

- of evaluating anxiety and depression in digestive organ internal medicine outpatients. *Journal of Gastroenterology*, 93, 884–892 (in Japanese).
- KIHARA, M., KIHARA, M., UCHINO, H., ISHIZUKA, T., OZAKI, Y., SHIMAZAKI, T., SUGIMORI, N., TSUCHIDA, S., NAKAUNE, N., MINOWA, M. & YAMAMOTO, T. (2000). HIV and Sex in Japan Survey. In: *Epidemiological Studies on HIV/AIDS Report, 1999 fiscal year edition* (pp.565–583). Tokyo: Ministry of Health and Welfare (in Japanese).
- KITAMURA, T. (1993). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Archives of Psychiatric Diagnosis and Clinical Evaluation*, 4, 371–372 (in Japanese).
- KUGAYA, A., AKECHI, T., OKUYAMA, T., OKUYAMA, H. & UCHITOMI, Y. (2000). Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 28, 333–338.
- LANGFORD, C.P.H., BOWSHER, J., MALONEY, J.P. & LILLIS, P.P. (1997). Social Support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 95–100.
- NEWSHAN, G., TAYLOR, B. & GOLD, R. (1998). Sexual functioning in ambulatory men with HIV/AIDS. *Journal of STD & AIDS*, 9, 672–676.
- NORMAN, L.R., KENNEDY, M. & PARISH, K. (1998). Close relationships and safer sex among HIV-infected men with haemophilia. *AIDS Care*, 10, 339–354.
- PAKENHAM, K.I. (1998). Specification of social support behaviours and network dimensions along the HIV continuum for gay men. *Patient Education and Counselling*, 34, 147–157.
- PIERRET, J. (2000). Everyday life with HIV/AIDS: surveys in the social sciences. *Social Science & Medicine*, 50, 1589–1598.
- REVENSON, T.A., SCHIAFFINO, K.M., MAJEROVITZ, S.D. & GIBOFKY, A. (1991). Social support as a double-edged sword: the relation of positive and problematic support to depression and the rheumatoid arthritis patient. *Social Science & Medicine*, 33, 807–913.
- RHODES, T. & CUSICK, L. (2000). Love and intimacy in relationship risk management: HIV positive people and their sexual partners. *Sociology of Health & Illness*, 22, 1–26.
- SAVARD, J., LABERGE, B., GAUTHIER, J.G., IVERS, H. & BERGERON, M.G. (1998). Evaluating anxiety and depression in HIV-infected patients. *Journal of Personality Assessment*, 71, 349–367.
- SCAMBLER, G. & HOPKINS, A. (1986). Being epileptic: coming to terms with stigma. *Sociology of Health and Illness*, 8, 26–43.
- SCHILTZ, M.A. (2000). HIV-positive people, risk and sexual behavior. *Social Science & Medicine*, 50, 1571–1588.
- SCHNEIDER, J.W. & CONRAD, P. (1983). *Having epilepsy: the experience and control of illness*. Philadelphia: Temple University Press.
- SEKI, Y., YAMAZAKI, Y., INOUE, Y., WAKABAYASHI, C. & SETO, S. (2002). How HIV infected haemophiliacs in Japan were informed of their HIV-positive status. *AIDS Care*, 14, 651–664.
- WEITZ, R. (1997). Uncertainty and the lives of persons with AIDS. In: CONRAD, P. & KERN, R. (Eds), *The sociology of health and illness: critical perspectives* (5th edn) (pp. 136–147). New York: St. Martin's Press.
- WHOQOL GROUP (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46, 1569–1585.
- ZIGMOND, A.S. & SNAITH, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361–370.

Appendix A

Measure of self-restriction score

Respondents were asked to answer each item 'yes' or 'no'. The score was calculated by adding 1 for 'yes' and 0 for 'no' concerning the six items.

1. I am always cautious not to have my HIV infection known to people around me.
2. I am treated at a hospital where I am unlikely to see my neighbours or acquaintances.
3. I avoid health checks at my workplace or school.
4. I avoid close human relations at my workplace, school or in the neighbourhood.
5. I try to avoid contact with relatives.
6. I have moved, because it was difficult to stay in the same neighbourhood.

Appendix B

Measure of extent of emotional support network score

Respondents were asked to select from the 14 items. The score was calculated by adding 1 for 'selected' and 0 for 'not selected' concerning the 14 items.

1. Parents
2. Spouse, partner, lover
3. Brothers, sisters
4. Relatives
5. Colleagues at the workplace
6. Teachers, students
7. Friends or acquaintances (*HIV-negative*)
8. *HIV-positive* friends or acquaintances
9. Doctors and nurses at the hospital
10. Hospital counsellors
11. NGO members
12. Governmental office
13. *HIV-related* group
14. Other

HIV PREVENTION FOR ASIAN AND PACIFIC ISLANDER MEN WHO HAVE SEX WITH MEN: IDENTIFYING NEEDS FOR THE ASIA PACIFIC REGION

Kyung–Hee Choi, Willi McFarland, Masahiro Kihara

In Asia and the Pacific, an estimated 7.4 million people are now living with HIV and the epidemic continues to expand (UNAIDS, 2003). National and regional HIV prevalence data show great heterogeneity across Asia (UNAIDS, 2003). Several of India's massively populous states have measured HIV prevalence among pregnant women above 1%, meeting the definition of a generalized epidemic (UNAIDS, 2003). Some of the world's most devastating epidemics have occurred in Thailand, Cambodia, and Myanmar. Much scientific and popular media attention has been given to the serious concentrated epidemics affecting millions of injection drug users, commercial sex workers, and former plasma donors in China, India, Vietnam, and Indonesia (UNAIDS, 2002a, 2003). Less attention has been given to men who have sex with men (MSM).

In the rare instances where studies have been done, they tend to show high prevalence of HIV among MSM in Asia. A 2001–2002 survey of Beijing MSM in China found an HIV prevalence of 3.1% (Choi, Liu, Guo, Han, Mandel, & Rutherford, 2003). A similar level of HIV infection (3.3%) was observed in 2001 among Osaka MSM in Japan (Ichikawa, 2003). By comparison, other countries such as India, Cambodia, Thailand, and Malaysia are witnessing more serious epidemics in the MSM population, reporting HIV infection rates as high as 17% (Kumta et al., 2002; UNAIDS, 2002b). Meanwhile, male–male sexual behavior exists in all societies in Asia and most Asian Pacific countries with adequate surveillance systems have reported AIDS cases among MSM (UNAIDS, 2002b). Although HIV cases among MSM were identified early in the epidemics of many Asian countries, the HIV prevention needs of their MSM populations have largely been ignored or were never recognized in the first place. This thematic issue features eight articles that address the risk of HIV for MSM of Asian and Pacific Islander descent in the region.

