevent incident STDs: the validity of self-reported condom use. *Sexually Transmitted Diseases* 22(1), 15-21.
- Zigmond, A.S. and Snaith, R.P. (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 67(6), 361-370.
- 井田節子, 畢秀瓊, 土屋亮人, 立川夏夫, 木村哲, 岡慎一. (2003) HIV 新規感染者の耐性ウイルス保有状況について. *感染症学雑誌* 77(臨時増刊号), 142.
- 市川誠一, 木村博和, 鬼塚哲郎, 松原新, 佐藤未光, 井戸田一朗. (2001) MASH による啓発活動. *総合臨床* 50(10), 2805-2810.
- エイズ動向委員会. (2003) 平成 14 年度エイズ動向調査年報. 厚生労働省.
- 北村俊則. (1993) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS 尺度). *精神科診断学* 4(3), 371-372.
- 木原雅子, Kyung-Hee Choi, 木原正博. (2002) HIV 性感染の予防介入への戦略. *Modern Physician* 22(3), 370-373.
- 木原正博, 木原雅子, 内野英幸, 石塚智一, 尾崎米厚, 島崎継雄, 杉森伸吉, 土田昭司, 中畝菜穂子, 箕輪眞澄, 山本太郎. (2000) 日本人の HIV/AIDS 関連知識、性行動、性意識についての全国調査. 平成 11 年度厚生科学研究費エイズ対策研究事業「HIV 感染症の疫学研究」報告書, 565-583. 厚生省「HIV 感染症の疫学研究」班.
- 木村博和, 市川誠一, 大屋日登美, 佐藤未光, 井戸田一朗. (2001) 東京地域における HIV/STD 感染予防の推進に関する研究—MASH 東京による新宿 2 丁目地区の若い MSM の行動疫学. 平成 12 年度厚生科学研究費エイズ対策研究事業「HIV 感染症の動向と予防介入に関する社会疫学的研究」報告書, 150-159. 厚生労働省「HIV 感染症の動向と予防介入に関する社会疫学的研究」班.
- 木村博和, 市川誠一, 鬼塚哲郎, 鬼塚直樹, 松原新, 辻宏幸, 日高康晴. (2003) MASH 大阪の予防介入プログラムの効果評価. 平成 14 年度厚生科学研究費エイズ対策研究事業「HIV 感染症の動向と予防介入に関する社会疫学的研究」報告書, 126-139. 厚生労働省「HIV 感染症の動向と予防介入に関する社会疫学的研究」班.
- 厚生省大臣官房統計情報部. (2000) 平成 10 年国民生活基礎調査第一巻解説編. 厚生統計協会.
- 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV 感染症の医療体制に関する研究班」, 国立大阪病院臨床研究部ウイルス研究室免疫感染症科. (2002) あなたに知ってほしいこと. 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV 感染症の医療体制に関する研究班」, 国立大阪病院臨床研究部ウイルス研究室免疫感染症科.
- 国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター. (2003) 患者ノート. 国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター.
- 八田宏之, 東あかね, 八城博子, 小笹晃太郎, 林恭平, 清田啓介, 井口秀人, 池田順子, 藤田きみえ, 渡辺能行, 川井啓市. (1998) Hospital Anxiety and Depression Scale 日本語版の信頼性と妥当性の検討—女性を対象とした成績—. *心身医学* 38(5), 310-315.
- 東あかね, 八城博子, 清田啓介, 井口秀人, 八田宏之, 藤田きみえ, 渡辺能行, 川井啓市. (1996) 消化器内科外来における Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS 尺度) 日本語版の信頼性と妥当性の検討. *日本消化器病学会雑誌* 93(12), 884-892.

表1 医療機関別有効回収率

医療機関	地域	調査実施期間	回収数	配布数	有効回収率	該当患者数 ²⁾
A病院 ¹⁾	関東	2002.11~2003.4	68	135	50.4%	257
B病院 ²⁾	近畿	2002.12~2003.1	43	74	58.1%	230
C病院	関東	2002.11~2003.4	43	67	64.2%	90
D病院	その他	2003.1~2003.3	16	23	69.6%	26
合計			170	299	56.9%	603

1)A病院での配布は主に特定の曜日に行われた。

2)B病院での配布は1ヶ月間のみに限られた。

3)調査実施開始時に、今回の調査のクライテリアを満たしている、各医療機関の患者総数。

表2 分析に用いた変数・尺度

	項目数	α	レンジ	平均
HIV/STIの感染し易さに関する認識 ¹⁾				
膣・肛門性交時	2	0.86	0-6	5.57±1.10
オーラル性交時	2	0.83	0-6	4.17±1.66
HIV感染の重大性に関する認識 ¹⁾	5	0.78	0-15	10.66±1.66
自分のSTI感染予防への積極性	1	-	0-3	2.83±0.52
相手へのHIV感染予防の積極性	1	-	0-3	2.76±0.48
相手へのHIV感染予防についての社会的圧力感	1	-	0-3	2.28±0.93
性交渉相手のカジュアル性 ²⁾	1	-	0-2	1.30±0.73
コンドームのHIV/STI感染予防有効性に関する認識 ¹⁾	2	0.65	0-6	4.48±1.58
コンドーム使用のバリアに関する認識 ¹⁾	6	0.86	0-18	6.70±4.52
自主規制スコア ³⁾	7	0.67	0-7	2.13±1.69
性交渉時アルコール・ドラッグ使用頻度 ⁴⁾	2	-	0-6	1.56±1.18

1)表1の各項目を、「全くそう思わない」=0~「大いにそう思う」=3と得点化し、「HIV/STIの感染し易さ」に関する認識は各項目とも逆転、複数項目の場合には単純加算して、尺度化した。

2)「決まった相手」のみ=0、「決まった相手」と「不定期相手」=1、「不定期相手」のみ=2と得点化した。

3)各項目を、「いいえ」=0、「はい」=1と得点化し、単純加算して、尺度化した。

4)アルコール、ドラッグそれぞれについて「飲んでいない」/「使用したことはない」=0

~「毎回飲んでいない」/「毎回使用していた」=3と得点化し、単純加算した。

表3 分析対象者の属性・特性(N=126)

		% ¹⁾
年齢	22~24歳	4.0
	25~34歳	46.8
	35~44歳	35.7
	45~54歳	10.3
	55~61歳	3.2
	平均値	35.9±8.1歳
学歴	中学校	0.8
	高等学校	26.2
	専門学校	19.8
	大学	43.7
	大学院	8.7
	無回答	0.8
主観的健康状態	よい	20.6
	まあよい	23.0
	ふつう	37.3
	あまりよくない	15.9
	よくない	3.2
抑うつ・不安度(HADS)	0~10	53.2
	11~19	28.5
	20~37	18.3
	平均値	12.2±8.2
性交渉相手の性別	女性のみ	5.6
	男性含む	92.9
	無回答	1.6
性交渉相手のカジュアル性	「決まった相手」のみ	15.9
	「決まった相手」と「不定期相手」	36.5
	「不定期相手」のみ	46.0
	無回答	1.6
性交渉時アルコール飲用	飲んでいない	48.4
	時々飲んでいて	41.3
	たいてい飲んでいて	7.1
	毎回飲んでいて	1.6
	無回答	1.6
性交渉時ドラッグ使用	使用したことはない	38.9
	時々使用していた	34.1
	たいてい使用していた	15.1
	毎回使用していた	9.5
	無回答	2.4

