

18 million deaths) at the end of 2002. Of the total number of infections, 95% occur in developing countries, which has a serious impact on such countries.<sup>1</sup>

In many African countries, especially Sub-Saharan Africa, HIV has spread through sexual transmission to reach the stage of a generalized epidemic,<sup>2</sup> and countries where HIV prevalence in adult male and female populations reaching single- or double-digit percentages have emerged. Such countries are seriously affected by the infections/deaths among their productive age population, and the very existence of some countries is under threat. The Caribbean region is showing HIV prevalence rates second only to Africa, with prevalence reaching single-digit percentages in countries like the Bahamas, Dominica and Haiti. In contrast, total prevalence is low in Central and South America, with infections most common among men who have sex with men (MSM), injecting drug users (IDU) and sex workers, though the disease is gradually spreading to the general population.

In Asia, the epidemic took a foothold near the end of the 1980s, spreading mainly from Indochina to its neighboring areas via sex work and injecting drug use, and had expanded to nearly all of Asia by around the year 2000. The number of HIV infections has reached 4 million in India and 1 million in China. Indonesia entered the concentrated epidemic<sup>3</sup> stage in 2000. Despite successful cases of prevention in Thailand and Cambodia,<sup>4</sup> the increase in commercial sex and casual sex among the younger population in Asia is expected to result in an estimated 18.5 million new patients in Asia between 2002 and 2010, requiring an expanded response for AIDS prevention (Stover et al. 2002).

In Japan, the number of reported infections continues to increase, and the number of people with AIDS symptoms also keeps increasing despite the availability of multi-drug regimens to delay the onset of symptoms, a unique trend among developed countries. There is a future possibility of dramatic increase in prevalence in Japan, synergized by HIV epidemics in neighboring Asian countries.<sup>5</sup>

## 2. Causes of the pandemic

Epidemics are caused by the networking of risk behavior (unprotected sexual behavior and sharing contaminated syringes) in a certain social or community

context. As far as sexual transmission of HIV is concerned, the size of this network and probability of HIV transmission are determined by the size of the sexually active population, number of partners, frequency of sex without condoms, and prevalence of STDs (sexually transmitted diseases).<sup>6</sup> In Sub-Saharan African countries, sexual networks of people infected with STDs through unprotected sex existed not only among sex workers and their male clients, but also among men and women in general, including the young population, and the spread of HIV began as early as in the 1970s, leading to a widespread epidemic 30 years later. In Asia, networks of IDU sharing needles and networks of sex workers and male clients having unprotected sex were the basis for the early stages of the epidemic. The current epidemic in Asia is less serious than that in Africa, as it started later, and traditional values regarding sex inhibited the growth of sex networks among men and women in general. However, with the recent emergence of drug use among the young and with the proliferation of networks of people having unprotected sex along with the increase in casual sex, there is an increased danger of a surge in the epidemic. In Japan, a network of youth having unprotected sex is rapidly expanding, leading to sharp increases in STIs (Sexually transmitted infections) and terminations of unplanned pregnancies.<sup>7</sup>

However, risk behavior networks do not emerge without cause. The root of the AIDS issue lies in social factors that lead to vulnerability — "a state where the ability and/or freedom to avoid risk behaviors has been compromised." In developing countries, factors such as poverty, low literacy and gender discrimination block access to information, condoms, and STD testing and treatment, paving the way for high-risk sexual behavior. For example, many women are forced into sex work as a means of survival, or have male partners who have had multiple sexual partners, resulting in exposure to high-risk sexual behavior. Separation from families and local communities, e.g., due to working away from home, and a lack of access to information and services accelerate the tendency towards high-risk sexual behavior, sex work, and casual sex. HIV infection leads to a vicious cycle by increasing the economic pressure on PLWHA and the affected family,

1. Refer to UNAIDS and WHO (2002), and Komatsu (2000; 2001a; 2002) for details.

2. Generalized epidemic = stage where the number of people infected with HIV exceeds 1% of the general population.

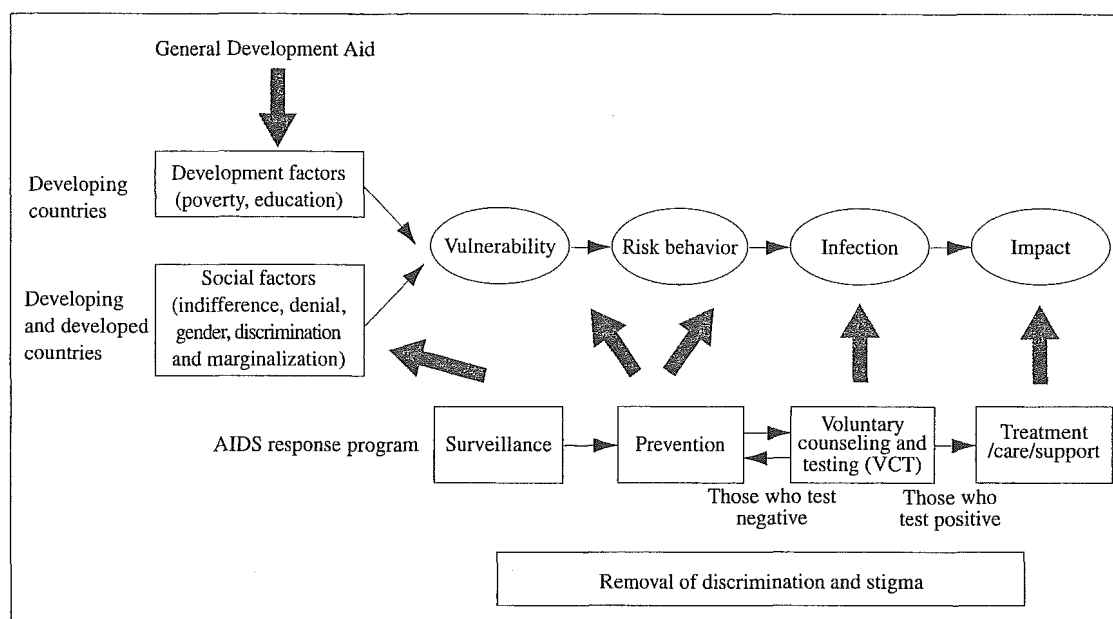
3. Concentrated epidemic = stage where the epidemic exceeds 5% of a specific vulnerable group. Refer to UNAIDS (2002), Kihara et al. (2003) for detailed figures for Asia and Asian countries.

4. Refer to UNAIDS (1998a; 1998b) for details on the Thailand cases. The Cambodia cases were reported in detail by Dr. Hor Bun Leng of the Cambodian Ministry of Health in the international symposium "AIDS in Asia, Its Epidemiological and Social Dimensions," at the 16th Annual Meeting of the Japanese Society for AIDS Research (Komatsu and Yamamoto 2003).

5. The number of people infected with HIV in Japan is expected to surpass 16,000 in 2003 (Kihara 2000), and 50,000 in 2010 (Kihara 2001), yet these figures do not take into account the future influence from nearby countries. For example, the epidemic in China will possibly surpass 10 million by 2010 (UNAIDS and WHO 2002). As human movement between China and Japan is showing a strong upward trend (Japanese Ministry of Justice 2002; Japanese Ministry of Foreign Affairs 2001), the epidemics may possibly amplify each other even more, and it is evident that prevention, from the perspective of international society, is very important.

6. STIs increase probability of transmission of HIV by causing local ulcers and inflammation. Risk of infection increases by tens or hundreds of times if ulcers are present, and by 2 to 5 times even if ulcers are not present. STIs also increase the volume of local HIV shedding from a person with HIV, increasing the likelihood of infecting others. Refer to Flemming and Wasserheit (1999).

7. For example, the results of a sexual behavior study of sexually active teens showed 43% answering that they had had 5 or more partners (Kihara 2001). In a study of high school students in two provincial prefectures, students with a larger number of sexual partners were less likely to use condoms (Kihara 2002). For details on the epidemic and on the status of risk behaviors, refer to Kihara and Kihara (2002); Kihara et al. (2003); AIDS Surveillance Committee of Ministry of Health, Labor and Welfare (2003); Komatsu, Kihara and Kihara (2003), Kihara et al. (2003).

**Figure 1 HIV/AIDS response system**

Source: Modified based on Kihara and Komatsu (2002).

due to the negative impact from the onset of AIDS symptoms and/or the death of PLWHA, which also increases the numbers of AIDS orphans. These factors all increase vulnerability. Even in developed countries, indifference or denial on the part of politicians, government, and society can obstruct access to necessary information and services, increasing people's vulnerability and leading to a chained infection (Figure 1).

## II. Response to the AIDS Epidemic—System and Details

### 1. Response to the AIDS epidemic—system

Based on what was described above, tackling the AIDS issue requires (a) the alteration of social conditions that induce vulnerability and (b) the implementation of direct-effect programs to reduce vulnerability, risk behaviors and impact. Requirement (a) includes all measures related to social and human development, which are beyond the scope of this article, yet in extremely underdeveloped societies, tackling the AIDS issue will be difficult without fortifying development measures. Requirement (b) is the commonly acknowledged "response to the AIDS epidemic". As shown in Figure 1, this can be divided into five programs: surveillance, prevention, voluntary counseling and testing (VCT), treatment/care/support, and removal of discrimination and stigma. Goals for each program are: (1) surveillance—adequate assessment of the epidemic and risk behavior situation, (2) prevention—minimization of new infections, (3) VCT—maximum detection of

infections and introduction of preventive information to non-infected people, (4) treatment/care/support—impact alleviation and infection prevention through the provision of treatment/care/support to PLWHA identified by VCT and their families, and (5) removal of discrimination and stigma—enabling unhindered implementation of the entire response. These five programs are interrelated, so a fundamental principle of the response is to implement a well-balanced combination of each program depending on the stage of the epidemic.<sup>8</sup> Failure to do so may seriously hamper the effectiveness of the response. For example, if adequate care and support are not provided, health and VCT seeking behavior will be deterred, allowing the epidemic to stay underground and spread. At the same time, unless effective prevention is implemented, new infections and the burden on treatment/care/support will continue to increase, eventually leading to the breakdown of treatment/care/support infrastructure (prevention-to-care continuum). Inadequate surveillance inhibits status monitoring and effectiveness evaluation, delaying the optimization of prevention. Also, health and VCT seeking behavior would be suppressed due to a background of deep-rooted discrimination and stigma against AIDS and marginalized groups, hindering the program itself from functioning.

### 2. Response to the AIDS epidemic—details

Table 1 shows the details of each program. An overview of the major aspects is described below.

#### 1) Surveillance

Equivalent to the "eye" of the response, surveillance

8. Of course, this is impossible to achieve through Japanese aid alone. Implementation through donor coordination led by developing countries is indispensable.