In the context of resurging risk behavior, sexually transmitted infections, and HIV incidence among MSM in urban Australia, Western Europe, and the United States (Dodds, Nardone, Mercey, & Johnson, 2000; Dukers, Goudsmit, de Wit, Prins,

Kyung–Hee Choi and Willi McFarland are with the Center for AIDS Prevention Studies, University of California, San Francisco, California. Willi McFarland is also with the San Francisco Department of Public Health, San Francisco, California. Masahiro Kihara is with Kyoto University, Kyoto, Japan.

Address correspondence to Kyung–Hee Choi, Ph.D., M.P.H., at the University of California–San Francisco, Center for AIDS Prevention Studies, 74 New Montgomery, Suite 600, San Francisco, CA 94105; e-mail: khchoi@psg.ucsf.edu

Weverling, & Coutinho, 2001; Katz et al., 2002; van de Ven, Prestage, French, Knox, & Kippax, 1998), the first two articles document temporal trends in levels of HIV-related risk in Australia and the United States. Van de Ven et al. (this issue) find that Asian-Australian MSM have not changed their sexual risk from 1999 to 2002, resisting the local and international trend. In contrast, McFarland et al. (this issue) report increases in rates of unprotected anal intercourse and sexually transmitted diseases among MSM with Asian and Pacific Islander background in San Francisco from 1999 to 2002, catching up to and exceeding levels of the larger local white gay community.

Most countries in Asia and the Pacific do not include MSM in their ongoing HIV surveillance efforts. Thus, there is a paucity of information about prevalence and risk behavior in the MSM population. In their article, Colby et al. (this issue), point out that sentinel surveillance for HIV in Vietnam do not target MSM and call for HIV prevention research to address the needs of those men who draw little attention despite their increasing visibility. Noting a similar situation in Cambodia, Girault et al. (this issue) report a high HIV prevalence of 14.4% among MSM in Phnom Penh and urge immediate action to prevent the spread of HIV within this group of men and their sexual partners.

It has been suggested that MSM in Asia and the Pacific may play a significant role bridging the HIV epidemic to heterosexually active persons. Choi et al. (this issue) provide evidence supporting this pattern by showing that 11% of their MSM sample in Beijing, China had unprotected sex with both men and women in the past 6 months. Girault et al.'s study (this issue) mentioned above, also describe the potential bridging role of Cambodian MSM who have sex with both men and women in HIV transmission from high- to low-risk groups.

The last three articles examine psychological and sociocultural factors associated with HIV-related risk behaviors among Asian MSM in Australia and the United States. Mao et al. (this issue) show that individualism-collectivism, self-efficacy, and gay community attachment are associated with sexual risk among Asian MSM in Sydney. Wilson et al.'s qualitative study (this issue) reveals that Asian MSM in New York experience a variety of social discrimination including homophobia, racism, and anti-immigrant discrimination and that their levels of HIV risk vary by how they respond to discrimination. Using quantitative data collected from New York Asian MSM, Yoshikawa et al. (this issue) assess the association between experiences of discrimination, conversations about discrimination with gay friends and with family, and sexual risk for HIV.

In aggregate, the articles in this thematic issue highlight the diversity of Asian MSM and the contexts in which they find themselves. Some communities appear to be emerging from traditional societal roles that permitted, but severely marginalized male-male sexual behavior; others are well on the way towards a gay identity parallel to or integrated within urban communities of the Western world. Nonetheless, the articles in this issue suggest that specific prevention needs of Asian MSM are largely unmet virtually everywhere. It is our hope that this issue will give voice to recent research on emerging prevention issues among Asian and Pacific Islander MSM and will spark further efforts to address their prevention needs.

REFERENCES

- Choi, K., Liu, H., Guo, Y., Han, L., Mandel, J., & Rutherford, G. (2003). Emerging HIV epidemic in China among men who have sex with men. *The Lancet*, 361, 2125–2126.
- Dodds, J. P., Nardone, A., Mercey, D. E., & Johnson, A. M. (2000). Increase in high risk sexual behaviour among homosexual men, London 1996–8: Cross sectional, questionnaire study. *British Medical Journal*, 320, 1510–1511.
- Dukers, N., Goudsmit, J., de Wit, J. B. F., Prins, M., Weverling, G. J., & Coutinho, R. A. (2001). Sexual risk behaviour relates to the virological and immunological improvements during highly active antiretroviral therapy in HIV-1 infection. *AIDS*, 15, 369–378.
- Ichikawa, S. (2003). Prevention intervention of HIV infection among men who have sex with men: Project MASH Osaka. *Journal of AIDS Research*, 5, 28–35.
- Katz, M. H., Schwarcz, S. K., Kellogg, T. A., Klausner, J. D., Dilley, J. W., Gibson, S., et al. (2002). Impact of highly active antiretroviral treatment of HIV seroincidence among men who have sex with men: San Francisco. *American Journal of Public Health*, 92, 388–394.
- Kumta, S., Setia, M., Jerajani, H. R., Kavi, A. R., Gogate, A., Ekstrand, M., Klausner, J., & Lindan, C. (2002, July). *Men who have sex with men and male-to-female transgender in Mumbai: A critical emerging risk group for HIV and STI in India* [Abstract TuOrC1149]. Paper presented at the 14th International Conference on AIDS. Barcelona, Spain.
- UNAIDS. (2002a). *AIDS epidemic update, December 2002*. Geneva, Switzerland: Author.
- UNAIDS. (2002b). *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Geneva, Switzerland: Author.
- UNAIDS. (2003). *AIDS epidemic update, December 2003*. Geneva, Switzerland: Author.
- Van de Ven, P., Prestage, G., French, J., Knox, S., & Kippax, S. (1998). Increase in unprotected anal intercourse with casual partners among Sydney gay men in 1996–98. *Australia New Zealand Journal of Public Health*, 22, 814–818.