1)小数点2位以下を四捨五入しているため、総計が100%にならない項目もある。

コンドーム使用意図 ²⁾	膣・肛門性交時		オーラル性交時	
	人数	% ¹⁾	人数	% ¹⁾
使おうといつも思っていた	66	58.4	20	16.7
使おうと思っていたときの方が多く	23	20.4	27	22.5
使おうと思っていたときと 使わないでおこうと思っていたときが半々くらい	11	9.7	19	15.8
使わないでおこうと思っていたときの方が多く	6	5.3	32	26.7
使わないでおこうといつも思っていた	7	6.2	22	18.3
(該当する行為を)全くしなかった	11	-	4	-
無回答	2	-	2	-
コンドーム使用行動 ³⁾	人数	% ¹⁾	人数	% ¹⁾
必ず使っていた	55	48.2	17	14.0
使う方が多かった	25	21.9	11	9.1
使う使わないが半々くらいだった	14	12.3	18	14.9
使わない方が多かった	13	11.4	32	26.4
全く使わなかった	7	6.1	43	35.5
(該当する行為を)全くしなかった	11	-	4	-
無回答	1	-	1	-

1) %は、(該当する行為を)全くしなかった者と無回答者を、全体から除いた上で算出。
2) コンドーム使用意図の、膣・肛門性交時とオーラル性交時との相関は、 $r=0.49$ ($p<0.001$)。
3) コンドーム使用行動の、膣・肛門性交時とオーラル性交時との相関は、 $r=0.53$ ($p<0.001$)。

項目	% ¹⁾²⁾
HIV/STIの感染し易さに関する認識(膣・肛門性交時)	
膣性交・肛門性交でのHIV感染の可能性はきわめて低い	5.6
膣性交・肛門性交でのHIV以外の性感染症への感染の可能性はきわめて低い	4.0
HIV/STIの感染し易さに関する認識(オーラル性交時)	
オーラルセックスでのHIV感染の可能性はきわめて低い	38.0
オーラルセックスでのHIV以外の性感染症への感染の可能性はきわめて低い	18.3
HIV感染の重大性に関する認識	
HIV感染すると長期にわたり病氣と闘わなければならなくなる	94.4
HIV感染すると命を落とす可能性がある	78.6
HIV感染すると日常生活で困ったり大変になったりする	73.0
HIV感染すると健康を維持するのが大変になる	77.0
HIV感染やその治療で容姿・外見が変化して困る	46.8
HIV/STI感染予防への積極性と社会的圧力感	
自分はHIV以外の性感染症にかかりたくない(=「自分のSTI感染予防への積極性」)	96.8
性交渉相手をHIV感染から守りたい(=「相手へのHIV感染予防への積極性」)	96.8
性交渉相手をHIV感染させてはいけないという社会や周りの 人々の雰囲気を感じ(=「相手へのHIV感染予防についての社会的圧力感」)	77.0
コンドームのHIV/STI感染予防有効性に関する認識	
HIV感染や性感染症の予防にコンドームは有効である	87.3
コンドーム以外にはHIV感染を防ぐ手立てはない	62.7
コンドーム使用のバリアに関する認識	
コンドームを準備するのは面倒である	29.4
コンドームを使うのは面倒である	33.3
コンドームを使うとセックス(性交渉)の雰囲気がこわれる	33.3
コンドームを使うと気持ちが良くない	56.3
コンドームを使いたい・使ってほしいと自分からは相手に言い出しにくい	27.8
コンドーム使用をめぐって、性交渉相手とのコミュニケーションを取りづらい	27.0

1) 各項目「全くそう思わない」～「大いにそう思う」の4段階でたずね、「大いにそう思う」「ややそう思う」の回答者割合を示した。
2) 50%以上の割合を下線で示した。

表6 変数の単相関行列

1 年齢	1																			
2 最終学歴	-0.10	2																		
3 主観的健康状態	0.06	-0.04	3																	
4 抑うつ・不安度	-0.08	-0.13	-0.52	4																
5 性交渉時アルコール・ドラッグ使用頻度	-0.09	0.05	-0.05	-0.01	5															
6 HIV/STIの感染し易さに関する認識(膣・肛門性交時)	-0.19	-0.02	0.01	0.01	0.01	6														
7 HIV/STIの感染し易さに関する認識(オーラル性交時)	0.13	-0.12	0.19	-0.08	0.02	0.30	7													
8 HIV感染の重大性に関する認識	-0.05	-0.10	-0.29	0.56	0.11	0.12	0.06	8												
9 自分のSTI感染予防への積極性	-0.01	0.03	0.10	0.01	-0.16	0.14	0.02	0.09	9											
10 相手へのHIV感染予防への積極性	0.01	-0.10	0.15	-0.05	-0.32	-0.26	-0.18	-0.05	0.36	10										
11 相手へのHIV感染予防についての社会的圧力感	-0.03	-0.03	-0.03	0.10	-0.09	-0.09	-0.03	0.01	0.15	0.35	11									
12 性交渉の「決まった相手」の有無	-0.13	-0.14	-0.02	0.01	0.03	0.03	0.02	0.02	-0.06	0.14	0.13	12								
13 性交渉の「不定期相手」の有無	-0.10	0.02	0.09	-0.02	0.23	0.23	-0.06	0.06	-0.06	-0.13	-0.11	-0.41	13							
14 コンドーム使用のバリアに関する認識	0.11	-0.04	-0.17	0.22	0.27	-0.14	-0.11	0.23	-0.12	-0.23	-0.11	-0.04	0.07	14						
15 コンドームのHIV/STI感染予防有効性認識	0.10	0.12	0.18	-0.07	-0.08	0.11	-0.08	-0.18	0.23	0.02	-0.02	0.02	0.03	0.19	15					
16 自主規制スコア	-0.10	-0.11	-0.17	0.32	-0.11	0.16	-0.08	0.35	0.19	0.09	0.26	-0.01	-0.06	0.11	0.00					

1): p<0.1, *: p<0.05, **: p<0.01, ***: p<0.001

表7 膣・肛門性交時コンドーム使用意図を従属変数とした偏相関分析と重回帰分析

独立変数	偏相関分析 ¹⁾		重回帰分析 ¹⁾			
	r		モデル1 β	モデル2 β	モデル3 β	モデル4 β
自分のSTI感染予防への積極性	0.245	*		0.187	0.093	0.047
相手へのHIV感染予防への積極性	0.353	***			0.228	0.184
相手へのHIV感染予防についての社会的圧力感	0.096					
HIV/STIの感染し易さに関する認識 ²⁾	0.372	***	0.373	0.341	0.275	0.249
HIV感染の重大性に関する認識	-0.058					
コンドーム使用のバリアに関する認識	-0.405	***				-0.365
コンドームのHIV/STI感染予防有効性認識	0.066					
性交渉相手のカジュアル性	-0.089					
自主規制スコア	0.121					
R ²			0.180	0.213	0.238	0.348