**Table 1 HIV Response Program Details**

Infection route	Target	Surveillance	Prevention	Voluntary counseling and testing (VCT)	Treatment/Care /Support	Removal of discrimination /stigma
Sexual infections	STI patients, MSM, sex workers, mobile populations (migrants), soldiers, youth, general population	Case report, sentinel surveillance, relevant information (STI surveillance, mortality statistics, number of unwanted pregnancies, etc.)	Education, dissemination of information, behavioral change programs, STI testing/treatment, promotion of male and female condoms	Voluntary counseling and testing (VCT)	Psychological/ social support	Education/ dissemination of information  Enhancement of treatment /care/support
Vertical infections	Mother-to-child transmissions		Antiretroviral drug administration (prevention of mother-to-child transmission)		Palliative treatment	
Mother-to-child infections	IDU		Harm reduction (needle/syringe exchange programs, substitution therapy, bleach disinfection)		Treatment of opportunistic infections	
	Nosocomial infections	Universal precautions, post-exposure prophylaxis (PEP)	Treatment of tuberculosis			
	Infections by blood transfusion		Blood donor screening	Provision of Antiretroviral Treatment (ARV)		

Source: Modified based on Kihara and Komatsu (2002),

contributes to adequate response planning and monitoring and evaluation through status assessment. Currently, the second generation surveillance, accounting for each stage of the epidemic and the integration of behavioral and biological surveillance information, is being promoted.<sup>9</sup> Behavioral surveillance monitors recent changes in risk behavior, allowing timely and specific response planning and evaluation.

**2) Prevention**

**Provision of Information, education, and communication:** Greatly contributes to reducing discrimination and stigma and to creating social values promoting safe and healthy behavior, in addition to conveying knowledge and skills directly required for prevention. Until these social values are firmly established, various measures must be implemented to promote strategic communication, both wide and lasting, and it is important not simply to provide information but also to induce changes in actual behavior.

**Behavioral Change Program:** In the developed countries especially in the United States, behavioral change models (society - individual models) theorized from a two-pronged approach to the individual and society have led to positive results since the 1990s. To enable individual behavioral change, there is a need

for improvements in the social and physical environment that enable changes in individual perception, as well as in behavior.<sup>10</sup>

**Testing/Treatment for Sexually Transmitted Infections (STIs):** Providing tests and treatment for STIs, which function as catalysts for the HIV epidemic, is an effective method for controlling the HIV epidemic. In settings lacking in testing/diagnostic resources, treatment based on symptoms alone (syndromic treatment) may be required instead of waiting for confirmatory laboratory testing.

**Prevention of Mother-to-Child Transmissions:** One-third of the children born to untreated HIV-positive mothers are said to become infected with HIV themselves yet the administration of antiretroviral drugs (e.g. nevirapine) can cut this risk in half (WHO 2001). However, some issues need to be dealt with, such as limitations on providing VCT to pregnant women, their treatment, and breast-feeding-related issues.

**3) Voluntary counseling and testing (VCT)**

Counseling before and after voluntary testing helps provide psychological support to those infected and promotes safer behavior also in those not infected (UNAIDS 2000). Because this counseling targets

9. This is referred to as 2nd generation surveillance, in contrast to HIV/AIDS case reports (case surveillance) and HIV prevalence (sentinel surveillance) alone (WHO and UNAIDS [2000]). Behavioral surveillance, which involves the continued monitoring of risk behaviors and information on STIs (biological surveillance), is especially effective in countries in the low epidemic stage, because it provides a warning of the existence of HIV risks in the society and helps to promote awareness of AIDS responses in the society and among policymakers. Behavioral surveillance has been implemented in some developing and developed countries, but is limited to ad hoc use at the research level in Japan.

10. Social marketing, for example, aims to encourage the reform of social values and to encourage behavioral change by applying consumer-centered marketing principles and reaching out to individuals and society. However, as conditions for behavioral change vary depending on the social environment, important contributions include supporting initiatives in various areas, communities, schools and workplaces in developing countries, and actively collecting, analyzing, theorizing and disseminating this information. On the other hand, promoting the use of condoms to female workers in brothels would be ineffective unless the clients agree to use the condoms, and would be impossible unless the manager of the brothel establishes an enabling environment in which condom use is encouraged. Refer to Sweat and Denison (1995).

people at extremely high-risk, the cost-effectiveness is high.

#### 4) *Treatment/care/support*

**Care Support:** Entails prevention through reduced discrimination and stigma regarding HIV/AIDS, promotion of safer behavior, and improvement of the physical and psychological QOL (Quality of Life) of PLWHA. Systems are also needed for providing support to the families and orphans of PLWHA. NGOs and CBOs (Community Based Organizations) often play a vital role in this aspect.

**Treatment of Opportunistic Infections:** Of all opportunistic infections, tuberculosis is especially important, as it accounts for 40% of AIDS-related deaths and also may be passed to people not infected with HIV. Treatment of tuberculosis should consist of DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course) in collaboration with TB programs.

**Antiretroviral Treatment:** The WTO's (World Trade Organization) lifting of the ban on the import of generic antiretroviral drugs to developing countries should improve access to treatment. However, this must be coupled with the reinforcing of a corresponding health care infrastructure that enables adequate monitoring of drug administration in order to deal with issues related to adverse effects and the emergence of drug-resistant viruses.<sup>11</sup>

#### 5) *Removal of discrimination/stigma*

As mentioned above, efforts to remove discrimination/stigma through education, dissemination of information, and reinforcement of treatment/care/support contribute to this goal. Some countries may require legislative adjustments to eliminate discriminative practices in employment and other aspects.

Though not included in the table, the development of AIDS vaccines will become an important tool in future AIDS response programs. However, a high rate of mutation makes it difficult to develop a vaccine effective against all strains of HIV, and the development of an effective vaccine does not eliminate the need for the measures described above.<sup>12</sup>

### 3. Response to the AIDS epidemic—needs and factors

AIDS response needs vary by region, country, and community, and they are determined by various factors including the stage of the epidemic and the level of development.

In the low epidemic stage,<sup>13</sup> awareness in society and among decision-makers is relatively low, so the

implementation of surveillance systems and behavioral studies are effective in shedding light on the epidemic and its risks. Principal needs include the implementation of preventive measures focusing on high-vulnerability groups, which are likely to be hit early, the implementation of systems and environments which facilitate access to VCT, and smooth program operation through the eradication of discrimination and stigma.

In the concentrated epidemic stage, epidemics occur among high-vulnerability groups (e.g. IDU, sex workers and their clients, and MSM). In addition to the response for the low epidemic stage, there is an increasing need for preventive measures that target these groups and further effort to remove discrimination and stigma, as well as a need for treatment/care/support to reduce the negative impact of the epidemic on these groups.

In the generalized epidemic stage, the epidemic has spread widely into the general population. In this stage, there are a large number of new infections, in addition to existing infections and deaths. Large negative impacts result from the epidemic, leading to an even stronger vicious cycle of vulnerability-risk-negative impact. This stage requires thorough provision of information to the general population, in addition to strong prevention measures targeting high-vulnerability groups. It may also entail the focused use of limited resources due to expanded needs for care/support for PLWHAs and the affected family (especially for orphans) and the need for treatment.

As for the issues related to the development process, which are underlying factors for the epidemic, a long-term planning of development is required for countries, areas and communities of low-development level regardless of epidemic stage. Improvements in poverty alleviation, gender issues and health care systems/services need to be strengthened.

### 4. Other general considerations in response to the AIDS epidemic

Other issues that require special attention are described below.

#### 1) *Ensuring the participation of vulnerable populations*

HIV responses need to be implemented with a focus on vulnerable groups such as people living with HIV/AIDS, sex workers, IDU, MSM and youth, and such responses need to accommodate each community's real needs and sociocultural environment. Therefore, it is essential to ensure the participation of such individuals and/or relevant NGOs/CBOs in planning,

11. Possible approaches include a general improvement of the health care system based on experience in Japan and training for health care professionals regarding antiretroviral therapy. Doing so would establish an environment in which continuous use of antiretroviral drugs is possible and enable the implementation of antiretroviral drug therapy step by step.

12. Provision of aid to international vaccine development projects, or support of clinical trials for vaccine candidates are areas where Japan's international contribution would be recognized relatively easily.

13. Low epidemic = stage where the prevalence of people infected with HIV has not reached 5% in any of vulnerable groups.

implementation, and evaluation processes of the response.<sup>14</sup>

#### 2) *Ensuring human resource development and activities*

As AIDS responses consist of a variety of programs such as surveillance, prevention, VCT, and treatment/care/support, a wide assortment of skills is required for implementation. The development of adequate human resources for the response, as well as improvement in employment conditions for those human resources, is required. Especially in the areas of prevention and counseling, which are often under-acknowledged, employment possibilities tend to be limited, resulting in a lack of human resources and a stagnation of activities.

#### 3) *Scientific aspect of the response*

Responses must be based on qualitative/quantitative assessment of the status of the epidemic and risk factors,<sup>15</sup> and marketing principles should be applied to behavioral change programs in an effort to maximize effectiveness. Results should be evaluated at all times, and improvements should be made based on these evaluations. Evaluation should be based on ultimate goals for the response, such as behavioral change (sexual behavior, injection-related behavior, and testing behavior) or prevention of HIV/STI infection, not limited to the evaluation of changes in awareness and attitude or the process itself (e.g. number of leaflets distributed or number of lecture participants). It is a well-known fact that changes in awareness and attitude do not necessarily lead to action.

#### 4) *Building partnerships*

AIDS responses require participation from all areas/sectors of society, so planning and implementation should pursue mutual understanding and collaboration between politicians, government (mainly health and education, but possibly law enforcement and public broadcasting), religion, the private sector,<sup>16</sup> NGOs/CBOs and the respective communities.

### III. Response to the AIDS Epidemic— International Contribution

In the previous section, AIDS responses were discussed. In this chapter, suggestions for Japan's approach towards international aid in this area are discussed.

#### 1. Japan's experience with AIDS responses

As described above, the response to the AIDS epidemic is a system consisting of five mutually related programs, whose efficiency plummet unless implemented as a full set. Therefore, when considering international aid, we are required to systematically oversee and implement these programs, or at least understand them systematically. However, although progress has been made in the treatment of those infected, basic and clinical research and blood-related safety areas in Japan's response, the accumulation and furthering of experience in the prevention area is insufficient because of the limited number of infections. Prompted by increasing risk behaviors and HIV infections, prevention projects with appropriate evaluation have only recently begun to be implemented (Kihara 2001; 2002; 2003). In other words, Japan's capacities are somewhat imbalanced when it comes to international aid, and it would be difficult for Japan to provide effective international contributions in the field of AIDS solely focusing on its successful experience.

Though the increasing spread of the AIDS pandemic calls for increased aid efforts on the part of Japan, the lack of a clear strategy could cause such efforts to be seriously hampered. Faced with a widespread epidemic in Asia and the anticipated spread of HIV in Japan indicated by dramatic increases in STDs among youth having unprotected sex and a rapid increase in unwanted pregnancies and abortions, Japan itself needs to rapidly reinforce its AIDS responses.

With these factors in mind, suggestions for basic Japanese approaches and related considerations are discussed below. The discussion focuses on prevention, and emphasizes the importance of high cost effectiveness regardless of the stage of the epidemic, which is one of the most difficult and least pursued areas in Japan.

#### 2. Japan's aid strategy in AIDS responses: tackling common problems

Japan has a history of success in dealing with issues related to the response to tuberculosis/malaria and family planning, and thus the motto "applying Japan's experience" carries some weight. The Okinawa Infectious Disease Initiative (IDI) emphasizes the dramatic decrease of tuberculosis resulting from post-war public health efforts, and provides support in the form of dissemination of experience with eradicating malaria and filariasis in Okinawa. In addition, the

14. One factor to consider is that, as with other aspects of health and hygiene, the number of people who actively acknowledge their unmet needs and express their requests for prevention vocally may not necessarily be very high. This needs to be accounted for in participatory project planning and development. Otherwise, the preventive viewpoint may be neglected, resulting in a major drawback for the participatory initiative.