Original Article

Numbers of People with HIV/AIDS Reported and Not Reported to Surveillance in Japan

Shuji Hashimoto,¹ Miyuki Kawado,¹ Yoshitaka Murakami,² Seiichi Ichikawa,³ Hirokazu Kimura,⁴ Yosikazu Nakamura,⁵ Masahiro Kihara,⁶ and Kazuo Fukutomi.⁷

BACKGROUND: Trends in the numbers of Japanese patients with human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) reported to the HIV/AIDS surveillance system in Japan were examined. We attempted to estimate the cumulative number of Japanese with HIV, including people with HIV not reported to the surveillance.

METHODS: Data from the HIV/AIDS surveillance in Japan up to the end of 2002 were available. The number of unreported HIV cases was estimated using the back-calculation method. To evaluate this method, the number of reported HIV cases up to 1996 (before highly active antiretroviral treatments were widely available in Japan) was compared with the number estimated by the same method.

RESULTS: The number of AIDS cases who were initially reported as having AIDS without having been reported as HIV-infected markedly increased as did the number of reported HIV cases. The number of AIDS cases who had been initially reported as HIV-infected and who were then reported as AIDS progression increased up to 1996 but decreased in the period of 1997-2002. The cumulative number of people with HIV at the end of 2002 was estimated as 14,000, which was 4.2 times higher than the number of reported HIV cases. The cumulative number of HIV cases reported up to 1996 was nearly equal to the number estimated by the above-mentioned method.

CONCLUSIONS: HIV infection would appear to be spreading widely among Japanese population. The number of HIV cases actually reported to surveillance might still be low.

J Epidemiol 2004;14:182-186.

Key words: HIV, Acquired Immunodeficiency Syndrome, surveillance, trend, estimation.

HIV/AIDS surveillance, which reveals trends in the numbers of patients with human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) for planning and evaluating countermeasures against HIV/AIDS, has been conducted in many developed countries including Japan.¹⁻³ However, such trends based on surveillance data must be carefully interpreted.

The number of HIV cases reported to surveillance reliably rep-

resents the number of people diagnosed with HIV if the proportion of people diagnosed with HIV who reported to surveillance is sufficiently high. In recent years, people diagnosed with HIV can prevent or delay the progression to AIDS by undergoing highly active antiretroviral treatments, including combination regimens such as two nucleoside reverse transcriptase inhibitors plus one protease inhibitor.^{4,6} The trend in the number of AIDS cases who

Received July 2, 2004, and accepted August 18, 2004.

This study was supported by a Grant-in-Aid from the Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan for Research on HIV/AIDS.

¹ Department of Hygiene, Fujita Health University School of Medicine.

² Epidemiology and International Health Research Section, Environmental Health Sciences Division, National Institute for Environmental Studies.

³ Nagoya City University School of Nursing.

⁴ Department of Public Health, Yokohama City University School of Medicine.

⁵ Department of Public Health, Jichi Medical School.

⁶ Kyoto University School of Public Health.

⁷ National Institute of Public Health.

Address for correspondence: Shuji Hashimoto, Department of Hygiene, Fujita Health University School of Medicine, 1-98, Kutsukake-cho, Toyoake, Aichi 470-1192, Japan.

had been initially reported to surveillance as HIV-infected and were subsequently reported as having progressed to AIDS (secondarily reported AIDS cases) would reflect the effects of highly active antiretroviral treatments. Furthermore, the trend in the number of AIDS cases who were initially reported as having AIDS without having been previously reported as HIV-infected (initially reported AIDS cases) might reflect the number of people with undiagnosed HIV, which is important for monitoring through surveillance.⁷

In Japan, the proportion of those reported to surveillance among people diagnosed with HIV and AIDS was indicated to be sufficiently high.⁸ Highly active antiretroviral treatments have been widely used in cases diagnosed with HIV and/or AIDS since 1997.⁹ However, the trend in the number of non-Japanese with HIV and AIDS has been affected by arrivals to and departures from Japan.¹⁰

In this study, trends in the numbers of Japanese HIV and AIDS cases reported to surveillance in Japan up to the end of 2002 were examined. Using the surveillance data, we attempted to estimate the cumulative number of Japanese with HIV including those with HIV not reported to surveillance.

METHODS

HIV/AIDS surveillance in Japan

HIV/AIDS surveillance in Japan, organized by the Ministry of Health, Labour and Welfare of the Japanese government, was started in 1984.^{3,11} Both HIV infection and AIDS are notifiable conditions and are reported by the diagnosing physician (cases infected through blood products are not included). In the surveillance, two types of reporting forms are used; Form 1 is for the initial identification of HIV seropositivity or AIDS, and Form 2 is for cases identified as having progressed from being HIV positive to developing AIDS or from having AIDS to death. Form 1 includes sex, age, nationality, HIV/AIDS status, date of diagnosis and route of infection, while Form 2 includes all of those except for the route of infection.

Trends in the numbers of HIV and AIDS cases reported to surveillance

The annual trends in the numbers of Japanese HIV cases reported to surveillance and AIDS cases initially reported up to the end of 2002 were examined using the data of Form 1. In addition, the annual trends in the numbers of secondarily reported AIDS cases were observed using the data of Form 2.

The numbers of secondarily reported AIDS cases up to 1996 and in 1997-2002 (when highly active antiretroviral treatments were widely available in Japan) were compared with their numbers expected under the condition that HIV cases received no active antiretroviral treatments. We assumed that under this condition, each reported HIV case had the expected cumulative probability of AIDS progression over a 20-year period previously reported: 0.00, 0.005, 0.03, 0.09, 0.15, 0.22, 0.29, 0.36, 0.43,

0.50, 0.54, 0.58, 0.62, 0.66, 0.70, 0.74, 0.78, 0.82, 0.86 and 0.90 at 1-20 years after HIV infection, respectively.¹² Under the assumption, the expected number of AIDS cases progressed from reported HIV cases was calculated as the total of the expected cumulative probability of AIDS progression for such cases corresponding to the elapsed years after their report of HIV infection.

Cumulative number of people with HIV estimated from surveillance data

The cumulative number of Japanese with HIV at the end of 2002 was estimated as the number of HIV cases reported to surveillance plus the estimated number not reported. The number of reported HIV cases was obtained from the surveillance data. The number of unreported HIV cases was estimated using the back-calculation method¹³ and the surveillance data as follows.