1)年齢、最終学歴、主観的健康状態、抑うつ・不安度、性交渉時アルコール・ドラッグ使用頻度を制御した。
 2)膣・肛門性交時についてたずねた。
 3) +: p<0.1, *: p<0.05, **: p<0.01, ***: p<0.001

表8 膣・肛門性交時コンドーム使用行動を従属変数とした偏相関分析と重回帰分析

独立変数	偏相関分析 ¹⁾		重回帰分析 ¹⁾	
	r		モデル1 β	モデル2 β
コンドーム使用意図 ²⁾	—		0.731	0.592
自分のSTI感染予防への積極性	0.058			
相手へのHIV感染予防への積極性	0.272	**		0.177
相手へのHIV感染予防についての社会的圧力感	-0.018			
HIV/STIの感染し易さに関する認識 ²⁾	0.080			
HIV感染の重大性に関する認識	-0.094			
コンドーム使用のバリアに関する認識	-0.452	***		-0.180
コンドームのHIV/STI感染予防有効性認識	0.033			
性交渉相手のカジュアル性	-0.191	*		-0.110
自主規制スコア	0.021			
R ²			0.578	0.642

1)年齢、最終学歴、主観的健康状態、抑うつ・不安度、性交渉時アルコール・ドラッグ使用頻度、(偏相関係数では膣・肛門性交時コンドーム使用意図をも)を制御した。
 2)膣・肛門性交時についてたずねた。
 3) +: p<0.1, *: p<0.05, **: p<0.01, ***: p<0.001

表9 オーラル性交時コンドーム使用意図を従属変数とした偏相関分析と重回帰分析

	偏相関分析 ¹⁾		重回帰分析 ¹⁾	
	r		β	
自分のSTI感染予防への積極性	0.019			
相手へのHIV感染予防への積極性	0.082			
相手へのHIV感染予防についての社会的圧力感	-0.159 *			
HIV/STIの感染し易さに関する認識 ²⁾	0.261 **		0.258 **	
HIV感染の重大性に関する認識	0.046			
コンドーム使用のバリアに関する認識	-0.108			
コンドームのHIV/STI感染予防有効性認識	-0.049			
性交渉相手のカジュアル性	-0.193 *		-0.179 *	
自主規制スコア	-0.007			
	R ²		0.127 *	

1)年齢、最終学歴、主観的健康状態、抑うつ・不安度、性交渉時アルコール・ドラッグ使用頻度を制御した。

2)オーラル性交時についてたずねた。

3) +: p<0.1, *: p<0.05, **: p<0.01

表10 オーラル性交時コンドーム使用行動を従属変数とした偏相関分析と重回帰分析

独立変数	偏相関分析 ¹⁾	重回帰分析		
		モデル1	モデル2	モデル3
		r	β	β
コンドーム使用意図 ²⁾	—	0.710 ***	0.661 ***	0.651 ***
自分のSTI感染予防への積極性	0.117			
相手へのHIV感染予防への積極性	0.116			
相手へのHIV感染予防についての社会的圧力感	0.115			
HIV/STIの感染し易さに関する認識 ²⁾	0.098			
HIV感染の重大性に関する認識	-0.113			
コンドーム使用のバリアに関する認識	-0.196 *			-0.123 *
コンドームのHIV/STI感染予防有効性認識	-0.063			
性交渉相手のカジュアル性	-0.368 ***		-0.252 ***	-0.252 ***
自主規制スコア	0.053			
	R ²	0.533 ***	0.617 ***	0.622 ***

1)偏相関係数は、年齢、最終学歴、主観的健康状態、抑うつ・不安度、性交渉時アルコール・ドラッグ使用頻度、(偏相関係数ではオーラル性交時のコンドーム使用意図をも)を制御した。

2)オーラル性交時についてたずねた。

3) +: p<0.1, *: p<0.05, ***: p<0.001

表11 コンドーム使用意図と行動の関連要因に関する各モデルの適合度指標

	χ ²	DF	χ ² /DF	p	CFI	RMSEA	AIC
膣・肛門性交時							
仮説モデル	89.262	46	1.940	0.000	0.866	0.087	301.262
修正モデル	47.837	46	1.040	0.398	0.994	0.018	259.837
オーラル性交時							
仮説モデル	87.908	46	1.911	0.000	0.848	0.085	299.908
修正モデル	43.926	48	0.915	0.640	1.000	0.000	251.926