15. Sexual behavior studies and 2nd generation surveillance are effective for this purpose (Komatsu 2001b). Japan has been accumulating experience in conducting studies on various groups, with one example being a nationwide sexual behavior study (Kihara 2000).

16. As people spend a considerable amount of time at workplaces and business establishments, the public sector is an important arena for prevention. And because the private sector also has abundant human/material resources, efforts to involve it are likely to be worthwhile. Protecting the working population and consumers from HIV infection will also benefit the private sector, and promoting the recruitment of people who belong to a vulnerable group or PLWHA will contribute to alleviating vulnerability.

Global Issues Initiative on Population and AIDS (GII) and the Japan International Cooperation Agency (JICA)'s 2nd Study on International Cooperation for Population and Development suggest applying Japan's experience to population aid.<sup>17</sup> Unlike conventional diseases, the prevention of AIDS cannot be achieved by providing health care and supplies alone, and the focus is on changing behavior on an individual/societal level. Thus, leadership of human resources/organizations with corresponding abilities is required, but such human resources/organizations are limited within Japan, and there is no system for fostering this type of leadership.

In this sense, AIDS responses are unique in that they are centered around a little-pursued area in Japan, and require a shift in aid philosophy. In other words, instead of conventional aid that consists of one-way transfer of experiences and technologies from an area of its strength, Japan needs to devise a bi-directional form of international cooperation, in which aid is used as an opportunity to foster human resources/organizations and accumulate experience. This would encourage strengthening domestic responses, which would in turn help elevate the quality of international cooperation through the accumulated domestic experience. We should form a strategy to convert international cooperation into a way of boosting domestic responses and also to create a synergy effect (positive cycle). In this way Japan could receive much higher international recognition in the area of AIDS response and could also contribute to tackling the problems common to both Japan and the rest of the world.

### 3. Considerations for Japan's future AIDS responses

Based on the aid strategy described above, the points outlined below should be considered for Japan's international aid in the area of AIDS responses.

#### 1) *Strengthening Japanese human resource development*

In Japan, the Japan International Cooperation Agency (JICA), Japan International Corporation of Welfare Services (JICWELS), Foundation for Advanced Studies on International Development (FASID) and Japanese Foundation for AIDS Prevention provide training courses in AIDS responses to overseas participants, inviting numerous lecturers from overseas. These courses should be also used as opportunities to systematically develop Japanese human resources. For example, there is a need for strategic efforts that aim to enable, with a time-bound schedule, Japanese human resources to conduct the main body of international training courses. Another possibility is to ex-

tend a quota for Japanese applicants to study together with overseas participants, providing them with opportunities after completion of the course to accumulate field experience within Japan as well as overseas. By using human resources trained in this way for domestic responses and human resource training, as well as for responses in aid recipient countries, the trained personnel can further enhance the possibilities of responses and human resources development both within Japan and overseas. In addition to the use of this kind of international training, training for Japanese personnel has to be bolstered in order to augment domestic human resources in the prevention area. As the needs and opportunities related to prevention exist in various contexts including education, work environments and local communities, collaboration with the Ministry of Foreign Affairs, the Ministry of Health, Labor and Welfare, and the Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology should be implemented in personnel training .

#### 2) *Establishment of AIDS prevention research/training centers*

In order to enable the augmentation of personnel training and prevention, as detailed in 1) above, there is a need for centers that specialize in research and training, and that function as a nexus for human resources, knowledge technology, and information. Specialized centers for AIDS prevention have been established in several countries, playing an important part in training personnel and developing preventive measures both domestically and overseas.<sup>18</sup> Japan has centers for the treatment and basic research of AIDS, yet none exist for the field of prevention, this being one of the major causes for the imbalance in Japan's AIDS response capacities. The proposed centers will collaborate with overseas research institutes/aid organizations/NGOs/CBOs, as well as with aid experts and members of domestic aid organizations and NGOs/CBOs, in order to accumulate a wide variety of knowledge, technology, and experience. Information will also be accumulated on South-South cooperation and research activities by the center itself. From the accumulated information, various models can be extracted, theorized, sorted, analyzed, and disseminated as responses that account for the needs of areas and communities both within Japan and overseas. These models can be applied to personnel training both domestically and internationally through training courses, and thus the trained personnel would benefit the center with their increased experience, completing a positive cycle.

#### 3) *Use of various fields of aid (mainstreaming)*

Because the need and opportunity for prevention ex-

17. Refer to Japan International Cooperation Agency Institute for International Cooperation (2003). Abstract available in "Special report: Jinkou to kaihatsu bunya enjo kenkyuukai [Study group for international cooperation for population and development]," *Kokusai Kyouryoku Kenkyuu* 18-(2) (Feb. 2003)

18. e.g. The UCSF Center for AIDS Prevention Studies.

ists in various sectors of society, it is possible to include elements that address AIDS prevention education and vulnerability reduction in Japan's aid projects in various fields. This should prove to be the best strategy for Japan, a leading economic aid contributor, as it takes advantage of Japan's rich history of providing a wide range of cooperation to numerous countries, and it shows Japan's sincere commitment to tackling the worldwide AIDS issue. Another advantage of this strategy is that it can be implemented with a relatively modest additional budget.<sup>19</sup> This strategy requires that personnel be trained in the planning and implementation of AIDS prevention, not only in health care but in other areas as well, and it should receive consideration in the human resources development mentioned in 1) above. Such efforts will lead to the accumulation of a wide variety of experience and human resources that will benefit domestic prevention as well.

#### 4) *Ensuring sustainability*

The implementation of sustainable measures entails the promotion and reinforcement of grassroots activities and the encouragement of leadership in the partner countries. To strengthen leadership, it is necessary to provide aid that contributes to the development of adequate issue awareness (e.g. through surveillance and behavior studies), conduct organized training and allocation of local human resources that form the core of the response, and show respect for the partner country's role in coordinating between donors. These actions should be coupled with the establishment of partnerships with, and the provision of support and technology transfer to various local grassroots organizations, which will provide the resources for ensuring the sustainability of implemented measures. Such considerations are indispensable in encouraging local participation in planning prevention that takes into account local needs, and in securing the continuity of the implemented measures. Again, steps should be taken so that experience gained from these activities is also fed back to domestic efforts in Japan.

#### 5) *Use of South-South cooperation*

In order to ensure the sustainability of AIDS responses, support must be provided to the development and implementation of measures that are both effective and compatible with social conditions, as well as to fostering the target country's leadership and self-help endeavors, and to the promotion of personnel training. South-South cooperation is an effective method for this end, and use of this form of coopera-

tion should be emphasized in Japan's aid strategies, in light of Japan's relative lack of experience with AIDS response cooperation in developing countries. Such efforts should not be limited to providing financial or material support to South-South cooperation projects from a third-person standpoint, but should include organized efforts to use such opportunities for Japanese personnel to be involved to learn and gain experiences, by creating openings for Japanese facilitators and trainees.

#### 6) *Efforts to achieve international goals*

Future assistance efforts by Japan should demonstrate its explicit commitment in helping target countries effectively achieve the international goals agreed upon at the UN General Assembly Special Session on HIV/AIDS, and the Millennium Development Goals. The goals determined by each country are common goals shared by the recipient country itself and donors, and thus help coordinate the efforts of both sides and maximize the effects of implemented measures without duplication. In addition, encouraging the achievement of internationally acknowledged results and providing clear evaluation should help promote understanding and support of international cooperation among the peoples of both recipient and donor countries, and improve the quality of aid efforts.

### Conclusion

This article has described the authors' views for Japan's response to AIDS. When tackling AIDS-related issues, it is important to take an active role in collaboration with other countries to solve common problems, to not be limited by Japan's domestic success stories, and to further develop responses based on a systematic understanding of AIDS issues and responses. In the process, Japan should provide aid to various endeavors and measures being implemented worldwide, accumulating experience as it does, promoting the transfer of effective responses between other countries and gathering feedback. To improve the quality and quantity of international cooperation and domestic responses, it is essential to implement strategies that enable Japan, in the near future, to convert important fields in which Japan's experience is currently limited, such as prevention, into strengths.<sup>20</sup> Japan, in this manner, will be able to improve its international prestige and recognition in AIDS-related areas. Moreover, Japan will surely contribute to the long-term establishment of infrastructure that enables the provision of high-quality aid in non-AIDS-related

19. Examples: Broadcasting technology transfer aid — including AIDS prevention education material in some of the programs produced; roads and airport construction projects — targeting workers with AIDS prevention; fish farming technology transfer — promoting recruitment of women workers to reduce gender disparities and reduce vulnerability. The Japan Bank for International Cooperation (JBIC) actively implemented an AIDS prevention campaign in its port improvement enterprise in Sihanoukville, Cambodia.

20. The Seventh International Congress on AIDS in Asia and the Pacific (<http://www.icaap7.jp/>), scheduled to be held in Kobe, was postponed until 2005, but it should present a good opportunity for Japan to show its leadership and commitment.

areas, because know-how once accumulated in AIDS-related areas can be applied to chronic diseases that may face developing countries in the future

### Acknowledgements

This article is based on the article "Future HIV/AIDS Collaboration of Japan" (Kihara, Komatsu [2002]), by the same authors, and has been edited extensively based on recent developments. Additionally, valuable feedback was gained at the Ministry of Foreign Affairs/NGO Discussion on GII/IDI, 3rd Workshop of the NGO Liaison Meeting, and 69th Session of the AIDS & Society Research Conference Forum, in February 2003. Comments from anonymous reviewers were also very helpful in improving this article. The authors would like to thank all of the workshop participants and persons involved.