We assumed that unreported HIV cases received no active antiretroviral treatments, and that each unreported HIV case had the expected cumulative probability of AIDS progression over a 20-year period above-mentioned. We also assumed that the distribution of years after HIV infection among unreported HIV cases was equal to that among reported HIV cases. Under these assumptions, the mean expected cumulative probability of AIDS progression for unreported HIV cases was calculated as the mean of the expected cumulative probabilities of AIDS progression corresponding to the elapsed years after the report of HIV infection among reported HIV cases. The number of unreported HIV cases was estimated as the number of initially reported AIDS cases divided by this mean expected cumulative probability of AIDS progression.

To evaluate the method for estimating the number of unreported HIV cases, the cumulative number of HIV cases reported up to 1996 (before highly active antiretroviral treatments were widely available in Japan) was compared with the number estimated by the same method.

RESULTS

Trends in the numbers of HIV and AIDS cases reported to surveillance

Figure 1 shows the annual trends in the numbers of Japanese HIV and AIDS cases reported. The number of initially reported AIDS cases markedly increased as well as the number of reported HIV cases. The number of secondarily reported AIDS cases increased up to 1996 and decreased thereafter (1997-2002).

Figure 2 shows the numbers of secondarily reported AIDS cases up to 1996 and in 1997-2002, and the numbers expected under the condition that HIV cases received no active antiretroviral treatments. The reported number was nearly equal to its expected number up to 1996, but was markedly lower than its expected number in 1997-2002 (i.e., the reported number of 72 vs. the expected number of 465).

Cumulative number of people with HIV estimated from surveillance data

Table 1 shows the estimated cumulative numbers of Japanese with HIV and/or AIDS at the end of 2002. The mean of years after the report of HIV infection among reported HIV cases at the end of 2002 was 4.6 years. Under the assumptions that unreported HIV cases received no active antiretroviral treatments, and that the distribution of years after HIV infection among such cases was equal to that among reported HIV cases, the mean expected cumulative probability of AIDS progression among unreported HIV cases was calculated as 0.163. The number of unreported HIV cases was estimated as 11,000 (=the number of initially reported AIDS cases / the mean expected cumulative probability of AIDS progression among unreported HIV cases = 1,771/0.163). The cumulative number of people with HIV was estimated as 14,000 (=the number of reported HIV cases plus the estimated number of unreported HIV cases = 3,436 + 11,000), which was 4.2 times higher than the number of reported HIV cases.

The cumulative number of HIV cases reported up to 1996 was 1,033, which was nearly equal to the 1,090 estimated by the above-mentioned method.

DISCUSSION

The increase in the number of reported HIV cases indicated that the number of people diagnosed with HIV was increasing. The rise in the number of initially reported AIDS cases indicated that people with undiagnosed HIV were increasing. Thus HIV infection would appear to be spreading widely among the Japanese population. However, the increase up to 1996 together with the decrease in 1997-2002 in the number of secondarily reported AIDS cases suggested that progression to AIDS among many people diagnosed with HIV has been prevented or delayed due to the wide use of highly active antiretroviral treatments since 1997 in Japan.⁹ The number of persons with AIDS progression prevented in 1997-2002 might be evaluated by the number of secondarily reported AIDS cases in 1997-2002 compared with its number

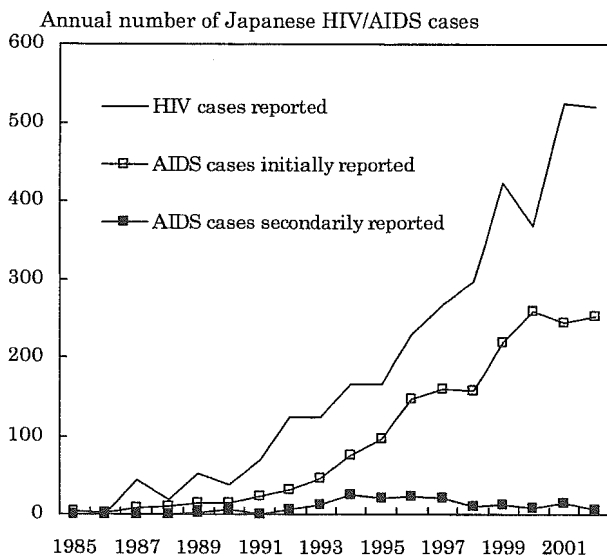


Figure 1. Annual trends in the numbers of Japanese HIV and AIDS cases reported to surveillance.

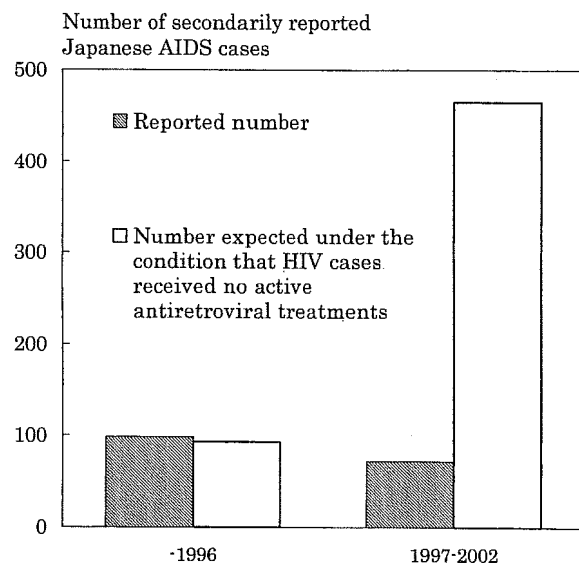


Figure 2. The number of Japanese AIDS cases secondarily reported to surveillance and its expected number.

Table 1. The estimated cumulative number of Japanese with HIV at the end of 2002.

	Progression to AIDS	Without progression to AIDS	Total
Reported as HIV- infected	171*	3,265*	3,436*
Unreported as HIV-infected	1,771*	9,000 [†]	11,000 [†]
Total	1,942*	12,000[†]	14,000[†]

* : the reported number
 † : the estimated number

expected under the condition that reported HIV cases received no active antiretroviral treatments (the reported number of 72 vs. the expected number of 465). Further research is required.

The cumulative number of people with HIV was estimated as 14,000, which was 4.2 times higher than the number of reported HIV cases. These findings suggested that many people had HIV in Japan, that a large proportion of those not diagnosed had no opportunity to prevent or delay their progression to AIDS by undergoing highly active antiretroviral treatments, and that aggressive countermeasures must be taken to prevent HIV infection and provide opportunities to detect such potential HIV infection in Japan.

