

男性同性愛者を対象としたHIV抗体検査普及の取り組み —「エイズ予防のための戦略研究」後のエイズ発生動向の考察

(IASR Vol. 33 p. 231-232: 2012年9月号)

1. エイズ発生動向が示す対策の対象層に向けた戦略研究

HIV感染症は1990年代後半から効果的な抗HIV療法が可能となり、エイズ発症はほぼ完全に抑えられるようになった。しかし、わが国では1984年にエイズ発生動向調査が開始されて以来、新規エイズ発症者の年間報告数は増加が続き¹⁾、発見の遅れによるエイズ発症者数の推移に改善が認められていない。特に、日本国籍の男性同性間の性的接触(以下、MSM)による発症者の増加が顕著で、異性間感染による発症者数が2001年以降は横ばいであるのに対し、男性同性間感染による発症者数は2004年に異性間感染の発症者数を超え、その後も増加が続いている。2005年の状況は、日本国籍男性の同性間HIV感染者累計(2,924件)の64.8%を東京および関東甲信越地域、17.8%を近畿地域が占め、同エイズ患者累計(899件)の70.2%、13.0%を各々の地域が占めていた。こうした状況から、厚生労働省は「HIV検査件数を2倍に増加させ、エイズ発症者数を25%減少させる」を成果目標に、「エイズ予防のための戦略研究(以下、戦略研究)」(主任研究者: 公益財団法人エイズ予防財団理事長・木村哲)を2006年から5年計画で開始した。課題1「首都圏および阪神圏の男性同性愛者を対象としたHIV抗体検査の普及強化プログラムの有効性に関する地域介入研究」では、MSMを対象に啓発活動を実施してきたNGOと協働し、1)MSMに訴求性のある啓発資材を開発し、HIV感染をより身近に感じさせ、自身の感染リスク認識を高める啓発普及戦略を展開する、2)MSMが安心して受検できる検査環境を保健所等およびクリニックの協力を得て整備し、これらの検査機関の情報をNGOが広報普及させ、MSMに受検を推奨する、3)これらの広報戦略や受検促進の準備を進める一方で、検査に不安を抱く人や検査で陽性が判明した人への相談支援体制をNGOが中心となり情報を提供する取り組みが行われた。

2. 戦略研究の取り組みと成果の概要²⁾

1) 首都圏の成果

首都圏では、検査や治療に関する情報、相談機関の情報など、HIVに関する様々なリソースをMSMに向けて紹介する情報サイト「HIVマップ」を構築し、紙資材とWebサイトを同期させて広報した。2008年からは、保健所等の検査担当者を対象とした研修を通じて、MSMの検査を積極的に受け入れる検査体制を整備し、「あんしんHIV検査サーチ」として保健所等検査施設を各種の相談支援機関情報とともにWebや冊子で広報した。2009年から「エイズ発症予防できる! キャンペーン」を開始し、2010年には2カ月ごとに4回にわたり繰り返して検査受検の促進を図った。

保健所等でのHIV検査受検者数は、2009年の新型インフルエンザ流行の影響を受けて減少した。しかし、首都圏保健所のHIV抗体検査受検者におけるMSM割合は、MSMに受検を推奨した定点保健所では、2007年第1四半期8.3%から2010年第4四半期13.4%に上昇し、HIV陽性割合は、定点保健所の男性のみで0.33%から0.87%に上昇した。また、HIV検査受検者を対象とした質問紙調査では、首都圏で配布された啓発資材の認知割合がMSM受検者のみで有意な上昇を示し、定点保健所のMSM受検者では2007年18.2%から2010年49.9%に上昇した。

2) 阪神圏の成果

阪神圏では、MSMのHIV検査受け入れに協力した7クリニックを定点とし、HIV抗体検査を促進する「クリニック検査キャンペーン」を実施した。保健所等での受検者数は、首都圏と同様に2009年の新型インフルエンザ流行後に減少したが、定点クリニックでは受検者数が増加した。阪神圏保健所では、HIV受検者(25,440件)に占めるMSM割合に変化はみられなかった。しかし、クリニックのHIV検査受検者(3,420件)に占めるMSM割合は、2007年5.7%、2008年14.1%、2009年21.0%、2010

年23.1%と上昇し、HIV陽性割合は定点クリニックでは5.5%（研究期間全体）と高かった。また、阪神圏の啓発資材の認知割合は、阪神圏保健所のMSM受検者では2007年7.6%から2010年13.9%とわずかな変化であったが、クリニックのMSM受検者では2010年には37.2%に達し、キャンペーンの効果が示された。

3. エイズ発症者の動向に関する一考察

戦略研究によるエイズ発症者数の抑制効果については、エイズ発生動向調査の2001～2006年のエイズ患者報告数を基に2010年の推計値を求め、2010年報告数と比較している。首都圏では2010年のエイズ患者報告数は推計値より16.1%減少したが、阪神圏では推計値を超えた。阪神圏では、首都圏のように検査キャパシティの大きい保健所等でMSM受検機会を拡大する体制を構築できなかったことが影響したと考える。

エイズ発生動向調査における男性同性間のエイズ患者報告数は、東京が2010年に減少に転じ、近畿地域は2010年に東京を超えたが2011年には減少に転じている（図1）。一方で東海地域は増加が続き、2011年は近畿地域より多い報告数となった。報告数の最も多い東京においては2006年53例に比して2011年46例は13.2%の減少となった。HIV感染者報告数の四半期別推移をみると、東京のみが2010年の第3四半期、第4四半期に上昇していた（図2）。この時期は戦略研究の4回にわたる「エイズ発症予防できる！キャンペーン」の期間であり、定点保健所で受検者中のMSM割合と男性受検者の陽性割合が上昇した時期であることから、戦略研究による成果が東京のHIV感染者の報告増となり、遅れてエイズ患者の減少に転じたものと推察される。

未発症HIV感染者とエイズ患者報告数の合計に占めるエイズ患者の割合は、2011年のMSMでは、東京が16.5%（46/278）であるのに対して、近畿26.9%（57/212）、東海38.9%（58/149）、九州36.1%（35/97）と高く、東海、九州地域ではエイズ患者の増加が続いている。首都圏に加え他の地域においても、エイズ発症予防のための積極的な取り組みが必要であり、首都圏および阪神圏で実施した戦略研究の経験を他の地域にも活かすことができると考える。