### References

- AIDS Surveillance Committee, Ministry of Health, Labour and Welfare. 2003. *Heisei 14nen AIDS Hassei Doukou Nenpou* [Annual Report on AIDS Incidence and Trends for Year 2002]. Ministry of Health, Labour and Welfare.
- Cultural Policy Division, Consular and Migration Affairs Department, Ministers' Secretariat, Ministry of Foreign Affairs. 2001. *Kaigai Zairyu Houjinsuu Chousa Toukei Heisei 13nen-ban* [Study of Number of Japanese Nationals Living Overseas for Year 2001]. Ministry of Foreign Affairs.
- Flemming, D.T., and J.N. Wasserheit. 1999. "From Epidemiological Synergy to Public Health Policy and practice." *Sexually Transmitted Infection* 75 (1).
- Japan International Cooperation Agency Institute for International Cooperation. 2003. *Dai-ni-ji Jinkou to Kaihatsu Enjo Kennkyuu* [2nd Study on International Cooperation for Population and Development]. Japan International Cooperation Agency Institute for International Cooperation.
- Kihara, Masahiro (Principal Investigator). 2000. *Heisei 11nendo Kouseishou HIV Ekigaku Kenkyuhan Houkokusho* [Ministry of Health and Welfare HIV Epidemiological Studies Team Report for Year 1999].
- . 2001. *Heisei 12nendo Kousei-roudoushou HIV Kansenshou no Shakai Ekigaku Kenkyuhan Houkokusho* [Ministry of Health, Labour and Welfare HIV Infections Socio-Epidemiological Studies Team Report for Year 2000].
- . 2002. *Heisei 13nendo Kousei-roudoushou HIV Kansenshou no Shakai Ekigaku Kenkyuhan Houkokusho* [Ministry of Health, Labour and Welfare HIV Infections Socio-Epidemiological Studies Team Report for Year 2001].
- . 2003. *Heisei 14nendo Kousei-roudoushou HIV Kansenshou no Shakai Ekigaku Kenkyuhan Houkokusho* [Ministry of Health, Labour and Welfare HIV Infections Socio-Epidemiological Studies Team Report for Year 2002].
- Kihara, Masahiro, and Masako Kihara. 2002. "Sei kansenshou ni yoru dai ni no jidai he : kokunai ni okeru HIV ryuukou [The Arrival of the 2nd Age of Epidemics: The HIV epidemic within Japan]." *Medical Asahi* (31) 9.
- Kihara, Masahiro, and Ryuichi Komatsu. 2002. "Waga kuni no shourai no HIV/AIDS kyouryoku no arikata [Future HIV/AIDS Collaboration of Japan]." *Okinawa Kansenshou Taisaku Inishiatibu (IDI) no Gutaiteki Puroguramuka ni Muketa Kiso Chousa* [Basic Survey for Programming Okinawa Infectious Disease Initiative]. International Development Center of Japan.
- Kihara, Masahiro, et al. 2003. "Ajia taiheiyou chiiki no AIDS ryuukou no genjou to tenbou [Status of and Outlook on the AIDS Epidemic in the Asia-Pacific Area]." *Nihon Sei Kansenshou Gakkaishi* [Journal of the Japanese Society for Sexually Transmitted Diseases] 14 (1).
- Kihara, M., M. Ono-Kihara, M.D. Feldman, et al. 2003. "HIV/AIDS Surveillance in Japan, 1984-2000." *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 32 [suppl.1].
- Komatsu, Ryuichi. 2000. "HIV/AIDS ga jinkou ni ataeru eikyou [Impact of HIV/AIDS on Population]." *Jinkougaku Kenkyuu* [The Journal of Population Studies] 27.
- . 2001a. "Shibouritsu to HIV/AIDS [Mortality and HIV/AIDS]." Makoto Atoh, Ryuzaburo Satoh and Ryuichi Komatsu eds. *Jinkou Mondai ni Kansuru Souron to Kadai (zenpen) : Souron, Shusseiritsu to Ripurodakutibu Herusu Raitsu, Shibouristu to HIV/AIDS* [Overview and Topics on Population Issues (Part One): General Theory, Fertility and Reproductive Health Rights, Mortality and HIV/AIDS]. Japan International Cooperation Agency.
- . 2001b. "Ajia de no AIDS yobou to koudougaku kenkyuu: Tai no jirei wo chuushin to shite [Behavioral Studies and AIDS Prevention in Asia: With the Case of Thailand]." *Nihon AIDS Gakkai-shi* [Journal of the Japanese Society for AIDS Research] 3 (1).
- . 2002. "Chikyuu kibo no dai ryuukou wo saikakunin [Reconfirming HIV/AIDS Pandemic]." *Medical Asahi* (31) 9.
- Komatsu, Ryuichi, Masako Kihara and Masahiro Kihara. 2003. "Waga kuni no AIDS taisaku no shousatsu to kongo no tenbou [Evaluation and Perspective on HIV Prevention in Japan]." *Koushuu Eisei* [The Journal of Public Health Practice] 67 (12).
- Komatsu, Ryuichi, and Naohiko Yamamoto. 2003. "Kokusai shinpojiumu: Ajia ni okeru AIDS ryuukou [International symposium: AIDS in Asia, its epidemiological and social dimensions]." *Nihon*



- AIDS Gakkai-shi* [Journal of the Japanese Society for AIDS Research] 5 (2).
- Ministry of Justice. 2001. *Dai 40 Shutsunyuuoku Kanri Toukei Nenpou* [40th Annual Report on Immigration Control Statistics]. Ministry of Justice.
- Stover, J., N. Walker, G.P. Garnett, et al. 2002. "Can We Reverse the HIV/AIDS Pandemic with an Expanded Response?" *Lancet* 360.
- Sweat, M.D., and J.A. Denison. 1995. "Reducing HIV Incidence in Developing Countries with Structural and Environmental Interventions." *AIDS*, 9 (suppl A).
- UNAIDS. 1998a. *Relationships of HIV and STD Declines in Thailand to Behavioural Change: A Synthesis of Existing Studies*. Geneva.
- . 1998b. *Connecting Lower HIV Infection Rates with Changes in Sexual Behavior in Thailand: Data Collection and Comparison*. Geneva.
- . 2000. *Voluntary Counseling and Testing (VCT), UNAIDS Technical Update*. Geneva.
- . 2002. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic 2002*. Geneva.
- UNAIDS and WHO. 2002. *AIDS Epidemic Updates*. Geneva.
- WHO. 2001. *Prevention of Mother-to-child Transmission of HIV: Selection and Use of Nevirapine*. Technical notes. Geneva.
- WHO and UNAIDS. 2000. *Second Generation Surveillance for HIV: The Next Decades*. Geneva.

原 著

## 地方 A 県女子高校生のコンドーム不使用に関する 相互作用プロセスの研究

山崎 浩司, 木原 雅子, 木原 正博

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻国際保健学講座社会疫学分野

**目的:** 若者に対するエイズ予防介入プロジェクトの一環として、地方 A 県の女子高校生が、なぜ性交渉時にコンドームを使わないようになってしまうのかを質的研究法を用いて分析する。

**対象と方法:** A 県の女子高校生 41 名に対し、フォーカス・グループ・インタビューを 8 グループ実施した。対象者として、交際相手を有すると思われる友人同士 6 名前後を、スノーボール・サンプリングによりリクルートした。分析は修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを使った。

**結果:** 対象者は「治る性病より直らない妊娠」をより心配しているにも係わらず、実際のコンドーム「使用は相手次第」であり、結果的に膣内・膣外射精を繰り返し、それでも簡単には妊娠しないことを経験的に学習して「独自の避妊意識」を形成し、コンドーム不使用を定着させていた。また、交際相手が社会人の場合は「妊娠してもかまわない」と考えたり、コンドーム購入を恥ずかしさ等による「購入阻害」要因により回避したり、不快経験から「コンドーム嫌悪」に陥ったりして、不使用に至っていた。さらに、対象者が仮に STD に関心を抱いても、入手できる「予防学的情報」の不足から、コンドームを使わない「独自の予防認識」を形成し、やはり不使用に終わっていた。

**結論:** コンドーム不使用における相互作用プロセスを含む若者の多様な性文化の把握なしでは、包括的なエイズ予防法を開発しつづける可能性が示唆された。

**キーワード:** 女子高校生, コンドーム不使用, 望まない妊娠, HIV/STD (性感染症), 予防

日本エイズ学会誌 7: 121-130, 2005

### 背景と目的

昨今の世界における HIV 流行状況によれば、若者と女性がこの病いの大きな影響を受けており<sup>1,2)</sup>、日本の若者の HIV 感染も拡大傾向にある。2003 年 1 月ならびに 4 月のエイズ動向委員会報告によれば、10 代 20 代の男女が新規 HIV 感染者（日本国籍のみ）に占める割合は約 3-4 割に達している。とくに若い女性がこの流行の影響を大きく受けている。1985 年以降の累積 HIV 感染ケースをみると、15 歳から 24 歳人口では女性のほうが男性よりも感染ケースが多い<sup>3)</sup>。

現在考えられるもっとも有効な HIV 感染予防方法のひとつはコンドームの常用であるが、性経験のある日本の地方高校生のコンドーム常用率は 2-3 割にとどまっている<sup>4)</sup>。従って、性経験のある若者の HIV 予防対策におけるひとつの課題は、コンドームの入手と使用の頻度を高めることにある。そのためには、まず日本の若者のコンドーム使用・不使用の全体像と、その文化的要因を探る必要がある。

著者連絡先: 山崎浩司 (〒606-8501 京都市左京区吉田近衛町先端科学研究棟 2 階 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻国際保健学講座社会疫学分野)  
Fax: 075-753-4359

2004 年 6 月 24 日受付; 2005 年 6 月 3 日受理

るが、筆者の知る限り、そのような研究は量的に全体像を把握した若干のもの<sup>5,6)</sup>を除いて、あまり行われていない<sup>7)</sup>。

そこで本研究では、著者らが所属する厚生労働省 HIV 社会疫学研究班の若者予防グループ（代表: 木原雅子）による、地方の若者に対するエイズ予防介入プロジェクトの一環として、地方 A 県の女子高校生が、なぜ性交渉時にコンドームを使わないようになってしまうのかを、質的研究方法を活用して分析する。

### 方法と対象

#### 1. 理論的枠組み

本研究では、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（修正版 M-GTA）<sup>8,9)</sup> を方法論として採用しているが、その理論的枠組みはシンボリック相互作用論<sup>10)</sup>の伝統のうちにある。シンボリック相互作用論では、①人間は物事に対する自分の意味づけに基づいて行為する、②この意味づけは社会における他者との相互作用のなかで形をなす、③他者との相互作用は常にこの意味づけを修正したり再構成したりする、という社会観・人間観に立脚する（「意味づけ」は「シンボル」に置き換えられる）<sup>11,12)</sup>。

本研究の文脈でいえば、女子高校生が男性と性交渉や恋

愛関係といった相互作用を引き起こし、そのなかで絶えず「コンドームを使わないセックス」という経験の意味(シンボル)を生成・修正・再構成する、とみなされる。

## 2. データ収集

データ収集には、フォーカス・グループ・インタビュー(FGI)を用いた。なぜならFGIは、一般的には話しにくいと考えられるHIV/AIDSや性に関する研究で、データ収集方法として高い有効性を持っていることが証明されているからである<sup>13,14)</sup>。

データ収集期間は2000年12月から2003年2月であり、収集場所は西南日本に位置するA県A市とB市である。男女高校生合わせて15グループに対して実施された。本研究では、女子高校生10グループのうち8グループ計41名(表1)を分析した結果を報告する。

2グループを除外したのは、グループの特性が残りの8グループと異なっているためである。この2グループは最初に実施された2つで、FGIは他人同士を集めるのがよいという説に基づき<sup>15)</sup>、それぞれが異なる4つの高等学校から来た参加者によって構成されていた。しかし、見知らぬ者同士のためか、性のような私的な話が活発にされず、FGIの利点であるグループ・ダイナミクス<sup>16)</sup>が生かせなかった。

そこでリクルート方針を変え、同じ高等学校からの仲のよい友人同士という構成にしたところ、状況が大きく改善されたため、以後8グループはその設定を維持することになった。

## 3. リクルートと倫理的配慮

研究参加者のリクルートは、合目的的サンプリング(purposive sampling)であるスノーボール・サンプリングによって行った。具体的には、各高等学校の養護教諭の協力により、交際相手を有する(有した)と思われ、かつ仲のよい友人同士である生徒を6名前後集めてもらった。また、FGIの参加者や市の職員の紹介によるリクルートも行った。その際、保護者に調査参加への書面もしくは口頭による承諾をとった。