This study has several problems and limitations. The most critical problem involves the accuracy of the data from the HIV/AIDS surveillance system in Japan. Our results were affected by the breadth of the coverage and the possible duplication in reporting diagnosed HIV and AIDS cases.^{3,14} However, the proportion of people diagnosed with HIV and AIDS who reported to surveillance was seen to be sufficiently high.⁸ Although the secondary reporting of AIDS cases was put on a voluntary basis after the Infectious Disease Control Law was enacted in April 1999 in Japan, no great decline in its coverage was suggested.¹⁵

In estimating the number of unreported HIV cases, we used the back-calculation method which has been widely employed for predicting the number of HIV and AIDS cases.¹³ In this method, the data on reported HIV cases and initially reported AIDS cases was used, whereas the data of secondarily reported AIDS cases was not. For applying other methods such as a system analysis, further data would be necessary.^{10,16}

The essential assumptions were that unreported HIV cases received no active antiretroviral treatments, and that the distribution of years after HIV infection for unreported HIV cases was equal to that for reported HIV cases. Using these assumptions, the mean expected cumulative probability of AIDS progression for unreported HIV cases was calculated. The former assumption would be reasonable because the proportion of people diagnosed with HIV reported to surveillance was found to be sufficiently high. Had the coverage of undiagnosed HIV cases reported to HIV/AIDS surveillance in Japan risen rapidly in recent years, the latter assumption would not be valid. There were no reports enabling us to reliably determine whether this assumption was valid or not in Japan.

Another assumption was that data on the expected cumulative probability of AIDS progression in the absence of active antiretroviral treatments previously reported were available.¹² It would be safe to assume that HIV cases reported up to 1996 (before highly active antiretroviral treatments were widely available in Japan) would not have received active antiretroviral treatments, as was also true of unreported cases. The cumulative number of HIV cases reported up to 1996 was nearly equal to the number estimated by the same method under this assumption, suggesting that this assumption would be equally valid for HIV cases reported up to 1996 as well as for unreported cases.

ACKNOWLEDGMENTS

The authors wish to thank Professor Masaki Nagai at the Department of Public Health, Saitama Medical School for his valuable comments on this work.

REFERENCES

1. Kihara M, Kamakura M, Feldman MD. Introduction: HIV/AIDS surveillance in a New Era. *JAIDS* 2003; 32 (suppl 1):S1-S2.
2. Pisani E, Lazzari S, Walker N, Schwartlander B. HIV surveillance: A global perspective. *JAIDS* 2003; 32 (suppl 1):S3-S11.
3. Kihara M, Ono-Kihara M, Feldman MD, Ichikawa S, Hashimoto S, Eboshida A, et al. HIV/AIDS surveillance in Japan, 1984-2000. *JAIDS* 2003; 32 (suppl 1):S55-S62.
4. Hammer SM, Squires KE, Hughes MD, Grimes JM, Demeter LM, Currier JS, et al. A controlled trial of two nucleoside analogues plus didanosine in persons with human immunodeficiency virus infection and CD4 cell counts of 200 per cubic millimeter or less. *N Engl J Med* 1997;337:725-33.
5. Hogg RS, Heath KV, Yip B, Craib KJP, O'Shaughnessy MV, Schechter MT, et al. Improved survival among HIV-infected individuals following initiation of antiretroviral therapy. *JAMA* 1998;279:450-4.
6. Cameron DW, Heath-Chiozzi M, Danner S, Cohen C, Kravcik S, Maurath C, et al. Randomised placebo-controlled trial of zidovudine in advanced HIV-1 disease. The Advanced HIV Disease Zidovudine Study Group. *Lancet* 1998;351:543-9.
7. Matsuyama Y, Hashimoto S, Ichikawa S, Nakamura Y, Kidokoro T, Umeda T, et al. Trends in HIV and AIDS based on HIV/AIDS surveillance data in Japan. *Int J Epidemiol* 1999;28:1149-55.
8. Hashimoto S, Matsumoto T, Nagai M, Matsuyama Y, Nakamura Y, Umeda T, et al. Delays and continuation of hospital visits among HIV-infected persons and AIDS cases in Japan. *J Epidemiol* 2000;10:65-70.
9. Yamaguchi T, Hashimoto S, Oka S, Yoshizaki K, Kimura S, Fukutake K, et al. Physical condition and activity of daily living among HIV patients infected through blood products in Japan. *J Epidemiol* 2002;12:383-93.
10. Hashimoto S, Fukutomi K, Ichikawa S, Matsuyama Y, Nakamura Y, Kihara M. Future prediction of the numbers of HIV-infected persons and AIDS cases. *J AIDS Res* 2000;2:35-42. (in Japanese)
11. Umeda T. HIV/AIDS situation in Japan. *J Epidemiol* 1996;6(suppl 1):S133-S137.
12. Chin J, Lwanga SK. Estimation and projection of adult AIDS cases: a simple epidemiological model. *Bull WHO* 1991;69:399-406.
13. Brookmeyer R, Gail MH. Minimum size of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) epidemic in the United States.

原 著

HIV 感染者のセクシュアルヘルスへの医療従事者による
支援に関する調査研究井上 洋士¹⁾, 村上未知子²⁾, 有馬 美奈³⁾, 市橋 恵子⁴⁾
大野 稔子⁵⁾, 山元 泰之⁶⁾, 岩本 愛吉⁷⁾, 木原 正博⁸⁾¹⁾ 千葉大学看護学部地域看護学講座訪問看護学²⁾ 東京大学医科学研究所附属病院³⁾ 東京都立駒込病院⁴⁾ 訪問看護ステーション堂山⁵⁾ 北海道大学医学部附属病院⁶⁾ 東京医科大学臨床検査医学⁷⁾ 東京大学医科学研究所先端医療研究センター⁸⁾ 京都大学医学研究科社会疫学分野

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た医療従事者、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。

キーワード：HIV 感染者、QOL、セクシュアルヘルス、医療従事者、支援

日本エイズ学会誌 6 : 174-183, 2004

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

著者連絡先：井上洋士 (〒260-8672 千葉市中央区亥鼻 1-8-1
千葉大学看護学部地域看護学講座訪問看護学教育研究分野)