参考資料

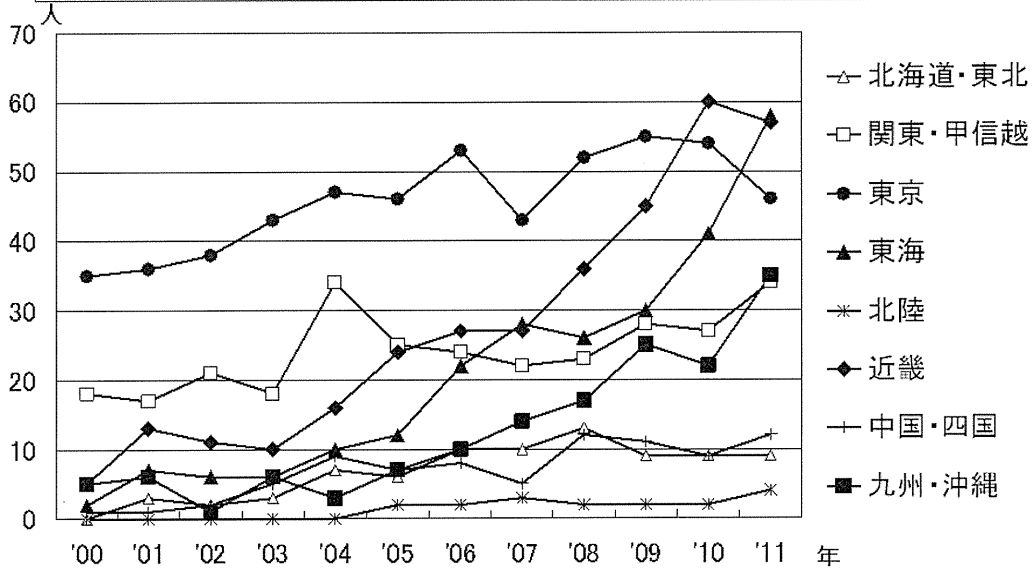
- 1) 厚生労働省エイズ動向委員会：平成23年エイズ発生動向年報
- 2) 木村哲、岡慎一、市川誠一：平成23年度厚生労働科学研究費補助金・研究成果等普及啓発事業「首都圏および阪神圏の男性同性愛者を対象としたHIV抗体検査の普及強化プログラムの有効性に関する地域介入研究（研究成果報告概要版）」、2011

名古屋市立大学・看護学部 市川誠一

図1. 日本国籍・男性同性間AIDS患者の報告地別年次推移

厚生労働省エイズ発生動向調査(2000～2011年)

2010年、東京は減少に転じ、近畿は東京を超えた
 2011年、東京は減少が続き、近畿は減少に転じた。東海は東京、近畿を超えた



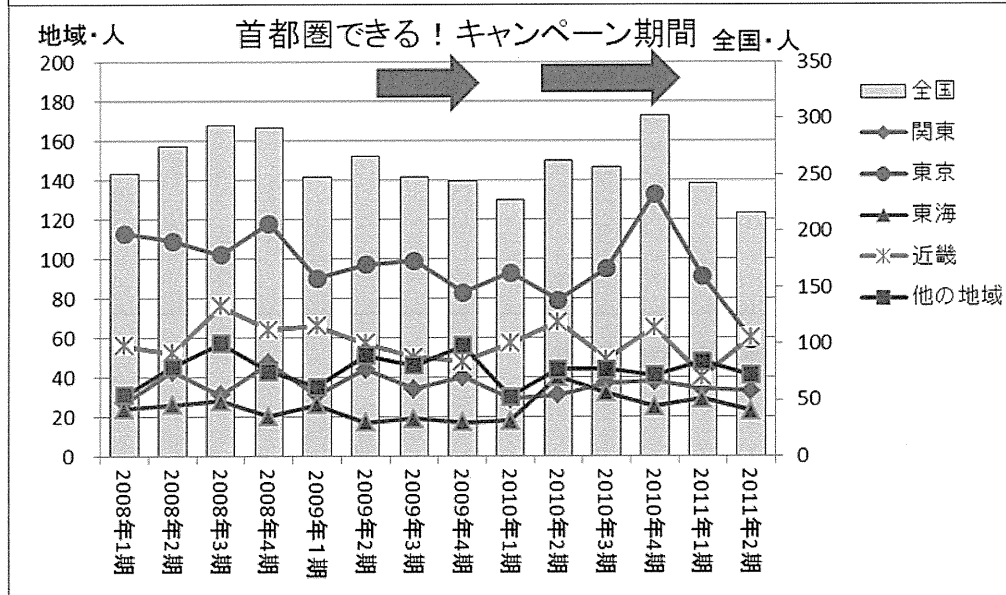
IASR

Infectious Agents Surveillance and Report

図2. HIV感染者報告数の四半期別の推移

(2008年1期～2011年2期)

東京では、四半期ごとのHIV感染者報告数が2010年3期、4期に急増
 他の地域では、HIV感染者数に大きな変化はみられない



厚生労働省エイズ動向委員会報告資料より

IASR

Infectious Agents Surveillance and Report

若年男性におけるHIV感染症の発生動向 2007～2011年

(IASR Vol. 33 p. 232-233: 2012年9月号)

2010年のWHO/UNAIDS(世界保健機関/国連エイズ合同計画)報告によると、新規のHIV感染の42%が15～24歳となっている。日本においても、HIV感染症が社会問題となった当初から、性行為の若年化や性の多様化を背景に“やがて感染爆発がおきる”といわれ、地理的な拡大、ハイリスク層から一般人口への拡大、上の世代から次世代(若年層)への拡大などが懸念されてきた。

2007～2011年の5年間に、感染症発生動向調査で後天性免疫不全症候群として報告されたHIV感染症例(患者および無症状病原体保有者)7,592例のうち、24歳以下の若年層は772例(10.2%)であった。このうち、母子感染の0歳児の3例、および出生後の感染1例の4例を除いた768例の95.7%(735例)が男性症例[日本国籍689例(93.7%)、外国国籍30例、不明16例]であった。

以下に2007～2011年の若年男性のHIV感染症735例の発生動向について記述する(なお、報告数は診断週で計上)。

年次推移

年別報告数は、2007年129例(うちエイズ発症例7)、2008年158例(同15例)、2009年148例(同9例)、2010年150例(同9例)、2011年150例(同16例)であり、ほぼ横ばいで推移した。

年 齢

735例のうち、18歳以下の中学生・高校生相当年齢の報告が39例(5.3%:14歳1例、15歳1例、16歳1例、17歳12例、18歳24例)あった。19歳以上では、19歳40例、20歳102例、21歳111例、22歳105例、23歳171例、24歳167例と、年齢の上昇とともに増加傾向が認められた(図1)。

病 期

16歳以下の3例はすべて無症状病原体保有者であったが、17～24歳では、25歳以上の世代と比較してその比率は小さいものの、エイズ発症例が56例(7.6%)報告された(図1)。

18歳以下の39例のうち、エイズ発症例の報告は3例あり、その診断名は、17歳:サイトメガロウイルス感染症、18歳:エイズ消耗症候群/活動性結核、18歳:ニューモシスティス肺炎であった。無症状病原体保有者として報告された36例のうち、感染直後の急性期症状の報告は5例で、31例は無症状での届出であった。