保護者による承諾に加え、研究参加者に対する倫理的配慮として、FGIが録音と速記されること、彼らの本名や個人を特定できるような情報の提示の仕方をしないこと、答えたくない質問があったら答えなくてよいこと、FGIの途中で参加を辞退して構わないこと、録音されたテープと逐語録や筆記録などは調査者以外に譲渡または貸与されないこと、などをはじめに口頭で参加者に伝え、さらにFGIで話したり聞いたりした個人情報などを、参加者が他者に発言しないことを口頭で確認し、承諾のうえで調査を続行した。

表1 分析対象グループ

グループ	実施年月日	実施場所	参加者数
G1	2001年05月25日	A市	6名
G2	2001年05月25日	A市	5名
G3	2001年05月26日	A市	6名
G4	2002年08月02日	A市	4名
G5	2003年02月05日	B市	4名
G6	2003年02月06日	B市	7名
G7	2003年02月07日	B市	5名
G8	2003年02月07日	B市	4名
合計			41名

## 4. FGIの実施

1つのFGIは2時間で、司会は参加者と同性であり、全プロジェクトの企画・立案・実施の責任者である木原雅子が行った。質問項目は、研究参加者の性意識と性行動の現実を、HIV/STD(性感染症)感染、妊娠、コンドーム使用に焦点を絞って解明することを目的に、半構成的に設定した(主な質問項目は表2を参照)。

参加者の会話はテープもしくはミニディスク(MD)に録音されたうえ、速記者による記録もなされた。録音データは速記者により逐語化され、その後録音データに基づいて、著者により繰り返し逐語録の確認と修正を行った(1インタビュー記録の長さはA4紙で平均39頁)。

各FGIの直前と直後に簡単なアンケートが実施され、前者では参加者の基本的な属性(学年、年齢、性経験の有無、これまでの性交渉の相手の数、関心事、性の情報源など)を、後者では参加したFGIに対する評価(話しやすさ、部屋の設定、司会者の進行など)と感想を記入してもらった。

## 5. データ分析

インタビュー記録の分析方法はグラウンデッド・セオリー・アプローチ(GTA)を採用し、データの継続的比較分析を主軸として理論的飽和を目指した<sup>17)</sup>。ただし、次の点を理由にヒューマンサービス領域における知見の実践的活用重点を置いた、修正版M-GTA<sup>8,9)</sup>を採用した。

つまり、GTAの開発者であるグレイザーとストラウスが目指したような、高度に抽象的な社会的行為の説明・予測モデル(フォーマル理論)の構築よりも、HIV/STD/望まない妊娠の予防の実践における知見(領域密着理論)の実用性を重視するというスタンスをとっている点である。

なお、具体的な分析手順は次のとおりである。

- ① 1つ目の逐語録を吟味し、解釈的な分析によって概念を生成した。その際に概念名、概念の定義、概念を支持す

表 2 主な質問項目

- 彼氏はいますか？ どんな人ですか？（年齢、同じ高校生か社会人か？）
- 彼氏のためにどんなことしてあげますか？ 彼氏はどんなことをあなたにしてくれますか？
- 彼氏またはセックスの相手になんでも自分の要求を伝えられますか？（コンドームを使ってほしいなど）
- あなたのコンドームのイメージはどんなものですか？
- コンドームを持っていますか？ どうやって入手しますか？ 入手しやすいですか？
- セックスの時にコンドームを使っていますか？ 使わないのならなぜですか？
- 性病やエイズについて知っていることを教えてください。学校では性病やエイズについて習いましたか？ どうやって性病やエイズに関する情報を得ましたか？
- 自分が性病やエイズに罹ったらどうしますか？ 知っている人で性病に罹った人はいますか？ どんな話をその人から聞きましたか？
- 実践しているまたは効果があると思う避妊法を教えてください。学校では避妊や中絶について習いましたか？ どうやって避妊や中絶に関する情報を得ましたか？
- 自分が望まない妊娠をしたらどうしますか？ 知っている人で望まない妊娠をしてしまった人はいますか？ どんな話をその人から聞きましたか？
- 家族や先生と性に関する話をしますか？
- 性に関する情報源は何ですか？
- 性に関する心配事や知りたいことなどありますか？

る生の語り、理論的メモなどを書き込む分析ワークシートを使用した。

- ② ①によって生成された10数個の概念を参照しながら2つ目以降の逐語録を吟味し、各データセットを分析する度に、既に生成した概念の補足修正または削除と新たな概念の生成を、引き続きワークシートを使用しながら行った。
- ③ ②を進行する過程で概念間の相互関係を検討し、最終的にコアとなる概念を中心に体系化し、カテゴリーを特定した。
- ④ ③に基づいて概念関係図とストーリーラインを作成し、本論の骨子を完成させた。

## 6. 厳密性

質的研究である本研究では、Rice & Ezzy<sup>12)</sup>に倣い、量的研究における妥当性や信頼性に相当する厳密性 (rigour) という概念をもとに、研究の質の維持に努めた。

厳密性を確保する数ある方法のうち、本研究では、共同研究者間及び外部の質的研究者数名との間で、分析=解釈の飽和をチェックする分析者トライアングレーション<sup>22)</sup>を、繰り返し行った。その上で必要な概念名や定義の修正、削除、再生成などを、分析過程において随時行い続け、最終的な概念・カテゴリー生成に至った。

## 7. 対象

研究参加者合計41名（3年生29名，2年生7名，1年生5名）の平均年齢は17.2歳で，性経験者は35名（85.4%）だった。35名のうち21名（3年生17名，2年生4名）につ

いては，これまで性交渉をもった相手の数が平均4.7人（ $1人 \leq n \leq 20$ 人，中央値4人）であることが，直前アンケートやFGI実施中の語りから判明した。

ただし，本研究で研究参加者たちが語った「性経験」とは，基本的に特定の交際相手との性交渉を意味しており，不特定との性交渉は含まれない。参加者には若干名，特定の相手以外との性交渉があった者もいたが，それでもFGIにおける語りの大方は，特定の相手との性交渉に関するものが自然と中心になった。また，以下の分析では，性経験のない者の語りは含まれていない。

参加者の通う高等学校の特性は，地理的にはすべてA県A市とB市市内に位置し，私立・公立・国立の3種類があり，一般的な普通科のある高等学校，商業高等学校，工業高等専門学校が含まれている。

## 結果と考察

### 1. 結果提示の説明

修正版M-GTAでは，結果がカテゴリーと概念によって提示される。カテゴリーには，中心となるコアカテゴリーがある場合もある。本論では，カテゴリーを<>で囲み，概念を下線で表している。コアカテゴリーのみ<>に加えて□で囲ってある。それぞれのカテゴリーや概念には，それらを指示する生の語り提示されている。研究対象者は方言で話しており，標準語に改変していない。発言者は〔 〕内に示されており，例えば〔G3A〕ならば，グループ3の人物Aを意味する。

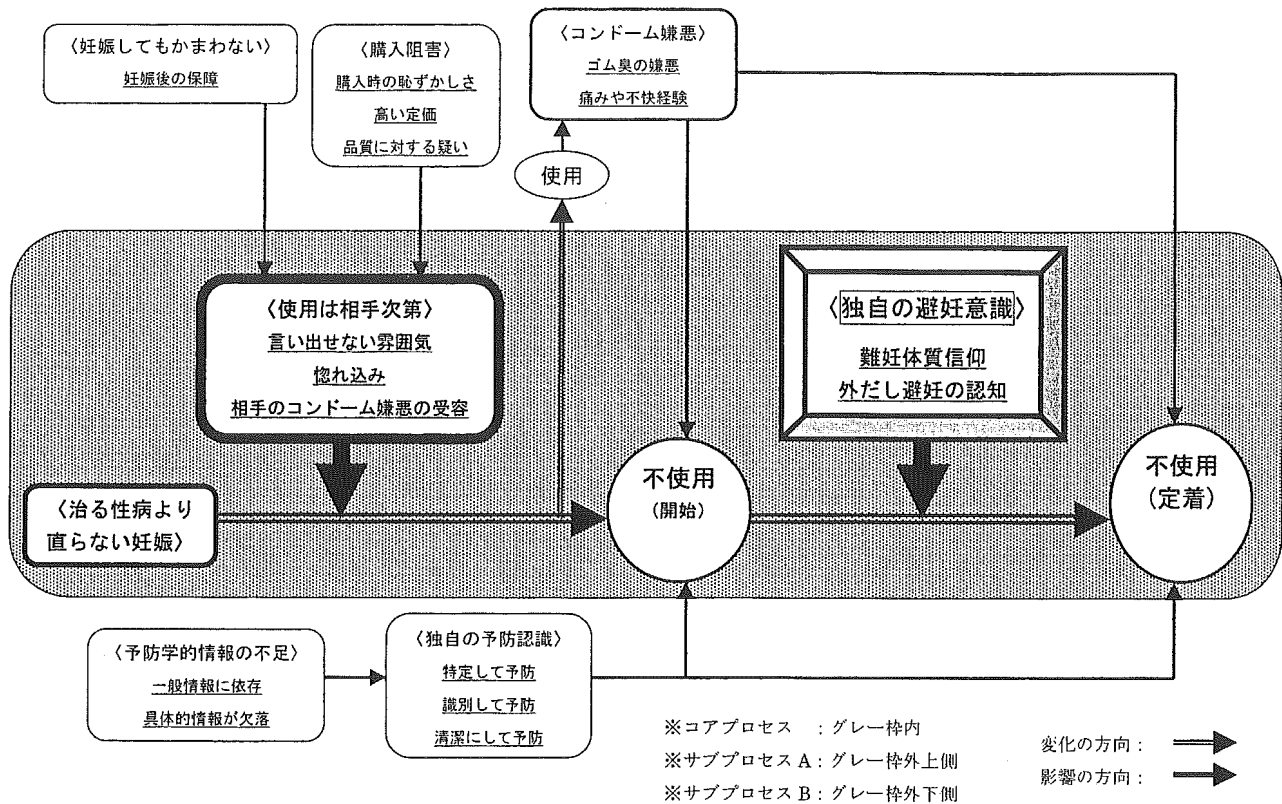


図 1 概念図

各項で数例しか語りを提示しないのは、それしか各概念を支持する語りが無いからではなく、紙面の制約上すべての語りを提示できないのと、あまりに語りが多いと煩雑になり、かえって論点を不明瞭にしかねないためである。

また、本論では多くの修正版 M-GTA を使った研究の様式に則り、結果と考察をまとめて提示する。

## 2. 全体像

女子高校生たちのコンドーム不使用に関する相互作用プロセスは、妊娠を気にしながらも不使用の定着に至ってしまう大多数のコアプロセスと、少数派がたどる不使用（定着を含む）のプロセスであるサブプロセスとに分けられる。サブプロセスはさらに、妊娠に関するサブプロセス A と、STD 関連のサブプロセス B とに分けられる。（図 1）

### (1) コアプロセス

女子高校生たちは、性交渉において「**治る性病より直らない妊娠**」をより心配している。しかし、実際の性交渉ではコンドーム「**使用は相手次第**」になってしまい、結果的に使用されないことが多い。彼女たちは、膈外射精や膈内射精によっても、自分が妊娠しなかったことに基づいて、コンドームを使用しない「**独自の避妊意識**」を形成して、コンドーム不使用を定着させる。