Fax : 043-226-2442

2004 年 3 月 11 日受付 ; 2004 年 7 月 15 日受理

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^{4,5)} 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^{6,7)}、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。

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も行なった。

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であった。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（表 1）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で録音し、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 метод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、指示的箇所に着眼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の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。

表 1 FGD・面接調査において提示した仮想事例の概略

事例番号	概略
事例 1	20代前半, 男性, 大学4年生。献血を機に一昨年の1月 HIV 感染判明。推定感染経路は男性同性間性交渉。決まったパートナーなし。感染判明時の CD4 は 400, ウイルス量は 5,000 コピー。未治療で経過観察。体調に問題なし。HIV 感染を機に医師・看護師からセーフターセックスについて説明が行なわれた。3カ月に1度の定期受診を続けていたが, 1年ほどで A 型肝炎に感染, 1カ月間入院。「最初は気を付けるけど, 慣れてくると気を付けなくなる」「挿入の時はコンドームをするが, オーラルセックスの時はコンドームをつけていなかった」と本人発言。医師・看護師から, 性感染症とコンドーム使用必要の説明が再度なされた。退院後より徐々に受診の間隔があくようになり, 1年後手掌の梅毒疹出現契機に受診。医師は改めてセーフターセックスについて説明したが, 看護師に「盛り上がるとコンドームなんてやってられない」「HIV のことはいちいち相手に言わないし, あんまりコンドームって言うと不審がられて逃げられる」と打ち明けた。
事例 2	30代後半, 男性。5年前, 体調不良のため受診した医療機関で抗体検査を勧められ HIV 抗体陽性判明。推定感染経路は男性同性間性交渉。当初 150 だった CD4 は現在 500。薬は 100% 内服, ウイルス量も検出限界以下。感染判明時のパートナーとは HIV が原因で別れた。以後決まったパートナーは意識して作らずにいた。2年ほど前からパートナーと呼べる相手ができ, 1年前から同棲。相手は 40 代の男性でハッテン場で出会った。いまだに相手に HIV のことを伝えていない。相手とは必ずコンドームを使っていたが, 万が一コンドームが破損したら…と思うとセックスすることが怖くなり, この半年間全くセックスしていない。外来受診の際, 看護師に「きちんと伝えなくてはいけないと思いつつも 2 年がたってしまった。これまでうまく相手からの誘いをかわしてきたが, いつまで話さずにこの状況を続けられるか不安」と話すため, どうしたら相手に告知できるか一緒に考えてみませんかと持ちかけるが「今さら話しても, どうしてはじめに言ってくれなかったんだと責められる。きっと別れることになってしまう」と気持ちが固まらない。
事例 3	20代後半, 女性。3年前, 献血がきっかけで HIV 感染判明。CD4 は 200, ウイルス量 50,000 コピー, 半年間の経過観察後, 治療開始。現在の CD4 は 400, 副作用も無く, 体調も良好。半年前からある男性と交際を始めた。いったんは HIV のことを相手に説明し交際を断わったが, 話し合った結果つきあうことになった。何度か彼の自宅に泊まる機会があったが, セックスには至らなかった。彼自身はセックスをしたがっているようだったが, HIV 感染への不安が拭えずにセックスできずにいた。ある日セックスに及んだが, コンドームを外した彼の手に膣液が付着した。その途端, 彼は飛び跳ねるようにして洗面所へ行き, 流水で慌てて手を洗った。ある程度予想できたが傷ついた。自分自身が汚いものに感じられてショックだった。その後も, セックスが終わる度に彼はいつも入念にシャワーを浴び, うがいをした。セックスの度に傷つき, 落ち込んだ。外来受診の際, 彼女は仲の良い看護師に彼のことを打ち明け相談した。
事例 4	50代前半, 男性。10年前, 検査前採血で HIV 抗体陽性判明。判明時の CD4 は 50。直ちに治療が開始され, 現在は 300 まで回復, 体調は良好。推定感染経路は異性間性交渉。10~15 年ほど前, 海外出張の際, 接待で数回女性を買った時しか考えられないとのこと。本人の判断で感染の事実はずぐに妻に伝えられ, 妻も検査を受け陰性。受け持ち看護師は, ある調査をきっかけに, セックスについて本人と話す機会があり, 感染判明後 10 年間, 妻と全くセックスを行っていないとわかった。理由は勃起しないためであり, 悩んだ彼は民間療法や漢方薬などを試したが効果なく, そのうち妻もあきらめて何も言わなくなったと言う。「妻には本当に申し訳ない。でも, HIV に感染した罰だと自分に言い聞かせている」と話す本人に対して, 看護師は医師に相談してみることを提案, 「HIV 感染者がセックスをするなんて, 先生に怒られるかもしれないし, この年になってこんなことを言うのも恥ずかしい」と消極的。
事例 5	30代前半, 女性。結婚を控え, 自主的に受けた抗体検査で HIV 抗体陽性判明。婚約者は陰性。保健所で紹介された地元の病院に行くことはためられた。今は, 別の都市の病院に片道 2 時間かけて通っている。CD4 は 300, HIV 由来の感染症の既往は無く, 未治療。本人は年齢のこともあり, 早く子どもが欲しいと考えていた。しかし, 相手や子どもに HIV 感染の確率がゼロとは言えないため大いに迷っていた。治療により子どもへの感染率は低く抑えられていることもわかったが, 一方で感染した子どもは急激な経過をとる傾向が強いこと, 自らの健康が損なわれた時誰が子どもの養育を引き受けるのか, といった現実的な問題があることもわかった。また地方では子どもが生まれると内輪で大々的にお祝いをする。その時に, 何故母乳で育てないのか, 何故元気なのに帝王切開で生んだのか, きっと訊ねられるだろうし, そもそも双方の両親に HIV のことを告げていないために, 病室に見舞いに来られた時に, 何故個室なのか, 何故看護師は手袋をしているのか訊ねられるだろう。その時, どう答えたらいいのか, 不安がついた。患者支援団体への相談も考えたが, もしも自分達のことが周囲にばれたら…と思うと, 怖くて相談できない。病院の関係者に相談することにもためらいを感じる。