報告機関

自発的に検査を受けたと考えられる保健所・保健センターおよび行政が設置したHIV検査特設検査機関(以下保健所等)からの報告が257例(257/735=35.0%)あり、このうち、249例(249/257=96.9%)は無症状病原体保有者であった(ただし、保健所等からの報告はされず、保健所等からの紹介により受診した医療機関から報告されたものは上記に含まれていない)。

地 域

報告地の都道府県別では、報告がなかったのは秋田県・新潟県・鳥取県・島根県・高知県の5県のみであった。最も多かったのは東京都236例(32.1%)、次いで大阪府153例(20.8%)、愛知県44例(6.0%)となっており、全報告例での傾向と同

様であった。同年齢男性人口10万人当たりで見ると、東京都、大阪府に次いで、沖縄県が3位、広島県が4位となり、また、徳島県、山口県、岐阜県が報告数の順位と異なり上位10位に加わった(表1)。

感染経路

735例のうち、性的接触によるものが686例(686/735=93.3%)あり、その内訳は異性間88例(88/686=12.8%)、同性間558例(81.3%)、異性間および同性間26例(3.8%)、異性間か同性間か不明が14例(2.0%)であった。静注薬物使用は10例(10/735=1.4%)あった(うち6例は同性間性的接触、1例は異性間性的接触と複数回答)。

18歳以下の39例に限ってみると、性的接触での感染によるものが36例(36/39=92.3%)で、内訳では異性間5例(5/36=13.9%)、同性間27例(75.0%)、異性間および同性間1例(2.8%)、異性間か同性間か不明が3例(8.3%)であった。静注薬物使用は2例(2/39=5.1%)あった(うち1例は同性間性的接触と複数回答)。

まとめ

2010年の米国における新規HIV感染症のうち、13～24歳は全体の約20%と報告されている。日本における同世代の報告は全体の約10%にとどまっていたが、HIV検査の受検状況や、診断契機の詳細は不明である。米国においては、2006年に医療機関を受診した13～64歳全員を対象にHIV検査の勧奨が行われており(opt-out式*)、当事者や医療関係者のHIV検査の必要性に関する認知度は高いと思われる。しかし、日本においては基礎疾患のない思春期層が医療機関を受診することは稀であり、また、医療者から検査勧奨を行うことも一般的ではない。また、若年層では医療機関受診時に保護者／代理人の同意確認が必要な場合もあり、検査から専門病院受診までの本人の意思決定における課題も生じやすいと考えられる。

今回の集計結果から、若年層においても、上の世代同様に、男性同性間性的接触が主な感染経路であり、MSM(男性と性行為を行う男性)間において、HIV感染症が世代を超えて若年層にも拡大している状況が把握された。感染リスクや予防・検査受診について、より早期からの啓発が必要であり、そのためには学校教育現場との協力が重要である。また、特にHIV有病率の高い地域においては、他の性感染症の診療時などに、医療者からHIV検査を勧奨するなどの工夫も必要と考えられる。

* opt-out式: 原則として、広く対象全員にオプションとして検査を提供するが、本人が希望しない場合には辞退が可能とする手法

国立感染症研究所感染症情報センター

(担当: 堀 成美 島田智恵 多田有希)

図1. 若年男性の後天性免疫不全症候群の年齢別報告数 2007～2011年

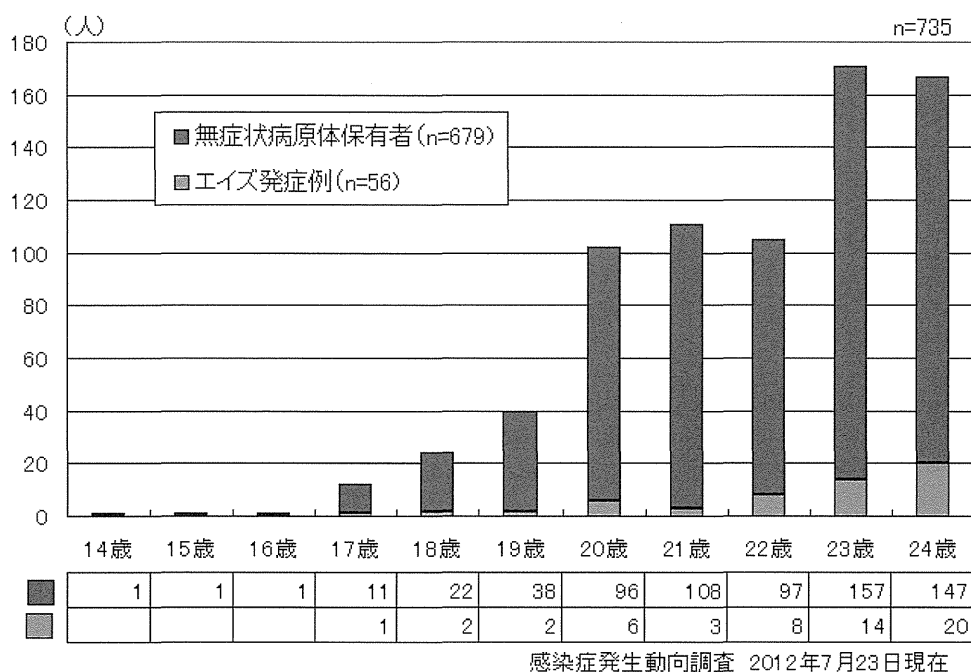


表1. 若年男性における後天性免疫不全症候群届出上位自治体 2007～2011年

14～24歳 n=735

	報告上位	報告件数	人口10万対上位	人口10万対
1	東京	236	東京	32.3
2	大阪	153	大阪	31.2
3	愛知	44	沖縄	18.9
4	兵庫	32	広島	11.7
5	千葉	25	兵庫	10.8
5	福岡	25	徳島	10.4
7	神奈川	24	愛知	10.2
8	埼玉	20	山口	9.7
9	広島	18	岐阜	9.0
10	沖縄	17	福岡	8.6

人口10万対報告数は平成22年国勢調査人口等基本集計14～24歳男性人口により算出
感染症発生動向調査 2012年7月23日現在

第9回日本エイズ学会アルトマーク賞受賞研究

同性間の HIV 感染流行に対する予防とケアへの取組み

Approach of Prevention and Support toward HIV Epidemic among MSM in Japan

市川 誠一

Seiichi ICHIKAWA

名古屋市立大学看護学部

School of Nursing, Nagoya City University

1995年から取り組み始めたこの研究は、私に「多様」ということを教えてくれた。疫学研究では研究対象者の背景を性、年齢、職業などの属性で分類して示すが、この研究で最初に出会った「多様」は質問紙調査の性の分類であった。この研究を始めた頃に質問紙と一緒に作成した当事者から指摘され、性別の（男、女）の選択肢に（その他）を加えたのであった。一般に「若者」と言えば「若い男女」ということになるが、性的指向でみれば「異性愛、同性愛、…」と多様である。これまでの間、多くの男性同性愛者と出会い、話し、議論し、一緒に啓発活動や研究活動を行ってきた。本文ではその一部を紹介する。