### ① <治る性病より直らない妊娠>

性経験のある女子高校生は、なによりも切実な問題なのは望まない妊娠であり、STD は基本的に治療できるので、後戻りできない妊娠のほうが恐ろしい、と考えていた。

G2M : ……私的には性病って怖いって感じないけんね。

G2A : なったことないけん？

G2M : なんかわつに治りそうやし。妊娠のほうが怖い、病気よりも。病気は治るけど、妊娠は直らんたい。

また、STD に感染した場合の治療費と人工妊娠中絶の費用の比較をし、後者のほうがより多く費用がかかるので、その金銭的な負担を心配する声が聞かれた。例えば、「性病だったら、どうにか病院へ行って治そうと思ったら治るしね。赤ちゃんができたとかだったらお金のほうもね」[G3 M] と語られていた。

STD 感染よりも妊娠に重点を置くこの傾向は、A 県の女子高校生の 9 割以上がコンドームを避妊目的に使っており、HIV/STD 予防を目的とする者は 2-3 割に過ぎないという量的調査<sup>6)</sup>や、日本性教育協会による全国調査<sup>10)</sup>からも明らかにされている。また、オーストラリアの中学 4 年生（日本の高校 1 年生）男女を対象に Hiller らが行った研

究<sup>19)</sup>でも同様な結果が報告されている。コンドーム使用を左右しているのはSTD感染よりも望まない妊娠である傾向は、高校生に広く共通していることが推測される。

② <使用は相手次第>

彼女たちは妊娠を心配しながらも、コンドーム<使用は相手次第>であるという。

まず、彼女たちは言い出せない雰囲気に飲まれて、コンドーム使用の意図があっても流されてしまう。例えば、『つけようね、つけようね』みたいな感じだけど、やっぱりそのまま流れるんです」[G1Z]であるとか、「なんか、そがん(=そういう)雰囲気のときに、自分からつけてっていいきらん」[G5K]という。彼女たちの性交渉では、いったん行為が始まってしまうと、コンドームを使おう、またはコンドームがないならセックスしたくないと、言い出せないような雰囲気ができあがってしまう。

また、コンドームの装着がもたつくと「雰囲気が崩れる」[G1Z]ので彼女たちに嫌われていることから、言い出せない雰囲気は、受動的に飲まれてしまうというだけでなく、壊したくない雰囲気としても捉えられていた。

もう1つコンドーム使用が相手次第になってしまう要因として、交際相手との関係上、相手が自分を好きな以上に自分が相手に惚れ込んでいるために、心理的に弱い立場に立ってしまっただけで我を通しきれない、といった関係性がみられた(惚れ込み)。

彼女たちは「バリ好き(=とても好き)」[G1B]な相手が離れてしまいそうな場合、相手のいいなりになってまで引き止めてしまうという。

G1B: ……相手のいうことはなんでもききよる。

G1Z: そうそう。相手が悪くてもぜったい謝る。自分が悪かったみたいな感じで。

G1B: そうそう。そして相手にあれしてこれしてっていわれたら、自分嫌でもするし、なんでもしよった。

そして性については、相手に性交渉を断りきれなくなる。例えば、「(セックスしたくないと)いいきらん。だってさ、やれん女は嫌いって感じじゃない?」[G6C]という語りが聞かれた。

さらに、相手にコンドームを使ってほしいときも、「いいにくいけん、いわん。つけてって言って、嫌がられたらいやだと思っけん」[G4S]と感じるだけでなく、使わないと「相手が喜んでくれる」[G8M]ので、最終的に不使用に落ち着いてしまう。自分のほうが惚れている関係性においては、たとえコンドームを使った性交渉にいたっても、それは「相手の気分次第」[G5K, G1A]であることが少なくないと語っていた。

このような関係性を背景に、彼女たちの間には性交渉相手のコンドーム嫌悪の受容が見られた。この受容行動は、実際に性交渉の相手からコンドームを使いたくないといわれたり、それに類する非言語的反應をされたりした経験に基づいていることが多い。

司会: 実際いわれたことある? (コンドーム) 使わんほうがいいとか。

G5A: うん。使わんほうがいいっていわれた。

G5K: うん。つけたら、気もちよさがちょっと減るみたい。あまり男ってつけたがらんよ。

G5T: つけんほうが気もちいいって言う。

コンドームを使ってほしいと相手にいえる女性でも、恥ずかしさ、恋愛感情、相手を失うことへの恐れが中心的な問題である場合、そのようにいわないことがあるという報告<sup>20)</sup>と軌を一にするこの結果は、予防のデザインにおいて重要な意味をもっている。というのも、Health Belief Model や、Theory of Reasoned Action などの個人的合理決定モデル(individual rational decision-making models)の限界を示唆するものだからである。

個人的合理決定モデルが注目する、個々人のHIV/STDの予防学的情報やコンドーム使用意図などの個人的特性(trait-like characteristics)は、対等な2者が主体的かつ理性的に判断して合意できる状況が前提となっている<sup>20)</sup>。しかし、現実の性的状況や関係性は、本研究の結果が示すように必ずしも平等かつ理性的なものではない。予防の知識を身につけ、コンドームの使用意図が高くなっても、行動に移せるかどうかは状況に強く左右される。従って、知識や意図といった個人的特性よりも、各性交渉や性関係の状況的特性(state-like characteristics)<sup>20)</sup>または出来事に特有な要因(event specific factors)を明らかにするほうが、コンドーム使用のよりよい指標となるという指摘がある<sup>21)</sup>。

③ <独自の避妊意識>

相手男性がコンドームを使おうとしなければ、女子高校生たちはコンドームを使用しない性交渉を重ねていくことになるが、その過程で<独自の避妊意識>が確立される。その1つが、難妊体質信仰である。この信仰(belief)は、妊娠を気にしながらも膣内射精を一定期間くり返し、妊娠しなかったことから自分は妊娠しにくい体質なのだと信じられるようになることである。

例えば相手と「7カ月間つきあったけど、ぜんぜん中だしとかもなかったけど、妊娠しなかったから」[G4S]といった理由で、コンドームを使わなくなっている。

G1Z: 1年つきあった彼氏(との間では生理が遅れるとか)

なかったけん、ぜんぜん（コンドーム）つけなかった。

司会：それでぜんぜん大丈夫だった？

G1Z：うん。だけん安心感があるんですよ、自分は（子供が）できにくい体だみたいなの。

また、以前に交際していた男性が、コンドームを使わなかったために過去に女性を妊娠させてしまったが、自分の場合は妊娠しなかったことから、体質的な違いを相手に指摘されるケースもみられる。例えば、「（子供が）できん体とかなのと思う。前の彼氏、妊娠させたことあったけん、『多分できにくかと思うよ』といわれて、できにくいかなと、自分で（思った）」〔G6M〕といている。このように、コンドームを使わなくても案外と妊娠しないことを、彼女たちは経験的に学習し、自分なりの確信を深めてゆく。

一方、女子高校生が膣外射精でも比較的妊娠しにくいという経験的な認知に至るのが、外だし避妊の認知である。現に研究参加者の多くが「ほとんどふつう外だししか実行しよらん〔G6M〕」というのが現状であり、相手が精子を「（膣の）中に出さなかったらいいかな、って考え（ている）」〔G1A〕という。

ただし、外だし避妊の認知には個人差がみられた。膣外射精をしていても生理が遅れると妊娠が心配になる者がいる一方で、それを膣内射精に比べてずっと効果の高い避妊法とみている者もいた。後者は、「男ってバカだから、やりおったら理性なくなるよね〔G6C〕」と彼氏の膣内射精を容認している友人に対し、彼女たちの交際相手が若い（高校生）ために近視眼的であり、社会人である自分の彼氏のように「ちゃんと世の中ば見据え」〔G6M〕、将来を考えて膣外射精による避妊をしていないと主張している。

これら<独自の避妊意識>は、コンドームを使わない性行為を継続させ、それによりさらに自分たちの意識の確信を深めるといふ悪循環を起こし、コンドーム不使用を定着化させてしまっていた。この結果は、他の避妊法があるときはコンドームが使われないという De Visser & Smith<sup>20)</sup> や Rosenthal ら<sup>21)</sup> のオーストラリアにおける研究結果と重なっている。ただ、本研究が対象としている地方 A 県の女子高校生の場合、オーストラリアの同年代のように、ピルやペッサリーといったコンドーム以外に入手が比較的簡単な避妊法が少ないため、難妊体質信仰や外だし避妊の認知といった<独自の避妊意識>を発達させたと推測される。今まで以上にピルそのほかの避妊具がオーストラリアのように入手しやすくなれば、それらが<独自の避妊意識>に基づいた実践に取って代わるだけで、結局女子高校生たちはコンドームを使わないという可能性は十分に考えられる。

難妊体質信仰と外だし避妊の認知は、これまでの性交渉の相手が多い者ほどコンドームを使わない、という我々の知見に対するひとつの説明となりうる。地方 A 県の女子高校生で、4人以上と性経験がある者の過去3カ月におけるコンドーム常用率はわずか2割であるのに対して、1人しかいない者の常用率は5割であり、相手の数とコンドーム常用率は逆相関関係にある<sup>6)</sup>。この逆相関関係を導くのが、経験的に徐々に形成されてゆく難妊体質信仰と外だし避妊の認知である可能性がある。

予防教育の観点からすれば、これら<独自の避妊意識>が成立してしまう前に、適切なコンドーム使用を習慣化する以外にいまのところ高い確率で望まない妊娠や HIV/STD を予防できる方法はない、といったメッセージを女子高校生たちに十分伝えておく必要がある。

## (2) サブプロセス A

卒業を控える3年生の中には、交際相手が社会人であり、妊娠したら結婚すればよいのでく妊娠してもかまわない>という者がいる。また、コンドームを買うのが恥ずかしいと感じさせる状況などの<購入阻害>要因が働き、彼女たち自身が買うことは稀である。さらに、仮にコンドームが使われても、ゴム臭さや不快感から彼女たち自身が<コンドーム嫌悪>に陥り、使わなくなることがある。

### ① <妊娠してもかまわない>

望まない妊娠に対する不安が聞かれる一方で、とくに3年生（17-8歳）のあいだで、<妊娠してもかまわない>、または妊娠したいといったような発言が数人から聞かれた。

そのほとんどが、妊娠・出産を契機に交際相手との結婚を希望しているため、彼女たちにとって妊娠はもう「望まないことない」〔G7M〕ものになっており、リスクではなくなっていた。彼女たちの交際相手の多くは社会人であり、ある程度、生活面について妊娠後の保障があるケースがほとんどであった。例えば、「もしま妊娠したら結婚する。結婚して産むけど。いまの彼氏だったらね、（社会人だから）生活力もあるし」〔G6M〕と語っていた。

また、年上である社会人を交際相手に希望する理由として、彼らは「働いてるし、しっかりしてるところがありそうだから、年上だったらやっぱり（コンドーム）つけなくても、できちゃったときに安心が（ある）」〔G4S〕という。

さらに、たとえ望まない妊娠であったとして、人工妊娠中絶をしないように親からいわれているケースも数例みられた。例えば、「子どもできたら、ぜったいおろすなといわれている。お母さんが育てるけんっていう」〔G3A〕。これは、交際相手が社会人であるというものとは異なった形の妊娠後の保障である。

このような女子高校生たちにコンドーム使用を啓発する場合は、妊娠を心配する大半の女子高校生とは異なる戦略

をとらねばならない。

## ② <購入阻害>

しかし、大方の女子高校生にとって、やはり望まない妊娠は切実な問題である。それならば、そもそもコンドームを入手して常備するなどの方策が思い浮かぶが、彼女たち自身がコンドームを購入することは少ない。

まず、コンドーム購入時の恥ずかしさが、入手を難しくしているという。とくに、店員の性別が男性で、店内に人が多いときは抵抗が大きい。例えば、コンビニでコンドームを購入した1人の参加者は、買ったとき「店員が女で、人がおらんやったけん、あんまり恥ずかしくなかったけど、でも男とか、人がいっぱいいたら買えん」〔G1B〕と語った。また、たとえコンドームの自動販売機であっても、「恥ずかしくて無理ね。……私、人を気にするからだめ」〔G1Z〕という。

この恥ずかしさに加えて、女子高校生たちのジレンマは、コンドームの高い定価と逆に安売りしているコンドームの品質への疑いであった。

G1B: ゴム高か。だから買わん。

G1A: 12個で1,000円って感じ。だけん買う気せんさ。安売りで買えばいいたい。でも安売りで買ったら(使用)期限切れてすごい怖い。

G1B: 100均(100円均一ショップ)のゴムとかちょっとやばそうじゃない?