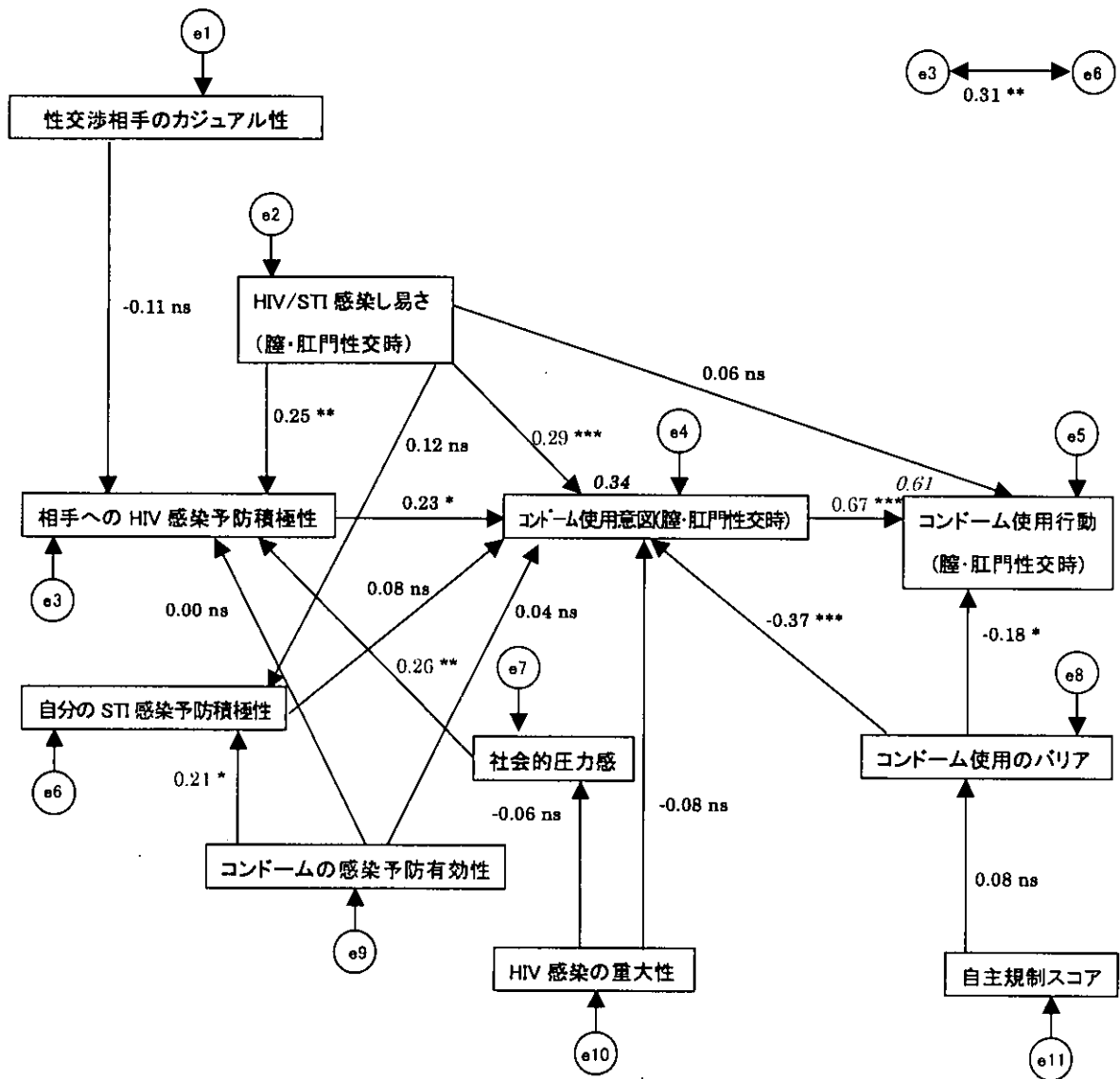


図1 膣・肛門性交時コンドーム使用意図と行動の関連要因: 仮説モデルによるパス解析

- 図には示していないが、年齢、最終学歴、抑うつ・不安度、主観的健康状態、性交渉時アルコール・ドラッグ使用頻度の5つを制御変数とした。
- 抑うつ・不安度と最終学歴との間($r=-0.14$, $p<0.1$)、および抑うつ・不安度と主観的健康状態との間($r=-0.52$, $p<0.001$)に共分散設定を行った。
- 数字は標準化パス係数。斜字は重相関係数の平方。
- *: $p<0.05$, **: $p<0.01$, ***: $p<0.001$, ns: not significant (p はワルド検定量の有意確率)

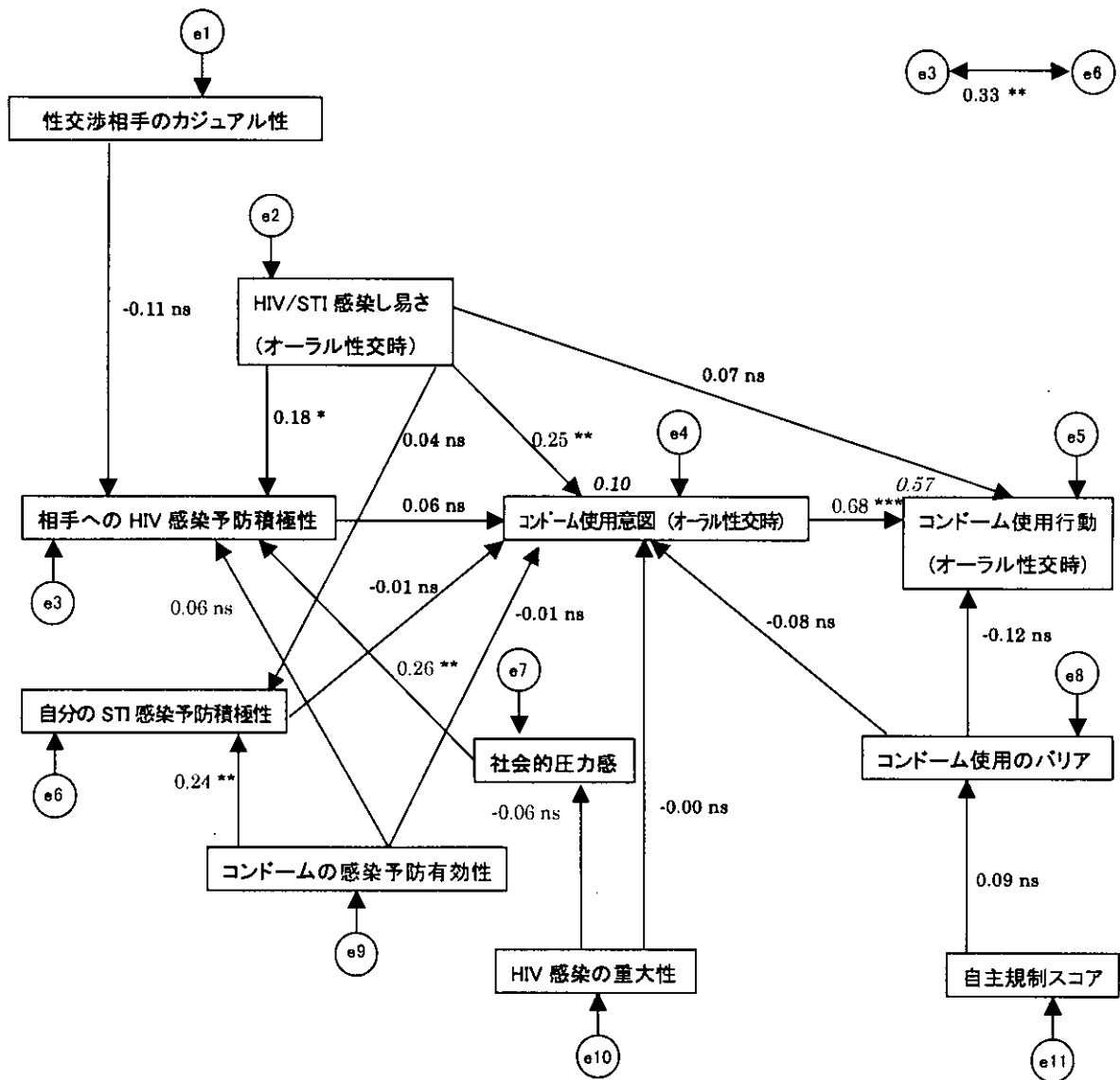


図2 オーラル性交時コンドーム使用意図と行動の関連要因: 仮説モデルによるパス解析

- 1) 図には示していないが、年齢、最終学歴、抑うつ・不安度、主観的健康状態、性交渉時アルコール・ドラッグ使用頻度の5つを制御変数とした。
- 2) 抑うつ・不安度と最終学歴との間 ($r = -0.14$, $p < 0.1$)、および抑うつ・不安度と主観的健康状態との間 ($r = -0.52$, $p < 0.001$) に共分散設定を行った。
- 3) 数字は標準化パス係数。斜字は重相関係数の平方。
- 4) *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$, ***: $p < 0.001$, ns: not significant (p はワルド検定量の有意確率)