日本エイズ学会誌 15:109-112, 2013

1. HIV/エイズへのかかわり

1980年代に入って間もなく登場したエイズ、厚生省（現在の厚生労働省）は、1984年にエイズサーベイランスを開始し、1985年のはじめに米国在住歴のある男性同性愛者をエイズ患者第1号と認定、その年に6名のエイズ患者発生を報告した。全例が同性間の性的接触によるものであった。同年には非加熱凝固因子製剤により感染した血友病患者がエイズ患者として認定されていたが、エイズサーベイランスでは非加熱凝固因子製剤受注例は除かれていた。しかし、血友病患者のおよそ4割が感染しているという厚生省研究班からの報告に驚いたのもこの時期であった。私は、当時所属していた横浜市立大学医学部公衆衛生学講座の曾田研二教授が厚生省エイズサーベイランス委員であったこともあり、エイズに関する情報に比較的早く触れることができ、またHIVの疫学と対策に関する研究班（HIV疫学研究班）に関与することになった。

1994年に横浜で第10回国際エイズ会議が開催されることから、前年のベルリンでの会議に参加した。欧米などの先進国では、男性同性間のHIV感染が問題となっており、展示会場ではコンドームを使用したアナルセックスの啓発ビデオを紹介するブースがあり、また同性間のHIV感染のセッションでは、研究者たちが激しく討論していたこと

を記憶している。

2. 厚生労働省エイズ対策研究事業における当事者NGOとの協働

男性同性愛者を対象とした疫学研究は、1990年頃には厚生省HIV疫学研究班でハイリスクグループとして取り組まれていたが、当事者やNGOと協力した研究は見当たらなかった。私は、サーベイランスにおいて男性同性間のHIV感染に増加傾向が見えはじめたこと、東京からの報告が過半数を占めていたこと、そして欧米先進国では男性同性間の流行が問題となっていたことから、1995年に木原正博先生（現・京都大学）と男性同性間のHIV感染の疫学研究に取り組むことにした。1996年のハッテン場におけるコンドーム配布等の予防啓発を試みる研究では、現在のNPO法人ぶれいす東京の生島嗣氏と砂川秀樹氏の協力を得たことで、介入によってコンドーム使用が増えるという成果を示すことができた。私はこの研究を通じて同性愛者を対象とするうえで必要なことの多くを学ぶとともに、当事者やNGOの疫学研究者への信頼が低く、男性同性愛者を研究対象とすることに抵抗があることを知った。この研究の後、性的指向としての男性同性愛者をハイリスクと表現することに疑問を覚え、1997年から性行動に焦点をあてた「MSM (Men who have sex with men)」の表現を用いることとした。

ハッテン場調査については、長谷川博史氏（現在のNPO法人・JaNP+代表）が企画するセミナーで当事者に向けて

著者連絡先：市川誠一（〒467-8601 名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1 名古屋市立大学看護学部）

2013年4月5日受付

報告することとなり、長谷川氏はその後も私を新宿、大阪、福岡、札幌などで、ゲイ向けのバーやクラブに案内してくれた。これは商業施設を中心とするゲイタウンを知る貴重な経験となり、ゲイコミュニティベースの啓発活動を考えるうえでの基盤となった。

1997年からHIV疫学研究班にMSMグループが設けられ、ゲイNGOと協働して研究に取り組むことへの模索が始まった。大阪では、当事者のボランティア団体として、鬼塚哲郎氏を代表とするMASH (Men and Sexual Health) 大阪が1998年に結成された。MASH大阪には、まず大阪のMSMにおける知識、意識、検査行動、予防行動について調査し、予防啓発のニーズを把握する必要を説明した。MASH大阪はゲイ向けクラブイベントでの調査を計画し、質問紙を彼ら自身が参加者に配布し、500名から回収する調査を実施した。そしてこの分析結果を受けて、若年層のMSMを対象にした総合啓発イベント「SWITCH」が企画され、臨時HIV/性感染症検査を2000年から3年間実施することとなった。臨時検査は、HIV診療医師、看護師、カウンセラー、ソーシャルワーカーなどの専門家と検査機関の協力を得て、HIV、HBV、梅毒の検査結果を採血翌日に返すという体制で行われた。受検者中のHIV陽性率はおよそ3%、梅毒抗体の陽性率は15~20%で、MSMにおけるHIV/性感染症の流行状況の高さが示された。SWITCHはゲイ雑誌に取り上げられ、HIVや梅毒感染の現状をMSMに向けて広く知らせる機会となった。こうしたSWITCHをはじめとする一連の大阪での取組みが評価され、これらの企画に主体的にかかわっていた松原新氏(当時、MASH大阪)に日本エイズ学会から第1回ECCメモリアル賞が贈られた。

ついで、MASH大阪はゲイバーとの関係を構築し、コンドームのプレゼンスを高めるためのコンドーム配布、HIV/性感染症の情報をゲイコミュニティに還元するためのコミュニティペーパーの配布といったコミュニティベースのアウトリーチ活動へと進展した。東京では、当事者団体としてMASH東京(その後Rainbow Ringを経て、現在はNPO法人akta)が2000年に結成され、研究班と協働しつつ、国内最大のゲイタウンがある新宿2丁目で、当事者による啓発普及活動を始めた。2003年から、「デリバリーヘルスボーイ」がゲイバー等に啓発資材を配達するデリヘルプロジェクトが始まり、今も毎週金曜日に若いボランティアが集まって、普及活動を続けている。大阪や東京のバー等の商業施設を介した啓発活動はこれらの施設の協力があることで、施設との信頼関係づくりが大切となる。

大阪や東京では、クラブイベントに参加したMSMを対象とする質問紙調査が継続して実施された。大阪では、過去1年間のHIV検査受検率が1999年19%から2008年には45%に上昇し、コンドーム購入率も2003年35%から2008

年67%まで上昇していた。東京地域でも類似の成果が得られた。しかし、2005年から始めたバー顧客調査では、予防行動や受検行動が一部の年齢層で低く、さらにより多くのMSMに届くことが可能な啓発活動の必要が示された。

NGOによる啓発活動を継続するには、地域の自治体からの支援が必要と考え、国や地方自治体に男性同性間のHIV感染対策の予算化とNGO活動への支援を申し出た。しかし、自治体は、予算が減っているなかでエイズ対策費を増額することやMSMに特化した予算を確保することは困難であるという状況にあった。またエイズ担当者が2年ほどで異動していくため、新しいこととして話を始めなければならないことが、行政との関係づくりの問題点であった。