……

G1A: 信用ないって、ぜったい100均とか。

G1Z: でも(定価とかでは)高いけんね。

## ③ <コンドーム嫌悪>

仮にコンドームを使った性交渉に至っても、使用時に感じた痛みや不快感経験から、コンドーム使用を自ら回避する行動も見られた。とくに痛みに対する嫌悪反応は多かった。

G6C: (コンドーム)つけたらさ、痛いことない?

G6R: ああ、すれる。

司会: でも、あんまり使ったことないでしょう?

G6C: 何回か使ったことあるけど、痛かった。

G6G: なんか違うね。

G6R: うん。ナマのほうがいいよね。

痛みの原因としては「2回目とかのときは、すごい痛い〔G4S〕」という訴えもあったことから、性行為を続けて複数回行うことが一因として示唆されている。その他に考えられる要因として、例えば前戯不足のために、膣分泌液が

不十分といったこともあり得るが、これまでの参加者自身からそのような言及はなく、今後の調査課題である。

痛みに加えて、ペニスが膣に「すぐ入らん」〔G5K〕であるとか、「なんか感覚があまり好きじゃない」〔G4S〕といった不快感が語られた。

また、痛みや不快感以上に顕著なのが、ゴム臭の嫌悪である。

G1A: (香りつきコンドームを使っている)今でもゴム臭かことがある。臭かったら嫌だなと思う。した後にも臭いたい。

G1Z: こもるね。

G1Y: 鼻につく。

G1A: ゴムの臭いがするたい、それがいややけん。

このゴム臭が、材質や精液に由来するものなのか、または心理的な作用によるものなのかも明らかでなく、この点の解明も<コンドーム嫌悪>を改善する一端となりうる。

さらに、一般的にコンドームは、ゴム臭の嫌悪の他にその特性自体に由来する嫌悪条件をもっている。例えば、コンドームの「ヌメヌメがだめなんです」〔G4M〕や「(ペニスから)取るときがいやだ。始末がいやだ」〔G7H〕といった感触の不快感や扱いにくさが語られた。

不快感であれ痛みであれ、彼女たちの反応は相手男性のコンドーム使用嫌悪の言説と重なるところが多く、その影響を視野に入れたさらなる考察が必要だと思われる。

## (3) サブプロセス B

女子高校生たちが仮にSTDに関心をもったときでも、アクセスできる<予防学的情報の不足>から、STD予防からすると正しくない、コンドームを使わない<独自の予防認識>を形成し、やはり不使用中に終わってしまう。

## ① <予防学的情報の不足>

<治る性病より直らない妊娠>という認識が主流ではあるが、女子高校生たちがSTDについて心配になったり関心をもったりすることもある。その際、STDに関する彼女たちの情報源は、雑誌、インターネット、口コミなどの一般情報と学校における性教育などが挙げられていたが、実際に予防学的情報が性教育でとりあげられることは少なく、一般情報への依存がより強い。

司会: 学校で(STDのこと)習った?

G7H: 習ってない。

G7M: 雑誌とかよね、ほとんど。人に聞いたりとか。

司会: 雑誌ってどんな雑誌?

G7M: ふつうの女性雑誌。



また、STD が性教育でとりあげられる場合も、リスク認知につながり得るような具体的情報の不足がみられる。例えば、STD について「具体的には習っとらんけど、ちょこちょこね」〔G2A〕であるとか、「こういう病気になりますよ、こういう病気がありますよ、という感じでしか習っていない」〔G1Y〕という発言が聞かれた。

このように具体的な STD の<予防学的情報の不足>がみられ、一般情報に依存している状況では、特定の相手との性交渉でも STD に罹患する可能性がある、または症状が出ない STD がある、といった予防学的な情報が共有されていなかった。

## ② <独自の予防認識>

予防学的情報の不足のために研究参加者の女子高校生たちは、一般情報と自分の体験をもとに、STD に対する<独自の予防認識>を形成するに至っていた。例えば、STD は「不潔にしている人」〔G2M〕が罹患していたり、「清潔にしてないとき」〔G1Y〕に感染したりするので、相手や自分の性器を清潔にして予防できると考えられていた。

また、自分は性交渉の相手が彼氏だけであり、彼氏も自分だけであるから、相手を特定して予防しているという認識もみられた。つまり、STD 感染は不特定の相手との性交渉によって起こると考えられているため、「とりあえず知らないやつとは（セックス）しないほうがいい」〔G7K〕と考えられていた。

性交渉の相手を特定して予防できるとする彼女たちには、自分たちが性的ネットワークのうちで性交渉をもっているという認識が希薄であるのがうかがえる。若年層における初交年齢の早期化、パートナー数の増加、交際を開始してからセックスにいたるまでの期間の短縮化などにより、性的ネットワークは拡大の一途をたどっている<sup>22)</sup>。この状況を、女子高校生たちが自分たちをとりまく現状として認識できるようなかたちで、予防情報を提供することは、避妊目的に限定されないコンドーム使用を推進するために欠かせない要素の1つであろう。

さらに、外見から STD 罹患者を識別できるので、彼らとのセックスを避けることで、自分が STD に罹るのを避けることができる（識別して予防）、という認識がみられた。例えば、外見が清潔そうであれば、性交渉をもっても「大丈夫そうじゃん、わりと」〔G2M〕とみなされたり、「病弱っぽい人とか、やりチンばい人はいや」〔G6C〕と判断されたりしていた。

ただし、このような判断に懐疑的な参加者もあり、STD の予防法として「やばそうなやつとはしない」〔G6M〕という友人の主張に対して、「顔じゃわからんて」〔G6G〕と反論していた。

この認識に対して今後さらに検討すべきは、女子高校生

たちが行う識別では、外見と評判のどちらがより実際には重要な基準になっているのかである。前述の Hiller らが行った研究でも、識別して予防と同じ現象が見られたが、研究参加者は外見よりも評判にやや重点を置いていた<sup>19)</sup>。いずれにしても、これらが相互排他的でなく、密接に関連した2要素である可能性も視野に入れて分析をし、結果に基づいて対処法を考えてゆく必要がある。

また、最近若者の間で流行している性器クラミジア感染症のように、症状が出にくい STD があり、それらが基本的にコンドーム使用や非挿入型の性交渉の実践によって防げる（ただしコンドームを使わないオーラルセックスでは感染の可能性がある）、という予防情報を十分に女子高校生に提供することも、彼女たちに自らの性の健康を維持してもらう上でも重要であろう。

## 限 界

本研究の限界は、4つある。

まず、実施された FGI が、本来「なぜ地方 A 県の女子高校生は性交渉において、コンドームを使わないようになってしまうのか」というテーマを明らかにすることが主目的ではなく、実施された（または実施予定の）予防介入教育に対する評価と、そのデザインにおいて参考になる、彼女たちの性意識・性行動の現状を探ることが、主な目的であった。従って、分析の深みと幅に限定がある。

また、女子高校生自身が性交渉をどのようなものであるべきと考えているのか（性規範）——例えば、男性がイニシアチブをとるべきもの、など——が十分に調査されていない。この点が不十分であるために、コンドームの<使用は相手次第>になってしまう現状に関する考察が限定的になっている。以上2点は、データ収集が既に終了してしまっただけから分析を開始したために、追加データの収集による理論的サンプリングができなかったという、本研究の限界に基づいている。

さらに、コンドームの使用・不使用は、2者の具体的な関係性によるところが大きいことから、FGI だけでなく、インデプス・インタビューによって、性交渉相手との具体的な関係の進展について詳細な情報を個別に収集する必要があると考えられる。例えば、相手との恋愛関係がどのように始まり、どのような経緯を経て初交に至ったのか、そしていつ頃からどのようなきっかけでコンドームを使わなくなったのかなど、初交経験のインパクトや時間的な変化を捉えられれば、より詳しくコンドーム不使用に関するプロセスを理解できるであろう。

最後に、全研究参加者41名のうち、自己報告によって判明した21名（うち3年生17名）の性交渉の相手が平均4人以上であったことから、本研究の対象となったのは、地

方 A 県の高校生の性交経験者の中でも、比較的経験の多い層に相当する。同県で同年に実施した一部の高校の3年生女子の性行動調査 (n=287) では、女子生徒の約 37.6% が性交経験をもち、その中で 25.2% (全女子生徒の 9.5%) が 4 人以上の経験者であったことから、本研究の知見はとくにこの層に該当するであろう。ただし、この層の中でも、本研究ではスノーボール・サンプリングによって、とくに養護教諭とつながりをもつ (保健室に相談に訪れる) 生徒を中心にリクルートしているため、そうでない生徒を調査した場合、大幅に異なる性意識や性行動が語られる可能性がある。このことは、我々が最近別の自治体で行った女子高校生たちの FGI では、コンドーム使用を相手の男性に依存しない、非常に自立的な態度が語られていることから想像される。従って、本研究の結果は、地方 A 県女子高校生の中でも、一部の性的に活発な女子高校生の状況を反映するが、全国の女子高校生に一般化できる知見ではないことに、十分な注意が必要である。

## 結論と展望

本論では、女子高校生のコンドーム不使用に限定した分析を行った。しかし、それでも彼女たちがコンドーム不使用に至ってしまうプロセスが、いかに HIV/STD にまつわる知識・意識・行動のみに限定されない、相互作用的な複数の社会・文化的プロセスで構成されているかが明らかになった。独自の避妊や STD 予防の意識や方法、コンドームに対する反応、男女間の力関係、性交渉の統制困難な特性、そして妊娠を受容する環境など、女子高校生を取り巻く性文化は複雑であり、この性まつわる複雑多様な文化の解明なくして、若者に対する有効な包括的 HIV/STD 予防方法や教育を開発できるとは考えにくい<sup>23)</sup>。

特に、日本の若者の性交渉や性関係の状況的特性を実証的に把握する試みは十分とはいえ、今後さらにそのような試みによる知見の蓄積が必要と思われる。本研究で示されたように、修正版 M-GTA は人と人との相互作用に重点をおいているため、性交渉や性関係における状況的特性を浮き彫りにするのに適している。

今後は、地方 A 県女子高校生たちのコンドーム入手プロセスなどについて、分析を進めてゆく。また、女子高校生に加えて男子高校生についても分析し、コンドーム不使用を中心とした男女高校生の多様な性文化を包括的に把握し、予防教育の現場に資する知見の生成を試みたい。