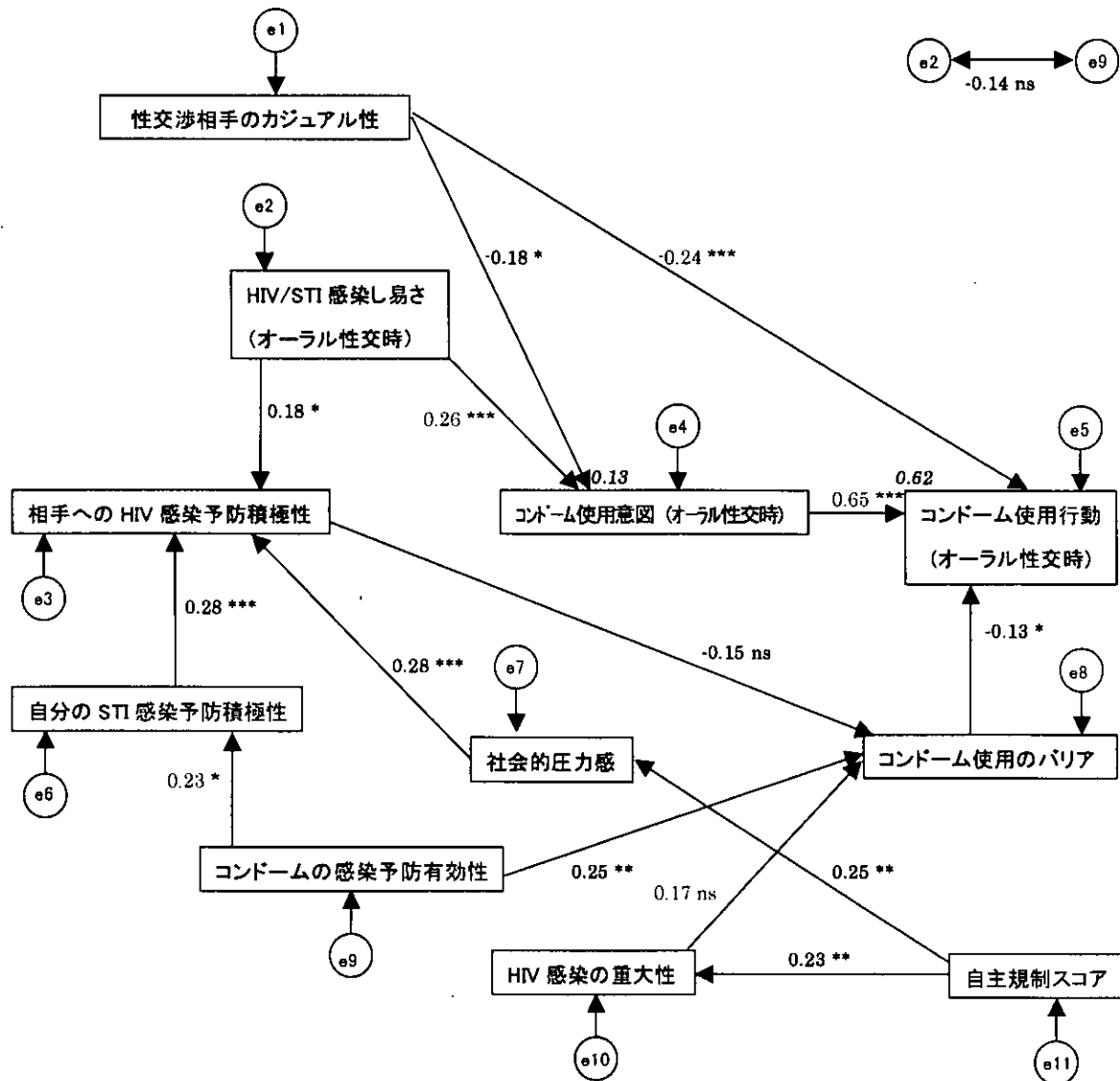


図4 オーラル性交時コンドーム使用意図と行動の関連要因: 修正モデルによるパス解析

- 1) 図には示していないが、年齢、最終学歴、抑うつ・不安度、主観的健康状態、性交渉時アルコール・ドラッグ使用頻度の5つを制御変数とした。
- 2) 抑うつ・不安度と最終学歴との間 ($r = -0.14$, $p < 0.1$)、および抑うつ・不安度と主観的健康状態との間 ($r = -0.52$, $p < 0.001$)に共分散設定を行った。
- 3) 数字は標準化パス係数。斜字は重相関係数の平方。
- 4) *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$, ***: $p < 0.001$, ns: not significant (p はワルド検定量の有意確率)

2. HIV 感染者のセクシュアルヘルスへの支援に関する調査研究

村上未知子（東京大学医科学研究所附属病院相談室）

井上洋士（東京大学大学院医学系研究科健康社会学）

有馬美奈（東京都立駒込病院）

市橋恵子（訪問看護ステーション堂山）

岩本愛吉（東京大学医科学研究所先端医療研究センター感染症分野）

大野稔子（北海道大学医学部附属病院）

山元泰之（東京医科大学臨床検査医学）

研究要旨

目的: HIV 感染者のセクシュアルヘルスへの医療従事者による支援の実態とその関連因子の一端を明らかにすること。

対象および方法: HIV 感染者のセクシュアルヘルスへの直接的支援に関わる医療従事者 19 人を対象としたフォーカス・グループ・ディスカッション 4 回、半構造的面接調査 2 回を実施、データ収集を行い分析した。

結果: HIV 感染者のセクシュアルヘルスへの支援の重要性を認識しながらも、一方では不十分な支援に留まっているという認識があることがうかがわれた。その要因として、1)セクシュアルヘルス支援に対する自信の無さや戸惑い、2)医療従事者としての立場と一人の人間としての立場の揺れ、3)広範多岐にわたるセクシュアルヘルス関連の相談内容、4)相談相手として患者から選ばれる医療従事者、5)セクシュアルヘルスへの支援におけるチーム医療体制の不備の 5 点がカテゴライズされた。

結論: セクシュアルヘルスへの支援を HIV 診療において医療従事者が担うべきであるとする意思統一が院内・院外の関係者間でほとんどなされていない、また患者に対しても、セクシュアルヘルスに関連した相談を受ける場であるとの意思表示を明確にしている医療機関はあまり存在していないという状況が基盤にあると考えられ、こうした状況の改善が急務といえる。

A. 緒言

性や性交渉に関連した行動は、人々の様々な欲求を満たす重要な手段として無視できないものである。WHO が提唱した WHOQOL-100¹⁾ にも、Social relationships の domain における 1 つの facet として sexual activity が挙げられており、一般に人間の QOL を考える上で、欠かせない要素であるとしている。HIV 感染者にとっても、一般の人々と同様に性生活を維持することが日常生活を送る上で重要な要素であるとの指摘²⁾があり、本邦の HIV 感染者を対象とした調査研究においても、性生活において満足

感を得ることの重要性が実証的に報告されている³⁾。

その一方で、HIV 感染症は性行為感染症（以下 STI）であるため、HIV 感染者は、性交渉相手へ HIV を感染させないように、あるいは HIV 感染者自身が HIV 感染症以外の STI に新たに感染することを防ぐために、コンドーム使用などによるセーフセックスの実践に努めることが生涯にわたって課せられるという側面もある。

よって、HIV 感染者への支援を行う臨床現場においては、HIV 感染者のセクシュアルヘルス⁴⁾における上記 2 つの側

面からのアプローチが必要と考えられる。

しかし実際には、診療現場においてセクシュアルヘルスへの支援が十分には行われていないとの指摘があり⁹⁷⁾、また本邦ではこの点についての実態は全く明らかにされてきていない。特に、先に述べた2側面、すなわち性生活維持の重要性とセーフターセックス実践の重要性について、整理や吟味がほとんど行なわれないうまま、医療従事者個人の判断に委ねられた上で支援が行なわれているのが実状ではないかと思われるが、その詳細な実態は全く把握がなされてこなかった。そのため、現在行われている HIV 感染者のセクシュアルヘルスへの支援の現状を明らかにし、医療従事者が本来担うべき役割は何なのかをも含め、その問題点を検討する必要がある。