3. 啓発活動拠点コミュニティセンターと“Living Together 計画”

厚生労働省は、新規HIV感染者の約半数を同性間感染が占め、男性同性間におけるHIV感染予防対策の充実が急務となったことから、2002年に「同性間性的接触におけるエイズ予防対策に関する検討会」を設置した。委員10人のうち7名は東京、大阪、名古屋で活動しているゲイ・NGO/NPOのメンバーであった。2003年3月、MSMに訴求性のある啓発や当事者の事情に詳しいNGO等との協力関係の必要性などをまとめた中間報告を発表した。この中間報告の後、厚生労働省は男性同性愛者等に訴求性のある啓発を促進するために、財・エイズ予防財団を通じて、東京、大阪にコミュニティセンターを試行的に設置した。コミュニティセンターの設置は、自治体が男性同性愛者を対象としたHIV感染対策に取組むことができない状況のなかで、新たなHIV感染対策への展開となった。

また、厚生労働省「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針見直し検討会」の報告書(平成17年6月13日)には、個別施策層である同性愛者に対する普及啓発について、「行動変容を個々人の自己決定にのみ期待するのではなく、行動変容を起こしやすくするような社会環境を醸成していくことが必要不可欠であり、地方公共団体は同性愛者に対する普及啓発の拠点を確保する『コミュニティセンター事業』を活用し、普及啓発のマニュアル化などによって効果的な普及啓発事業活動の定着を図る必要がある」との記述が加えられた。同性愛者等のセクシュアル・マイノリティへの偏見と差別が存在する社会環境のなかで、彼ら自身が安心して利用できるコミュニティセンターを持つ意義は大きく、NGOの啓発活動を進める場としても重要である。現在は、東京、大阪、名古屋、福岡、仙台、沖縄の6地域で、コミュニティセンターを拠点に、NGOやボランティアスタッフがゲイ・バイセクシュアル男性の利用する商業施設(ゲイバー、ハッテン場、ゲイショップ、

メディア) やサークルなどを介して啓発活動を行っている。なお、コミュニティセンターはこれらの啓発活動のニーズや効果を評価する調査を研究者と当事者が協働して実施していく場にもなっている。

NPO 法人ぶれいす東京の生島嗣氏は、「HIV 陽性者とともに一緒に生きている」をテーマにした展示会をコミュニティセンター akta で開催した。小冊子「Living Together」にある写真の展示、HIV 陽性者やその家族、友人が綴った手記の展示やリーディングからなるこの企画は、その後、手記のリーディングを合わせた啓発イベント「Living Together Lounge」「Living Together のど自慢」として、街のなかで開催されるようになった。「HIV に感染している人も、感染していない人も、どちらかわからない人も、すでに HIV とともに生きている」というメッセージで、参加者に HIV のリアリティを伝えるイベントとして多様な層への展開を図ってきた。「Living Together」は、社会における HIV/エイズ、HIV 陽性者やその周囲の人たちの存在を可視化し、人々に HIV の問題に対して向き合うことを促すプログラムとして、他の地域でも行われるようになった。また、「Living Together」は海外への広がりもみせている。モンゴルでは感染者が少ない状況ではあるが感染者の多くを MSM が占めていることから、岡慎一先生の国際研究によりモンゴルのゲイ NGO が招聘され、日本の NGO との交流が行われた。モンゴルでは「Living under the Same Sky」として「Living Together」をモデルにした啓発活動が 2011 年から行われている。

4. MSM を対象とした「エイズ予防のための戦略研究」

「エイズ予防のための戦略研究」(主任研究者・木村哲先生) が 2006 年から 5 カ年計画で始まった。戦略研究では主要目標として、「検査件数を 2 倍にし、エイズ発症患者を 25% 減少させる」ことが設定されていた。課題 1 は首都圏、阪神圏の MSM を対象とした介入研究で、この目標を達成するために、1) MSM に訴求性のある啓発プログラムを開発し普及させること、2) 啓発普及により生じる検査行動のニーズの増大に対応できる検査体制を整備すること(とくに社会的偏見、差別を受ける可能性が高い MSM においては、セクシュアリティに配慮した検査、相談体制が整備されていること)、3) 検査受検への不安軽減を図るための相談体制、HIV 抗体検査で陽性が判明した受検者への支援を行うことに取り組んだ。首都圏、阪神圏でのエイズ予防戦略研究は、コミュニティセンター akta および dista が研究拠点となり、それぞれの地域の NGO/NPO が中心となり、多くのボランティアの協力によって啓発介入が進められた。

首都圏では検査キャパシティの高い保健所を定点に、阪

神圏ではクリニックを定点にして MSM の受検しやすい検査機会を確保し、NGO は商業施設や Web サイトを介した情報介入を行い、HIV 検査受検の促進を図った。HIV 検査受検者アンケートから、戦略研究独自の啓発資料の認知率は MSM 受検者において特異的に上昇していることが、首都圏の定点保健所や阪神圏の定点クリニックで示された。また、2010 年のエイズ患者報告数は、阪神圏では患者報告数を減少させるには至らなかったが、首都圏では推計値より 16.1% 減少していた。戦略研究では、当事者 NGO と関係機関が協働する体制を構築し、検査普及や予防介入に関する啓発事業に取り組むことの有効性を示すことができた。

5. MSM は“Hidden population”?

男性同性愛者を対象としたエイズ対策事業については、「地域に在住する人口が不明であるため予算化することが難しい」といったことが自治体担当者から指摘されてきた。そこで日本人成人男性に占める MSM 割合を明らかにすることにした。2008 年度に行った郵送法での自記式質問紙調査では、同性愛者等は 4.3% でおおよそ 1,468,000 人、MSM 人口は 2.0% でおおよそ 683,000 人と推定された。MSM 人口を基に HIV 感染者有病率、エイズ患者有病率を算出したところ、MSM 以外の男性に比べて 96 倍、33 倍高いことが明らかとなった。さらにおおよそ 40,000 人の日本人成人男性を対象にしたインターネットによる同様の質問紙調査では、MSM 割合は 4.6% で、都道府県別では 2.0~6.4% の範囲であった。

男性同性愛者または MSM については、“Hidden population”であり、“Hard to reach”であるといわれている。社会におけるセクシュアル・マイノリティに対する偏見と差別は、自身のセクシュアリティや性行動をカムフライトすることを阻害し、同性愛者や MSM を不可視化していると考えられる。このことは、郵送調査よりも回答しやすいインターネット調査のほうがセクシュアリティや同性との性行動に関する回答率が高かったことから伺える。偏見や差別がなくなれば、彼らが“Hidden population”や“Hard to reach”であるということもなくなると考える。