注 1) 実査では, 事例 1 から事例 5 まで順に提示し, それぞれについて意見を求める形式をとった。

注 2) 本表では各事例の概要を示した。実査においては, より詳細な記述がなされた事例を提示している。

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わかった。

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と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、「相談をしてこない患者」、「性に関する話をすることを避けている患者」、「医療従事者側の事情によって性に関した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ゃる。で、話を聞くと、今仕事の途中抜け出しているんで、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、セックスのご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言うようなお話はするんですが、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に関連要因としては、

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く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わかった。

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っと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に言ってみたんだらうなと思うと、その方とのかかわった年数とも関係するのかもしれませんがけれども、私はこう思うよっていう話も入れますよね、正直言うとね。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)

「時々セーファー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、それを言ってくれたというふうにごちらも受け止めようとするんだけど、内容が、アンセーファー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、私がここの病院に来て働いて初めて思ったんですけども。」(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、一緒に話を聞いちゃ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、ドクターからはぱ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でつなぐ、だから、私にはちょ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でつなげば。」(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。だからハードもそんなやけども、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かなあ。」(H 医師)

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明の欠如

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点がカテゴライズされたが、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明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¹⁾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明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。

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が得られにくいことの4点が挙げられている。これらの指摘は本研究結果とも類似しており、10年を経てもなお、医療従事者のセクシュアルヘルスへの取り組み状況はほとんど改善していないことが示唆される。

一方、こうした支援体制をより容易に整備するためにも、またそれらの整備を待たずに現行の体制の中で当面对応するためにも、医療従事者が診療の場や院内において性についての話題を回避しないように心がけることも重要と思われる。さらに、性の重要性和多様性を理解・受容し、自身の持つ価値観を患者などに押し付けたり患者の性行動に対して拒否的になったりしないよう自覚的に注意を払う必要もあるといえよう。たとえば、本調査において「こちらが気をつけていないと、結構優先順位低いですよ、失礼ですけれどもね。そのままにしちゃいがちなところをあえて意識しないと聞けないかなってというのはあります。」「医療者自身が性とHIVがくっついているような話を意識していないと、かなり潜在的な問題としてもっともっと大きくなってしまわないかあと思います。」(どちらもL看護職)という発言があったように、HIV感染者の性生活について「さほど重要でないこと」とする姿勢・見方が一部の医療従事者に存在するものと思われ、それらは「HIVをなんでうつすようなことをしてしまうんだろうと思う。よくわかりません。」(S医師)、「これは一種の犯罪ですから」(R医師)というようなアンセーフター・セックスについての考え方や、「性交渉相手が不特定というのは許せない」といった多様性を否定する考え方によってより強化されている可能性がある。医療従事者のこうした姿勢・見方を患者らが感じとった場合には、性に関して医療従事者に相談することを躊躇するだけでなく拒絶的になる恐れがあり、診療の場でのセクシュアルヘルスへの支援は成り立たなくなるだろう。

なお、セクシュアルヘルスへの支援は、対象のおかれている実態に即して行われる必要があるが、本邦においてHIV感染者のセクシュアルヘルスの実態を明らかにした研究報告はきわめて少ないことから、支援対象であるHIV

感染者のセクシュアルヘルスに関する調査研究の推進も課題と思われた。

2. 医療従事者としての立場と個人としての立場

医療従事者としての立場と個人としての立場とのギャップや葛藤については、これまであまり注目されることのないテーマであった。むしろ、そのような感情を表面化するのはタブーであり、プロとして個人で内密に処理すべきといった規範が存在することも指摘されている¹⁴⁾。しかし、こうした側面を扱うことなしには、患者への支援の過程で想起する感情に対処し続けることはますます困難を極めることが予想される。本研究結果では、そうした感情は各医療従事者が個人で処理している様子がかがわれたが、その負担は大きく、場合によっては精神健康低下やバーンアウトにも繋がりがかねないと考えられた。そのため今後は、医療従事者が抱くであろうこの種の感情面に目を向け、必要に応じたスーパーバイズを受けることができる場を設営することが必要不可欠と思われた。

3. 利用できるリソースとツールの必要性

相談内容の幅広さは、医療従事者に「相談に応じるためには、幅広い知識が必要とされる」という認識をもたらしているようであった。HIV感染があらゆる層に拡大しつつある現在、今後ますますその内容は広範多岐にわたるものと推測される。しかし、患者からの相談内容に、各職種がそれぞれ豊富な知識を蓄え、相談に応じていくことにはもはや限界があるものと考えられた。そのことは、「根本的には病院だけで解決するのはできないんじゃないかな。」(R 医師)といった発言からもうかがうことができた。

そこで、医療機関内で各役割分担の明確化と連携を促進させるだけでなく、医療機関外の関係機関・NGO/NPOとの連携をも進めていくなど、患者が相談しやすいリソースをより拡充し、環境・体制を整備していく必要があるものと考えられた。その際、精神的な問題を扱う場合の留意点として指摘されていること¹⁵⁾と同様、「私の専門範囲」を区切って患者からの相談などに対応しない場合を作るのではなく、どんな役割を分担されていても、まず患者の話に耳を傾けるという姿勢が大切とも思われた。HIV感染者にとって医療従事者は、定期的に会うことができ、またHIV感染していることを打ち明けた上で性の問題を相談できる数少ない存在であるため、今後他のリソース拡充を行ったとしてもなお、医療従事者はセクシュアルヘルスへの支援の窓口として非常に重要な役割を担うことになると思われるからである。

また同時に、HIV感染者のセクシュアルヘルスに関して「ぼくらが使うようないいパンフレットもないしね。患者

さん向けのはいろいろあるけれども。医者がこうしたらいんじゃないかという、そういうのがね。」(R 医師)、「モノがあるといいという、先ほどセルフケアのパンフレットですとか話出ていましたし、マニュアルとか、やはり性に関するモノがあれば話すことができるきっかけがもう少しできるのかなあという気がしたんですね。」(L 看護師)などの発言に見られるように、臨床現場で利用できる医療従事者向け小冊子・パンフレット、セクシュアルヘルスについてのケアマニュアル、性機能障害の診療に用いられているような¹⁶⁾問診用の質問紙、米国がん協会ががん患者向けに発行している冊子¹⁷⁾の類の患者向け小冊子・パンフレットなど、各種ツールが必要とされていると考えられ、そうしたツールを開発・作成し、有効活用していくことが急務と思われた。