そこで本研究では、医療従事者を対象として調査を行うことを通じ、HIV 感染者のセクシュアルヘルスへの支援の実態とその関連因子の一端を明らかにし、今後の支援のあり方について模索し示唆を得ることを目的とした。

B. 対象・方法

調査対象者は、HIV 感染者のセクシュアルヘルスへの直接的支援に関わる広義の医療従事者（心理職、相談員等を含む）である。リクルートにあたっては、可能な限り広く現状と問題点を把握したいという考えから、地域性や職種に多様性を持たせること、また実際に HIV 感染者の支援を行っている医療従事者を中心にリクルートすることを考慮した。リクルートは、ブロック拠点病院および拠点病院の各職員を通じての紹介という形で行なわれ、研究趣旨を口頭および文書で説明し、同意が得られた者のみを対象とした。

今回の調査への協力が得られた医療従事者は 19 人である。特性についてみる

と、職種の内訳は、医師 3 人、看護師 10 人、心理職 5 人、相談員 1 人であり、平均年齢は 38.7 歳（26～51 歳）、性別は男性 4 人、女性 15 人であった。HIV 感染者へのケア経験年数は、平均 6.6 年（0.6 年～16 年）であった。

調査方法は、フォーカス・グループ・ディスカッション（FGD）、および半構造的面接調査である。

調査実施前に、研究者による会議と e-mail でのやり取りを通じ、対象者に語ってもらう項目を記したインタビューガイドを作成した。これは、本調査を通して把握しなければならない点を明確化すべき必要があったことと、ファシリテーターないしはインタビュアーを担当する研究者が複数になるために、それぞれの FGD ないしは面接調査についてある程度の統一性を図る必要があると考えたからである。一方で、各研究者が複数の FGD および半構造的面接調査調査に出席するように心がけ、比較分析のための新たな質問項目を後日調査用のインタビューガイドに追加するという試みをも行った。

また、対象者の特性からして、グループ・ダイナミズムによる参加者の発言促進といった FGD の持つ特性をより一層活かすためには、具体的事例を示したほうがいいのではないかとの判断が、インタビューガイド作成過程においてあった。そのため、研究者らがこれまで臨床で遭遇した事例をもとに、それぞれ性に関して異なる問題を抱える 5 例の仮想事例を準備し、それらを FGD ないしは面接調査において提示し、仮想事例に関連して「対応や支援の仕方」、「問題と思われること」、「対応・支援の優先順位」、「必要なツールやリソース」、「他の職種への期待」等についてたずね、発言を促す形式をとった。

調査は、FGD が 4 回、半構造的面接調

査が2回、いずれも国内で実施した。調査実施時期は2003年9月～10月であった。調査実施にあたっては、各FGDないしは面接調査において研究者が1名モデレーターないしはインタビュアーとなって、その事例に対する自由な意見・発言を求めた。FGDには各々2～7人の調査対象者が参加し、半構造的面接調査には各々1人の調査対象者が参加した。調査時間は、FGDはそれぞれ1時間13分、1時間34分、1時間55分、2時間16分、半構造的面接調査はそれぞれ約40分であった。得られた発言は音声を録音し、調査実施時の速記録をも参考に逐語トランスクリプトを作成し、分析対象とした。

なお本調査のFGDにおいては主に、既に相互に顔見知りの医療従事者でグループが形成されることとなった。

データ分析は、特定の方法論には大きくはとらわれず、その背後にある事象をも包括的に含めて対象者理解を試みようとするLofland & Lofland⁸⁾のフィールド研究の考え方を基本とした。その上で、今回の研究テーマがヒューマンサービス領域に含まれること、説明モデル構築よりもむしろ実践への示唆を得ることを主な目的としていることなどの理由から、木下による修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ⁹⁾の分析方法の一部をも参考にすることとした。具体的には、研究目的に照らしながらトランスクリプトを繰り返し読み、指示的箇所に着目して概念の生成を行い、カテゴリーを生成した。その際、極端に抽象的な概念名は用いず、トランスクリプトの表現をも活かすこととした。さらにカテゴリー相互の関係性を検討した。また本研究ではpeer examinationすなわち共同研究者間の相互チェックの機会と、member checkingすなわち調査の対象となった医療従事者に内容を確認してもらう機会を設けた¹⁰⁾。すなわちこれらの機会を通

じ、データ解釈の妥当性をある程度確保するというスタンスを取った。

倫理的配慮として、匿名性を保つなど、プライバシーの保護には細心の注意を払った。

C. 結果

全体を通じ今回の調査対象者は、HIV診療において患者であるHIV感染者のセクシュアルヘルスへの支援の重要性を認識しながらも、一方では不十分な支援に留まっている現状もあると認識していることがうかがわれた。

支援がそれなりになされていると対象者が認識している患者としては、「自ら相談してくる患者」、「何らかの信号を発している患者」、「STI感染など支援のきっかけがあった患者」などが挙げられた。

以下、斜字は逐語トランスクリプトからの引用である。また、調査対象者にはそれぞれ無作為にAからSまでのアルファベットにより仮名を付けてある。

「うまく入れた場合には、一番最初から私は聞いてしまうんですけども。今までどういう人を対象にどういうふうな行動を取ってきたのかということと、あとそれについてどう思っているのか、今後はどうしていくのかについて聞いて、あとはご本人が相談して来てくれればしめたもので、向こうから入っていくっていう形になりますね。」(J看護師)

一方、支援がなされていない、あるいは不足していると対象者が認識している患者としては、「相談をしない患者」、「性に関する話をするのを避けている患者」、「医療従事者側の事情によって性に関する支援が不足している患者」などが挙げられた。

「現に初診でいらしたときに心情が、か

なりおちこんでいらっしやる。で、話を聞くと、今仕事の途中抜け出してきているので、時間がないんで何時まで帰りたいっておっしゃる、で『わかりました』って言うてお話ししている中で、やっぱり一番ご本人が気になることは死んじゃうんじゃないかってことと、会社にばれる、おうちにばれる、友達にばれることと、お金のこととか、それを解決していくうちに時間が過ぎて、セックスのことまでたどり着かないんですよ。よっぽど時間があるときには、いわゆる初診時のアナムネを聞く中で、生活について聞いて、セックスについてもおうかがいをして、どういうセックスをしてきたのかを聞きながら、この辺は直したほうがいいっていうようなお話しはするんですが、やはりメインは先生に会いたいっていうのがあるから、そこまで私が介入（することを）、患者さんがあまり望んでいない。」（K 看護師）

不十分な支援に留まっていることとの関連要因としては、1)セクシュアルヘルス支援に対する自信の無さや戸惑い、2)医療従事者としての立場と一人の人間としての立場との間での揺れ、3)広範多岐にわたるセクシュアルヘルス関連の相談内容、4)相談相手として患者から選ばれる医療従事者、5)セクシュアルヘルスへの支援におけるチーム医療体制の不備の5点がカテゴライズされた。以下では、不十分な支援に留まっている状況に着眼し、これら5点についての詳細を、各々紹介する。