6. おわりに

エイズ発生動向調査では、MSM における HIV/エイズ報告数は、大都市に加えて地方都市においても増加し、若年層での増加も見られている。MSM におけるエイズ患者発生を抑制し、かつ予防行動の向上により HIV 感染者を減少させるには、そのための行動計画(予防啓発、検査促進、受療促進、陽性者支援など)を持ち、それを具体的に進めていく体制が必要である。

一方、国や自治体のエイズ対策費は年々縮小し、エイズ

担当者は対策事業の継続に苦慮しているのが現状である。そしてこの予算削減は、男性同性愛者等を対象とした啓発事業（コミュニティセンター事業を含め）にとっても、厳しい状況になっていくことが予想される。私は時に次のように思うことがある。「MSMは、わが国で最も高いHIV有病率、エイズ有病率であるが、かりにHIV感染の現在の状況が同性間でなく異性間の若者であったら、それでもエイズ対策にかけられる予算や体制は今と同じ対応なのだろうか？」という問である。もし同じ対応だとしたら、わが国はエイズへの関心そのものが欠けていることになる。もし同じ対応でないとしたら、それは同性間感染に対する無関心を表し、男性同性愛者やHIV陽性者への差別の現れともとれる。

男性同性愛者等に向けたNGO活動は、コミュニティセンターがある6地域以外の地域でも取組まれている。これらNGOの啓発活動や陽性者支援活動は、MSMへのHIV感染対策を進めるうえで欠かすことができない取組みであり、HIV感染が次の世代へと広がっている現状からも、その活動の継続が望まれる。今日では、MSM関連のNGOも多くなってきており、今後はそれぞれのNGOが持つ能力をどのように発揮するか、全国のMSMにおけるHIV感染にどのように向き合うかを、NGOが一体となって検討し、実践していく体制をつくる必要があると考える。また、MSM、性産業従事者、滞日外国人、薬物常用者、若者

は、いずれも相互に関連しているキーワードであり、これらの軸を横に連結していくことも今後のエイズ対策を考えるうえで重要である。最近、少ないながらも社会（医）学系の若い研究者が現れてきているので、NGO活動や若い研究者の研究成果を連携していく場として日本エイズ学会を活用していくことになればと思う。

本文では、男性同性愛者を中心とするNGOのこれまでの活動の一部を紹介した。HIV陽性者や男性同性愛者への偏見や差別、そして彼らの健康問題等に取組む活動への公的基盤は脆弱であり、その改善が少しでも進んでいくことを望むものである。

謝辞

このたびのアルトマーク賞受賞は、男性同性間のHIV感染流行への取組みとして、ゲイコミュニティに向けた啓発活動、支援活動、研究活動に関わってきたNGO/NPO、ボランティアの皆さん、そして厚生労働省エイズ対策研究班等と一緒に調査研究に関わってきた研究分担者や研究協力者の各先生の成果によるものです。皆様に深く感謝申し上げます。

推薦していただきました白阪琢磨先生、池上千寿子さん、生島嗣さんにお礼申し上げます。最後に名古屋市立大学看護学部感染症学研究室の皆さんのご協力に感謝します。

著者寸描

市川誠一（いちかわ せいいち）



昭和51年 横浜市立大学医学部公衆衛生学・助手
 昭和51年 北里大学大学院衛生学研究科・衛生学修士（ウイルス学）
 昭和57年 横浜市立大学・博士（医学）
 平成1年 横浜市立大学医学部公衆衛生学・学内講師
 平成3年 横浜市立大学医学部公衆衛生学講座・講師
 平成7年 神奈川県立衛生短期大学・助教授（公衆衛生学）
 平成11年 神奈川県立衛生短期大学・教授（公衆衛生学）
 平成15年 名古屋市立大学看護学部・大学院看護学研究科・教授

研究業績

専門分野は感染症の疫学。HIV感染症には1985年ごろから関わり、1995年に男性同性間のHIV感染の疫学と予防に関する研究を開始し、厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業を受けつつ、同性愛者で構成するNGOと協働して研究を進めてきた。東京、大阪地域から始まり、名古屋、福岡、そして仙台、沖縄地域において、商業施設を介したゲイコミュニティへの啓発普及を、NGOや当事者のアイデアとネットワークを活用して訴求性のある活動を展開した。2006年度からの「エイズ予防のための戦略研究」では、感染者・患者の多い首都圏、阪神圏のMSMを対象にエイズ発症患者の減少を目指し、ゲイNGOとともにMSMの受検行動促進に取組んだ。MSMを対象とした行動疫学調査はNGOの協力によりさまざまなバリエーションで実施することが可能となり、調査手法もインターネットを利用した調査、携帯電話を用いたRDS法による調査、同一人から複数回にわたり回答を得る追跡パネル調査などを開発してきた。1990年代にはほとんど皆無であったMSMに関する性行動、予防行動、受検行動などの情報が、NGOとの協働により得られるようになった。HIV関連の海外活動としては、カンボジア（1995～1996年）、イラン（2003～2006年）、モンゴル（2010～2012年）におけるHIV感染症の疫学研究に協力した。

社会活動としては、厚生労働省関連ではエイズ動向委員会、同性間性的接触におけるエイズ予防対策に関する検討会、エイズ施策評価検討会、後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針見直し検討会に関わり、また愛知県エイズ対策検討会、東京都エイズ専門家会議、大阪府エイズ対策検討会などの委員を務めてきた。日本エイズ学会では、編集委員、理事、評議員を、2009年には第23回日本エイズ学会学術集会総会（名古屋）の大会長を務めた。

原 著

愛知県におけるエイズ診療拠点病院初診患者の
受診遅れと検査遅れに関連する要因福山 由美^{1,2)}, 市川 誠一²⁾, 大林由美子¹⁾, 杉浦 互¹⁾, 横幕 能行¹⁾¹⁾ 独立行政法人国立病院機構名古屋医療センターエイズ治療開発センター,²⁾ 名古屋市立大学大学院看護学国際保健分野

目的: 本研究は、新規エイズ発症割合が高い愛知県に的を絞って、著しく免疫が低下しているのは1) 陽性判明後の受診行動遅れ(陽性判明後180日以上経過して専門医療機関を受診)が原因かを把握し、2) 検査行動遅れ(陽性判明時のCD4陽性細胞数が200/μL以下)の背景因子の分析を目的とする。

対象および方法: 2002~2011年の東海ブロック拠点病院初診患者で、陽性判明施設所在地が愛知県であった752名を対象とした。受診行動遅れは、判明から受診までの日数を厳密に計算した。また、検査行動遅れは、先行研究で関連が指摘されている背景要因を χ^2 検定し、*p*値が5%未満の項目を説明変数としたロジスティック回帰分析を行った。