謝辞：本研究の FGI に際し、参加して下さった女子高校生の方々、実施に快くご協力下さった高等学校・大学ならびに地域保健行政関係者各位に、深甚の謝意を表します。また、スーパーバイザーとして随時ご指導下さった

立教大学社会学部の木下康仁先生、草稿に有益なコメントをくださったコロンビア大学人類学科の Carol S. Vance 先生並びにアムステルダム市立大学文化人類学科の Han ten Brummelhuis 先生にも、厚く御礼申し上げます。

## 文 献

- 1) UNAIDS : Report on the Global HIV/AIDS Epidemic, Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, July 2002.
- 2) 山崎浩司：人権・文化・性差へ強いまなざし。メディカル朝日 9 月号：15-16, 2002.
- 3) 厚生労働省エイズ動向委員会：平成 14 年エイズ発生動向 (概要)。http://www.acc.go.jp/mlhw/mhw\_survey/2003/04/summary.htm, 2003 年 4 月.
- 4) 木原雅子, 木原正博, 伊藤智子, 山崎浩司, 荒木善光, 本間隆之, 田村暁子：地方の高校生の日常生活・性意識・性行動に関する調査。HIV 感染症の動向と予防介入に関する社会疫学的研究 (平成 13 年度研究報告書), 257-268, 2002.
- 5) 木原雅子, 木原正博：若者の性行動と性感染症予防対策。日医雑誌 126 (9) : 1157-1160, 2001.
- 6) 木原雅子, 木原正博, 山崎浩司, 国友隆一, 小松隆一, 内野英幸, 市川誠一：A 県高校生のエイズ関連知識・意識・行動に関する調査。HIV 感染症の動向と予防介入に関する社会疫学的研究 (平成 14 年度研究報告書), 286-301, 2003.
- 7) 山崎浩司, 木原雅子, 木原正博, 伊藤智子, 西村由実子, 荒木善光, 本間隆之, 戒田信賢：フォーカス・グループ・インタビューを用いた予防介入の評価検討 (地方 B 県)。HIV 感染症の動向と予防介入に関する社会疫学的研究 (平成 13 年度研究報告書), 311-333, 2002.
- 8) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践——質的研究への誘い。東京, 弘文堂, 2003.
- 9) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチ——質的実証研究の再生。東京, 弘文堂, 1999.
- 10) ブルーマー H (後藤将之訳)：シンボリック相互作用論パースペクティブと方法。東京, 勁草書房, 1991.
- 11) 草柳千早：ブルーマーとシンボリック相互作用論。那須壽編：クロニクル社会学——人と理論の魅力を語る : p213-p225, 東京, 有斐閣, 2003.
- 12) Rice PL, Ezzy D : Qualitative Research Methods. Victoria, Australia, Oxford University Press, 1999.
- 13) Frith H : Focusing on sex : using focus groups in sex research. Sexualities, 3 (3) : 275-297, 2000.
- 14) UNAIDS : Sex and Youth : contextual factors affecting

- risk for HIV/AIDS. Geneva, UNAIDS, 1999.
- 15) Morgan D : Focus Groups as Qualitative Research. Thousand Oaks, Sage, 1997.
- 16) Kitzinger J [瀬島克之訳] : 保健・医療の現場を探るフォーカスグループ。(ポーブ C, メイズ N 編 [大滝純司監訳]) 質的研究実践ガイド——保健・医療サービス向上のために. 東京, 医学書院, p26-p34, 2001.
- 17) グレイザー BG, ストラウス AL [後藤隆ほか訳] : データ対話型理論の発見——調査からいかに理論をうみだすか. 東京, 新曜社, 1996.
- 18) 日本性教育協会編 : 「若者の性」白書——第5回・青少年の性行動全国調査報告. 東京, 小学館, 2001.
- 19) Hiller L, Harrison L, Warr D : “When you carry condoms all the boys think you want it” : negotiating competing discourses about safe sex. *J Adolesc* 21 : 15-29, 1998.
- 20) De Visser RO, Smith AMA : Predictors of heterosexual condom use : characteristics of the situation are more important than characteristics of the individual. *Psychol Health Med* 4 (3) : 265-279, 1999.
- 21) Rosenthal D, Smith A, De Visser R : Young people's condom use : an event specific analysis. *Venereology* 10 (2) : 101-105, 1999.
- 22) 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 : 日本人の HIV/STD 関連知識, 性行動, 性意識についての全国調査. 教育アンケート調査年鑑上 2001 : 94-105, 2001.
- 23) Parker R : Sexual diversity, cultural analysis, and AIDS education in Brazil, (Parker R, Aggleton P eds), *Culture, Society and Sexuality*, London, UCL Press, p325-p336, 1999.

## Social Interactions for Non-use of Condoms among High School Girls in Provincial Japan

Hiroshi YAMAZAKI, Masako ONO-KIHARA and Masahiro KIHARA  
Department of Global Health and Socio-epidemiology,  
Kyoto University School of Public Health

**Objective** : This paper aims to qualitatively analyze social interactions leading to consistent non-use of condoms among sexually active Japanese high school girls.

**Methods** : Between 2001 and 2003, we conducted 8 focus groups with 41 high school girls (median age 17, 35/41 had sexual experience) from 2 provincial cities in southwestern Japan. The data was analyzed by grounded theory approach.

**Results** : We found 3 social interactive processes regarding their non-use of condoms : 1 core process and 2 sub-processes (A and B).

The core process reveals that, as the high school girls become sexually experienced, they come to view their body as pregnant-free and withdrawal as an effective contraceptive method. Their major concern is unwanted pregnancy and not STD infection. Although they know condom is the most available contraceptive, the decision of its use is left to their partners who are mostly unwilling to use it. After practicing withdrawal or the rhythm method for several months, they empirically learn that they do not get pregnant so easily. These experiences allow them to reason that their body is pregnant-free ; and, withdrawal is a reliable enough contraceptive method.

The sub-process A reveals the perception of some minorities who do not regard pregnancy as a risk, and some factors associated with condom-acquisition impediments and condom repulsion. The sub-process B shows how some participants develop their unique pseudo-safe-sex perceptions. All of these contribute to their non-use of condom.

**Conclusions** : Since the social interactive processes regarding non-use of condoms by high school girls unfold in and beyond sexual encounters, they must be dealt holistically. Moreover, we cannot simply expect them to act always rationally regardless of social interactive processes in which they are engaged. To devise truly effective HIV/STD prevention measures for Japanese youth, further investigation of their social interactive processes regarding (non-)use of condoms is indispensable.

**Key words** : high school girls, condom (non-)use, HIV/STD, unwanted pregnancy, prevention

## 原 著

## HIV 感染からその自覚と医療施設の受診までの時間的遅れ

橋本 修二<sup>1)</sup>, 井上 洋士<sup>2)</sup>, 川戸美由紀<sup>1)</sup>, 村上 義孝<sup>3)</sup>, 木村 博和<sup>4)</sup>,  
市川 誠一<sup>5)</sup>, 中村 好一<sup>6)</sup>, 木原 正博<sup>7)</sup>, 福富 和夫<sup>8)</sup>

<sup>1)</sup> 藤田保健衛生大学医学部衛生学

<sup>2)</sup> 千葉大学看護学部地域看護学講座訪問看護学分野

<sup>3)</sup> 国立環境研究所環境健康研究領域疫学・国際保健学

<sup>4)</sup> 横浜市立大学医学部公衆衛生学

<sup>5)</sup> 名古屋市立大学大学院看護学研究科

<sup>6)</sup> 自治医科大学公衆衛生学

<sup>7)</sup> 京都大学大学院医学研究科社会疫学

<sup>8)</sup> 国立保健医療科学院特別研究員

目的：HIV 感染からその自覚までの時間的遅れ，自覚から医療施設の受診までの時間的遅れ，および，AIDS 患者における AIDS 発病前の HIV 検査受診状況を検討した。

対象および方法：エイズ拠点病院の 4 医療施設を，2002 年 11 月～2003 年 4 月に受診した HIV 感染者・AIDS 患者を対象として，無記名自記式質問票による調査を実施した。質問内容は HIV 感染時点，感染自覚時点，医療施設の受診時点，および，AIDS 患者では発病前の HIV 検査の受診状況などであった。解析には 170 人のデータを用いた。

結果：HIV 感染時期と自覚時期の両方の回答者 66 人において，HIV 感染から自覚までの遅れは 1～2 年が 21%，3 年以上が 17% であった。HIV 感染自覚時期と医療施設受診時期の両方の回答者 163 人において，HIV 感染の自覚から医療施設の受診までの時間的遅れは 1 か月未満が 69%，1 年以上が 2% であった。AIDS 発病者 34 人において，AIDS 発病前の HIV 検査は受診が 24%，未受診が 76% であり，未受診理由は「HIV 感染を思いもしなかった」が多かった。

結論：HIV 感染から自覚までの遅れがかなり長く，自覚から医療施設の受診までの遅れは比較的短いことが示唆された。さらに研究を進めることが重要であろう。

キーワード：HIV, AIDS, HIV 感染の自覚, 医療施設の受診, 遅れ

日本エイズ学会誌 7: 31-36, 2005

## はじめに

HIV 感染者の多くは特異的な症状がなく，AIDS を発病するか，あるいは，HIV 検査によってその感染が分かる。HIV 感染を自覚して，医療施設を受診すると，多剤併用療法などの有効な抗 HIV 治療を受けることができる<sup>1,2)</sup>。これらの間の時間的遅れを短縮することは，HIV 感染者の AIDS 発病の予防，および，HIV 感染が未自覚のために生ずる新たな HIV 感染発生の予防などの面できわめて大切である<sup>3,4)</sup>。

HIV 感染からその自覚と医療施設の受診までの時間的遅れについては，HIV 検査を未受診で HIV 感染を自覚していない者を含めて検討することが望ましい。しかし，未自覚の HIV 感染者の把握は現実にはきわめて困難である

ことから，受療中の HIV 感染者・AIDS 患者について検討する意義は小さくない<sup>5-7)</sup>。また，AIDS 患者における AIDS 発病前の HIV 検査受診状況についても，HIV 感染から自覚までの時間的遅れを考える上で貴重な情報を提供するものと考えられる。

わが国では，HIV 感染から医療施設の受診までの時間的遅れが大きいと報告されている<sup>7)</sup>。この報告は 1997 年までの HIV 感染者を対象としており，その後の抗 HIV 治療の進展や HIV 検査体制の整備の状況を考慮すると<sup>8-10)</sup>，現在では，その時間的遅れが短縮している可能性もある。また，HIV 感染から医療施設の受診までの遅れは，HIV 感染から自覚までの遅れ，自覚から医療施設の受診までの遅れに分けることができるが，別々に評価することも重要である。

本研究では，受療中の HIV 感染者・AIDS 患者について，HIV 感染からその自覚までの遅れ，自覚から医療施設の受診までの遅れ，および，AIDS 患者における AIDS 発病前の HIV 検査受診状況を検討した。

著者連絡先：橋本修二（〒470-1192 愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ  
窪 1-98 藤田保健衛生大学医学部衛生学講座）  
Fax: 0562-93-2456

2004 年 8 月 30 日受付；2004 年 10 月 29 日受理