1. セクシュアルヘルス支援に対する自信の無さや戸惑い

セクシュアルヘルスへの支援にあたり、医療従事者の中に自信の無さや戸惑いといった感情があり、結果、それらの感情が支援への態度を消極的なものにしてい

ることが述べられていた。

これらの理由としては、以下のように、経験の少なさ、セクシュアルヘルス支援のスタンダードがないこと、専門教育・研修を受けていないこと、患者のプライベートな領域へ立ち入ることへの躊躇などが挙げられていた。

「何を話しているのか、すごく難しいですからね、セクシュアリティというのは。だからいつも通り過ぎて、それをかかわらないような形で来たものですから。」（G 看護師）

「踏み込みにくいセックスの部分とかはやっぱり、経験の少ない新人の看護婦とかではできないんで、担当者を決めてその人を通してやってもらったりとかして、そういう感じですね。」（A 看護師）

「だって、私たちそういう（患者のセクシュアルヘルスに関する）教育を受けていないじゃないですか。歯痛いののに眼医者にかかりにきたようなもんじゃないですか。だからそれは、理解はするけれども、処方せんがわからないよね。」（H 医師）

2. 医療従事者としての立場と一人の人間としての立場との間での揺れ

相談を受ける側である医療従事者の中には、「医療従事者としての立場」と、「一人の人間としての立場」との間で、心理的な揺れを経験している者もいることがうかがわれた。

また、患者の側も「一人の人間としての立場」からの関わりを医療従事者に求めている場合があることも指摘された。

そのことは時に、医療従事者に心理的葛藤をもたらしたり、また勝手に患者のストーリーを作り上げてしまったりするといったリスクをも抱えており、またこれらの心理的葛藤やリスクに対する現場でのフォロー体制は整備されておらず、

それぞれ個人で対処していることが多いようであった。

「相談相手としてあなたが医療者だつていうのと別にあるときに、(中略)同じ女性として考えた場合に、あなたならどうするのっていうことを聞きたいっていう患者さんは結構いるなど。で、我々は衣装を着ちゃうと、こう返答に困りつつも、信頼関係という目に見えない空気の話だったりしちゃうので一般論化しにくいんですけども、ここはあえて仲のいい人と言ってみたんだろうなと思うと、その方とのかかわった年数とも関係するのかもしれないけれども、私はこう思うよっていう話も入れますよね、正直言うよね。医療者としての立場だけの話じゃなくなるというね。」(L看護師)

「時々セーフアセックスができていないということを書いてくれたとして、それを書いてくれたといいふうにこちらも受け止めようとするんだけど、内容が、アンセーフなセックスがすごく多かったとか、完全にうつるようなセックスをしてたなんて話を聞いたときに、やっぱりそういうふうに私たちが考えようとしながらも、ああ困ったとかどうしようって気持ちはどうしても私の中に出てきますので、そういう姿勢で臨もうとしながらも、自分の中ではかなり、自分をコントロールしようという頑張りの部分が必要とされるかなっていうのがありました。」(M心理職)

3. 広範多岐にわたるセクシュアルヘルス関連の相談内容

患者からの相談内容は、「HIV 感染予防」、「コンドームの使用法」、「相手への病名告知」、「勃起障害」、「妊娠・出産」、「ソーシャルサポートネットワークを確保できないこと」、「孤立感・孤独感」、「病名が知られることやそれにより社会的不

利益を受けるリスク」、「感染についての本人の受け止め方」、「パートナーとの関係性」、「本人やパートナーの心理的不安」など、広範多岐にわたって述べられていた。

4. 相談相手として患者から選ばれる医療従事者

患者は、セクシュアルヘルス関連の相談をする際、どの医療従事者に対しても相談を持っていく訳ではなく、「じっくりいく人」(I相談員)、「その人が一番この人には話せるって思った人」(H 医師)といったように、ある一定の基準のもとに相談相手としてどの医療従事者が適切なのか、自分に合うのかを考えて選んでいると、調査対象者により認識されていた。患者が選ぶ基準としては、「職種」、「年齢」、「性別」、「経験年数」、「パーソナリティ」、「人間的に信頼できるかどうか」、「知識の豊富さ」、「セクシュアルヘルス以外の側面での支援の有無と程度」などが存在していると述べられ、また、「こういう質問をこの看護婦に言ってみたらこう返ってきた、こっちの看護婦に言ってみたらこう返ってきた、ならこの人がやっぱりいいとか、お試し期間というのがあると思う」(B看護師)という指摘もあり、患者側がリソースとしての医療従事者を戦略的に選別している場合があるようであった。

5. セクシュアルヘルスへの支援におけるチーム医療体制の不備

また、セクシュアルヘルスへの支援をする上では、チーム医療の重要性が指摘される一方で、以下のような体制の不備についても指摘された。

1)各役割と分担の不明瞭さ

情報提供は、主に医師や看護師が担うべきであり、相談はどの職種でも可能、専門的心理ケアはカウンセラーやサポー

トグループなどのリソースが必要との認識が、今回の対象者では概ね見られた。

「感染しているっていう事実があるから、医療者としては他に広がることを防ぐという役割があるので、看護師とか医師とかは、その辺を言う役割を担ってもらわないと、私たちも私たちのやり方で仕事ができないところもあると、私がこの病院に来て働いて初めて思ったんですけれども。」(I 相談員)

「誰かに何か、自分の、できれば言いたくないことを伝えるのってすごく勇気がいるので、勇気がいる分時間がかかってしまうものだと思うんで、地道に話を聞き続けて、こう、ああでもないこうでもないって言いながら、ちょっとでも前に進める方法を取るしか、そのためにはカウンセラーさんとか予防の方とか入っていただいて、みんなで相談していくしかないかもしれないです。」(E 看護師)

こうした役割や分担範囲は各個人や医療機関によってまちまちであり、また、医療機関内において明確な基準も設けられていないようであった。そのため、患者の相談先も多様な中、必要なサポートが抜け落ちるリスクがあることも指摘された。

「うちはソーシャルワーカーがわりとよくかかわったりして、生活全般のことを聞く中で医療制度やお金のことを聞くので、生活のことを聞くときに必ずこの、今誰と付き合ってるって話し出す患者さんが多いんですよ。で、一緒に話を聞いたらうケースが多くって、ソーシャルワーカーのほうから一度先生かKさんのほうから話を聞いてみてくださいって(依頼され)、内容はおっしゃらないんですよ。ほかの部門で話す方が多いですね。」

(K 看護師)

「派遣なんかで行くと、いろんな病院でいろんな先生と組んでやるんだけど、この先生がどれくらいそういうことを話してくださっているのかとか、ここの看護婦の中ではどれくらいそういうことを扱っているのかがわからないので、私がどこまでやったらいいんだろうってことをちょっと迷ったりして。医学的なことを教えたりすることをしなくて、それは誰かがやってくれていると思ったら、残りの部分に焦点が当てられるんで。」(M 心理職)