結果: 受診行動遅れは0.9%であり、多くは判明から1カ月以内に医療機関を受診していた。また検査行動遅れは45.3%であり、有意な関連がみられた4要因(オッズ比, 95%信頼区間)は、陽性判明年が2007~2011年(1.64, 1.21~2.21)、性指向がバイセクシャル(1.56, 1.03~2.05)またはヘテロセクシャル(1.57, 1.00~2.15)、検査施設が病院(10.05, 2.97~34.04)、検査施設所在地が尾張地方(2.17, 1.27~3.71)であった。

結論: 本調査により愛知県内の二次予防活動は、早期受診に比べ早期発見・早期検査をより充実させる必要があることが示唆された。

キーワード: 検査行動遅れ, 受診行動遅れ, HIV/AIDS 二次予防活動, 医療提供者主導 HIV 検査・カウンセリング

日本エイズ学会誌 15: 119-127, 2013

序 文

先進諸国におけるヒト免疫不全ウイルス(Human Immunodeficiency Virus: HIV)による感染症の疾病概念は、抗HIV療法の普及と日和見感染症の予防や治療の発達により、今や「死の病」から「慢性病」へと変化した^{1~3)}。しかし、抗HIV療法の効果を最大限に得るためには、免疫機能がある程度維持された状態で治療を開始することが重要である⁴⁾。そのためには、各HIV陽性者が感染をできる限り早期に知り、専門医療機関を受診し、適切なタイミングで抗HIV療法を開始することが必要である。しかしながら、HIV感染の多くは特異的な症状がなく、感染に気づかない者が多数いる^{5,6)}。これら多くの人達は、HIV検査時にはすでに免疫機能が著しく低下しており、しばしばエイズに進行している者(Late Diagnosis: 検査行動遅れ)^{7~11)}や、抗体検査でHIV陽性が判明した後、何らかの理由で医療機関受診までに日数が経ちすぎてしまい、免疫機能が低

下した者(Late Access, Delayed Medical Care After Diagnosis: 受診行動遅れ)^{12,13)}がいる。このような状況下でHIV陽性が判明するということは、その後の経過、エイズに進展するリスク、抗HIV療法の効果が低く死亡のリスクが高くなることを意味している¹⁴⁾。また、感染を早期に発見し治療を適切に開始することは、セックスパートナーへの感染リスクを軽減するといった公衆衛生的視点からも重要である¹⁵⁾。

海外における先行研究は、検査行動遅れ、受診行動遅れに関する調査^{7~13)}が継続的に実施され、早期検査を促すべき対象層と受診行動を促すべき対象層を把握したうえでの予防活動が展開されている。しかし、わが国における先行研究では、HIV抗体検査の結果の受取率、保健所での抗体検査における受検者ニーズ背景を調査しているものが大半であり^{16~19)}、陽性者の検査行動遅れや受診行動遅れに関する研究は数少ない^{20,21)}。また、わが国におけるHIV/AIDSサーベイランスは、厚生労働省エイズ発生動向調査²²⁾にて、HIV陽性と確定診断された時点の「性別」「年齢」「国籍」「感染経路」「病期」「報告地域」「主な居住地」「推定される感染地域」の報告が法的に義務付けられている。しかし、患者情報が登録制ではないため、HIV診断が重複

著者連絡先: 横幕能行 (〒460-0001 名古屋市中区三の丸4-1-1 独立行政法人国立病院機構名古屋医療センターエイズ治療開発センター)

2012年8月2日受付; 2013年1月23日受理

している可能性²³⁾や陽性判明後に専門医療機関を受診したか等の追跡ができず、地域の実情に基づいたHIV予防対策を検討していくための早期検査・早期受診を促すべき各対象層の把握が困難な状況である。

本研究では、近年エイズ報告数の増加が著しい東海地方において、HIV検査にて陽性と判明した後、東海ブロック拠点病院を受診するまでの経過を調査し、1)著しく免疫が低下しているのは陽性判明後の受診行動遅れが原因かを把握し、2)過去10年間における検査行動遅れの背景因子の分析をすることを目的とする。

対象および方法

1. 対象者

東海ブロック拠点病院（以下、調査機関と略す）における2002年1月から2011年12月までの初診HIV/AIDS患者は1,094名であり、そのうち、陽性判明年が2002年から2011年の者は959名であった。その959名から検査施設所在地が東海地方（愛知県、静岡県、岐阜県、三重県）であった842名のうち、愛知県内で陽性が判明した752名を対象とした（表1）。

目的1)「著しく免疫が低下している原因が陽性判明後の受診行動遅れが原因かを把握する」ための対象者は図1

に示した。陽性判明から受診までの日数を厳密に計算するため、調査対象者752名のうち、調査機関で陽性が判明した57名、入院中に陽性が判明した216名、また、陽性判明状況や時期等が不明であった17名の総計290名を除いた462名（61.4%）で行った。

目的2)「過去10年間における検査行動遅れの背景因子の分析」の対象者は、752名のうち、調査機関初診時にCD4陽性細胞数を測定した741名（98.5%）とした。

2. 検査行動遅れ、受診行動遅れの定義

本調査における検査行動遅れ、受診行動遅れの定義は、HIV感染症の自然経過と予防活動を基にして図2に示した。‘受診行動遅れ’の定義は、陽性判明から180日以上経過して調査機関を受診した者で、初診時のCD4陽性細胞数が200/μL未満とした。‘検査行動遅れ’の定義は、調査機関初診時のCD4陽性細胞数が200/μL未満とした。

3. 分析項目

HIV検査行動遅れと受診行動遅れに関連する先行研究^{7~13,20,21)}を参考にし、検査行動遅れと受診行動遅れに関連すると考えた項目を選択し、診療録転記フォーマットを作成した。その後、陽性判明時点の各患者背景を診療録調査にて実施し、研究者が個人を特定できないよう個人情報に関しては記号化して記載をした。

表1 エイズ動向委員会報告数における本調査数の割合

報告地域 ^{a)}	報告年 ^{b)}	エイズ動向委員会報告数	本調査数	本調査捕捉割合 ^{c)} (%)
愛知県	2002~2011	951	752	79.1
岐阜県	2002~2011	139	48	34.5
三重県	2002~2011	106	27	25.5
静岡県	2002~2011	316	15	4.7

^{a)} エイズ動向委員会報告は、HIV陽性が確定した保健所管内地域からの報告であるため、検査施設と管内保健所の報告地域が異なることもある。本調査は検査施設の所在地で分類している。^{b)} エイズ動向委員会報告は、HIV陽性が確定した保健所管内地域からの報告年であり、検査で陽性と判明した時期とHIV診断の時期が異なることがある。本調査は、検査でHIV陽性が判明した年である。^{c)} 本調査数/エイズ動向委員会報告数×100