4. 本研究の限界・意義と今後の課題

本研究の限界として、調査対象とした医療従事者が19人と少数であったこと、これらの医療従事者はセクシュアルヘルス支援への重要性や興味をふだんから持っている者が多かったこと、またすでに相互に顔見知りの場合も多かったことなどによる影響が結果に反映された可能性があることが挙げられる。しかしその一方で、今回の調査対象者は他の医療従事者が置かれている状況などについても比較的詳しく把握しており、本研究においていわゆるインフォーマントとしての役割を果たした可能性が高く、本邦におけるHIV診療での医療従事者のセクシュアルヘルスへの支援の現状と問題点について、その一端は明らかにできたものと思われ、意義は大きいと考えられる。

また、職種ごとにどういった状況があるのかを把握する必要性もあると考えられるが、今回のデータのみからこれらについて十分に分析することはできず、今後の課題とした。さらに、得られた知見に基づき、セクシュアルヘルス支援に役立つリソースとツールの開発と実践、また可能であれば準実験的に介入研究実施に取り組み、それらの科学的評価を行うことも課題として挙げられるであろう。

結 論

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を目的として、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。その結果、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点がカテゴリー化された。これらは、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を基盤として生じていると考えられた。よってこうした状況の改善が急務といえる。

謝辞：本研究は、平成15年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV感染症の動向と予防モデルの開発・普及に関する社会疫学的研究」（主任研究者：木原正博）の一部として行われた。

また、調査にご協力くださった方々をはじめ、非常に多くの方の協力と助言があったことをここに示し、深謝申し上げます。

文 献

- 1) WHOQOL Group : The World Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) : development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine* 46, 1569-1585, 1998.
- 2) Schiltz MA : HIV-positive people, risk and sexual behavior. *Social Science & Medicine* 50, 1571-1588, 2000.
- 3) Inoue Y, Seki Y, Wakabayashi C, Yamazaki Y, Kihara M : Sexual activities and social relationships of people with HIV in Japan. *AIDS Care* 16, 349-362, 2004.
- 4) World Health Organization : Education and Treatment in Human Sexuality : the Training of Health Professionals—Report of a WHO Meeting. Technical Report Series 572, 5-33, 1975.
- 5) Robinson BE, Bockting WO, Rosser BRS, Miner M, Coleman E : The sexual health model : application of a sexological approach to HIV prevention. *Health Education Research* 17, 43-57, 2002.
- 6) Margolis AD, Wolitski RJ, Parsons JT, Gomez CA : Are healthcare providers talking to HIV-seropositive patients about safer sex? *AIDS* 15, 2335-2337, 2001.
- 7) Marks G, Richardson JL, Crepaz N, Stoyanoff S, Milam J, Kemper C, Larsen RA, Bolan R, Weismuller P, Hollander H, McCutchan A : Are HIV care providers talking with patients about safer sex and disclosure? : A multi-clinic assessment. *AIDS* 16, 1953-1957, 2002.
- 8) Lofland J, Lofland LH : *Analyzing Social Settings : A Guide to Qualitative Observation and Analysis*. Belmont, Wadsworth Publication, 1995.
- 9) 木下康仁 : グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践. 弘文堂, 2003.
- 10) Cresswell JW : *Qualitative Inquiry and Research Design : Choosing among Five Traditions*. London, Sage Publications, 1998.
- 11) HIV Prevention in Clinical Care Working Group : Incorporating HIV prevention into the medical care of persons living with HIV. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 52(RR-12), 1-23, 2003.
- 12) Pakenham KI : Specification of social support behaviours and network dimensions along the HIV continuum for gay men. *Patient Education and Counselling* 34, 147-157, 1998.
- 13) 村本淳子 : 性問題からの回避とその影響. *看護技術* 39, 578-586, 1993.
- 14) 武井麻子 : 感情労働としての看護. *看護学雑誌* 59, 58-61, 1995.
- 15) 小西聖子 : 犯罪被害者遺族—トラウマとサポート. 東京書籍, 1998.
- 16) 佐藤嘉一, 渋谷秋彦 : 患者の性問題とインフォームド・コンセント. *看護技術* 39, 592-594, 1993.
- 17) American Cancer Society : *Sexuality and cancer : for the man/women who has cancer, and his/her partner*. Atlanta, American Cancer Society, 1999.

Medical Staff's Support for Sexual Health of People with HIV in Japan

Yoji INOUE¹⁾, Michiko MURAKAMI²⁾, Mina ARIMA³⁾, Keiko ICHIHASHI⁴⁾,
Toshiko OHNO⁵⁾, Yasuyuki YAMAMOTO¹⁾,
Aikichi IWAMOTO⁵⁾ and Masahiro KIHARA¹⁾

¹⁾ Department of Community Health Nursing, School of Nursing, Chiba University, Chiba

²⁾ Research Hospital, Institute of Medical Science, University of Tokyo, Tokyo

³⁾ Tokyo Metropolitan Komagome Hospital, Tokyo

⁴⁾ Doyama Home-visit Nursing Station, Osaka

⁵⁾ Department of Nursing, Hokkaido University Hospital, Sapporo

⁶⁾ Department of Laboratory Medicine, Tokyo Medical University, Tokyo

⁷⁾ Advanced Clinical Research Center, Institute of Medical Science, University of Tokyo, Tokyo

⁸⁾ Department of Global Health and Socio-epidemiology, School of Public Health,
University of Kyoto, Kyoto

Objective : To clarify the state of support provided by medical staff for the sexual health of people with HIV (PWH), and related factors.

Methods : Four focus-group discussion sessions and two semi-structured interviews involving members of the medical staff directly involved in the support for sexual health of PWH, were carried out in September and October 2003, and the data obtained were analyzed.

Results : The data suggests that the staff members recognized the importance of supporting for sexual health of PWH, but that they also considered the actual support to be insufficient. As factors related to this state, the following 5 points were categorized : 1) Lack of confidence and hesitation in providing support for sexual health, 2) shifting between the position of a medical professional and that of an unbiased person, 3) diversity of the contents for consultation regarding sexual health, 4) patients selecting suitable consultants from among the medical staff members, and 5) inadequacy of the team care system for providing support for sexual health.

Conclusion : These factors are considered to be based on the facts that there is no consensus among those involved in giving care, either in- or outside of the hospitals that medical staff should provide support for the sexual health of PWH, and that few medical facilities have announced to patients that they can provide consultation concerning their sexual health. Such a situation urgently requires correction.

Key words : people with HIV, quality of life, sexual health, medical staff, support