2)他職種につなぐ際の「切り捨て」姿勢の存在

患者からの相談内容や抱える問題の程度によっては他職種へつなぐこともあり得るとの認識や経験が述べられていた。しかしその際、たとえ役割分担が明確化されていたとしても、「性生活の問題は私の職種ではなく他職種の仕事だから、私には受けられない」と、全く受け付けなかったり他職種へ丸投げにするのではなく、まずは患者と共に考える姿勢が大切との指摘も存在した。

「私がまずこの患者さんからこの話を聞いたとしたら、一応受け止めはして、できることはお伝えして、セックスの話はできることはちゃんとしたいと思いますけれども、他に振ると思うんですよ。」(I 相談員)

「一緒に、セーフセックスをするのが前提という感じで話を持っていくのではなくて、そのことについて別に方向性が決まっているわけじゃないんだけど、カウンセラーと話をするっていう感じで何か話を持っていてもらうっていうか、そういうことができないのかなあと。もちろん、ドクターからはばしっと言ってもらうことがやはり必要なんだと思いますけれども。」(N 心理職)

「せっかく（患者が）看護師さんに言ってくれたんであれば、看護師さんのほうも一生懸命考えてあげて、でもやはりこれはなかなか大変だからって感じをつなぐ、だから、私にはちよっと手に負えないから専門職ねって切り捨てるのじゃなくてっていう感じをつなげば。」（P 心理職）

3)患者に関する情報共有の困難さ

医療従事者側あるいは患者側のそれぞれの要因により、情報共有の過程において困難が生じている現状が明らかとなった。

医療従事者側の要因としては、それぞれの職種の施設内での位置付けや立場により、カルテ閲覧や記載、患者側への紹介などに制限が生じている状況も語られた。対策として、データベースなど共有化のためのリソースが必要との指摘があった。

患者側の要因としては、他の医療従事者との情報共有を望まず特定の医療従事者に対してのみ情報を開示するケースもあることから、情報共有について予め患者からの了解を得る必要性が指摘された。また、共有する目的やメリットも併せて患者に説明する必要があるのではないかと指摘もあった。

「やっぱり人対人なんで、どうやってその人とコミュニケーションを取っていくのか、どうやってスタッフ間でコミュニケーションを取っていくんやっていう、共有ってそういう意味ですよ、患者一人のことだけじゃなくって、その、風通しをよくして、患者を中心に据えながら、どうやって討論して共有していくのかって、難しいなあって。だからハードもそうなんやけども、ソフト間でどうしていくんやろっていう。どこもそこが悩みちゃうんかなあ。」（H 医師）

D. 考察

1. セクシュアルヘルスへの支援を行う場としての意思統一と意思表示の欠如

調査結果からは、実際のセクシュアルヘルス支援において不十分な状況を生み出している関連要因として5点がカテゴリー化されたが、これらの関係性をめぐっては、以下のような文脈での理解が可能と思われた。

まず、セクシュアルヘルスへの支援をHIV診療において医療従事者が担うべきであるとする意思統一は、院内や院外の関係者間でほとんどなされていないこと、患者に対しても、セクシュアルヘルスに関連した相談を受ける場であるとの意思表示を明確にしている医療機関はあまり存在しない状況が基盤にあるものと考えられた。

こうした状況を生じている背景として、一般に臨床の場において人々のセクシュアルヘルスへの支援が重要であるという点を明文化したものが本邦では少ないこと、本邦で看護教育カリキュラムに性の問題が初めて取り扱われるようになったのが1990年度からであるように、医療従事者養成課程におけるセクシュアルヘルス関連の教育の歴史は浅く、現在でもその機会が極めて少ないこと、さらには卒後の継続教育においても系統的に学習する機会は保証されていないこと、HIV感染者に限って言えば彼らのセクシュアルヘルスへの支援を重要視して策定された米国のようなガイドライン¹¹⁾が存在していないことが挙げられるだろう。

このように、院内や院外の関係者間でセクシュアルヘルスへの支援を行う場として医療機関が存在するという意思統一がなされていないことや、セクシュアルヘルスへの支援をも担うと患者に対して意思表示していないという状況は、セクシ

ュアルヘルス支援の提供者である医療従事者と受け手である HIV 感染患者の双方に、重大な影響を与えていると思われた。

具体的には、まず医療従事者について見れば、セクシュアルヘルスへの支援の定義が不明確であり、スタンダードも存在せず、チーム医療としてのかかわり方も未整理であるため、支援の方向性と妥当性を評価する指標がなく、主には医療従事者個人の努力と判断でセクシュアルヘルスへの支援をせざるを得ない状況に置かれていると考えられた。また同時に、HIV 感染者のセクシュアルヘルスへの関わりにおける2つの側面、すなわち感染性疾患であるがゆえに HIV 感染リスクについて「教育・介入」しなければならないという側面と、性生活が QOL 全体の中で重要なものであるため「支援・援助」しなければならないという側面とが、医療従事者自身の持つ「医療従事者としての立場」と「一人の人間としての立場」という2つの立場とオーバーラップする形となっているものと考えられた。そしてそれらは、「セクシュアルヘルス支援に対する自信の無さや戸惑い」がすでにある上に「医療従事者としての立場と一人の人間としての立場との間での揺れ」をも生じさせていると思われた。

一方、患者について見れば、セクシュアルヘルスに関連した「広範多岐にわたる相談」をしたいと考えていたとしても、医療従事者に話をしていることなのかどうかと戸惑う状況が存在するものと思われた。そして、情緒的サポートネットワークに医療従事者を含む傾向が高い³⁾¹²⁾という先行研究結果と同様、結果として「相談相手として医療従事者を選ばざるを得ない」状況にもあると考えられた。さらに、性に関連した問題はセンシティブな問題をも含むことが多いため、医療従事者であっても「仲が良い」、「気が合

う」といった、一個人として信頼できた上で話しやすい人を特に選別しているものと思われた。このことは、医療従事者に生じている「医療従事者としての立場と一人の人間としての立場との間での揺れ」をより増幅させる要因の一つでもあるといえる。

以上のことから、今後の施策への具体的示唆として次のようなことが挙げられた。

まず早急に求められる事項としては、医療従事者が HIV 診療を行う上で性の問題や性生活・セクシュアルヘルスに関して担うことは当然のことであり、また必要不可欠なことであるという点について、院内や院外の関係者間で意思統一とコンセンサスを図ること、また性生活関連について医療従事者に相談してもいいことを患者に明確に伝えていくこと、以上2点が挙げられ、これらは短期的に達成すべききわめて重要な事項であると考えられた。並行して、セクシュアルヘルスへの支援に関してチーム医療体制をどのように整備するかについて、役割分担についてだけではなく情報共有の仕方をも含め、各医療機関に合った形での方向性を模索し整備を推進していくことも求められる。

さらに長期的には、医療従事者養成課程や卒後の継続教育の場で、HIV 感染症をはじめとした慢性疾患を抱える患者のセクシュアルヘルスへの支援についてより積極的に取り組んでいくこと、およびセクシュアルヘルスへの支援に関するガイドラインの策定などが必要となるであろう。1993年の村本による報告¹³⁾によれば、当時医療従事者は性の問題から回避していたとしており、その理由として、医療従事者が性問題に対応する意義を感じていないこと、医療者としての自分と一人の人間としての自分が関係すること、知識の不足、対応に関してコンセンサス