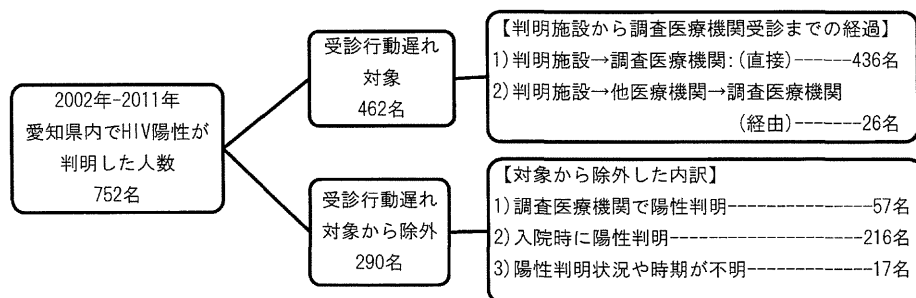


図1 受診行動遅れ対象の分布

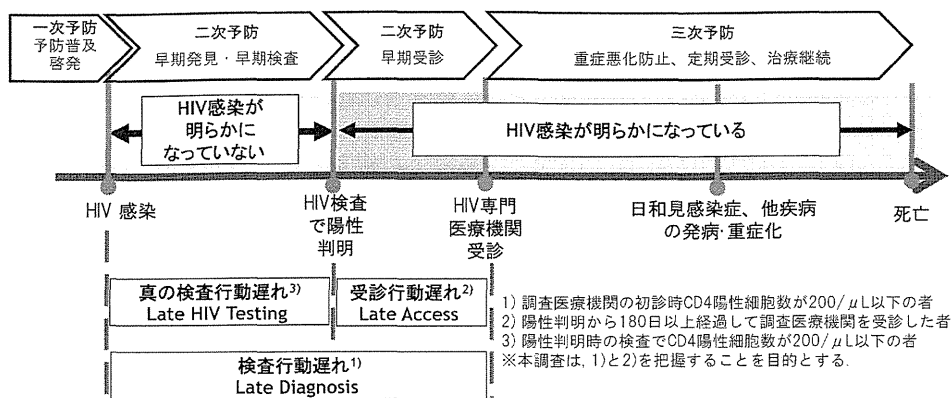


図 2 HIV 感染症の自然経過と予防活動を基にした本調査における「検査行動遅れ」「受診行動遅れ」「真の検査行動遅れ」の定義

診療録フォーマット項目の一部を表 2 に示した。本調査では患者要因として 6 項目 1) 性別、2) 年齢、3) 国籍、4) 性指向、5) 感染経路、6) 初診時の CD4 陽性細胞数とし、検査施設要因として 3 項目、7) 陽性判明年月日、8) HIV 検査施設、9) HIV 検査施設所在地とした。なお、4) 性指向に関しては、性行為の対象によって分類し、ホモセクシャルは同性、バイセクシャルは同性・異性、ヘテロセクシャルは異性であり、診療録に記載されてあった性行為の対象によって分類した。

4. 分析方法

本調査目的 1) は、受診行動遅れをさらに厳密に精査するために、検査施設で陽性が判明した後、調査機関以外に他の医療機関を受診していない者を把握した。

本調査目的 2) は、検査行動遅れと各要因の関連を検討するために χ^2 検定を行い、 p 値が 5% 未満であった項目については、CD4 陽性細胞数が $200/\mu\text{L}$ 以下と以上を目的変数とするロジスティック回帰分析を行った。なお、分析ソフトは SPSS ver 11.5 for windows を用いた。

5. 倫理的配慮

調査機関の臨床検査研究審査(管理番号：2006-71)の承認を得て実施した。診療録転記フォーマットは、個人が特定できないよう個人情報に関しては記号化して記載した。

結 果

1. 対象者の属性

調査対象者 752 名の属性を表 2 に示した。2002 年から 2011 年の調査機関における初診時 CD4 陽性細胞数の分布は、 $0\sim 199/\mu\text{L}$ が 336 名 (44.7%)、 $200\sim 350/\mu\text{L}$ が 202 名 (26.9%)、 $351\sim 500/\mu\text{L}$ が 124 名 (16.5%)、 $501/\mu\text{L}$ 以上が 79 名 (10.5%)、不明・未検査 11 名 (1.4%) であった。性別は男性が 92.8%、国籍は日本人が 87.8%、平均年齢は 37.8 歳で、感染経路は性行為感染が 93.6%、性指向はホモセク

シャル 48.3%、バイセクシャル 28.5%、ヘテロセクシャル 20.9%、不明 2.3% であった。HIV 陽性が判明した検査施設は、病院・診療所が 65.6% と最も多く、ついで保健所などの常設無料匿名検査場 24.2%、イベント型の単発で行っている無料匿名検査会 5.9%、献血センター 3.3%、その他 1.0% であり、検査施設の所在地は名古屋市内が 58.6% を占めていた。

2. 受診行動遅れの把握

対象者 462 名の陽性判明から調査医療機関受診までの日数を表 3 に示した。陽性判明後に他医療機関を経由せず調査医療機関を受診した者は 436 名、他医療機関を経由し調査医療機関を受診した者は 26 名であり、愛知県内の検査施設で陽性が判明した 462 名のうち 94.4% が、検査施設からダイレクトに調査医療機関を受診していた。また、陽性判明から 30 日以内に調査医療機関を受診していた者は 403 名 (87.2%) であり、陽性判明後、早期に専門医療機関を受診していた者が大半であった。

陽性判明から 180 日以上経過して調査機関を受診した者は対象者 462 名のうち 16 名であり、そのうち CD4 陽性細胞数が $200/\mu\text{L}$ 未満の受診行動遅れは 4 名 (0.9%) であった。その 4 名の検査施設は、病院・診療所が 3 名、献血センターが 1 名であり、陽性判明後から最短 274 日から最長 1,511 日後に調査機関を受診していた。

3. 検査行動遅れに関連する要因分析

対象者 741 名の HIV 検査行動遅れ (CD4 陽性細胞数が $200/\mu\text{L}$ 未満) の有無と各要因の関連を表 4 に示した。調査機関における 2002 年から 2011 年までの HIV 検査行動遅れは、全体の 336 名 (45.3%) を占めていた。検査行動遅れに関連する要因のうち、「陽性判明年」「性指向」「HIV 判明施設」「HIV 判明施設地域区分」の 4 要因に有意な関連があった。また、 p 値が 5% 未満であった説明変数を選択し、基準変数をたてロジスティック回帰分析を行った。「陽

表 2 愛知県内で陽性が判明した患者属性 (%)

	本調査数 N=752
性別	
男性	698 (92.8)
女性	54 (7.2)
平均年齢±SD	37.8±11.5
国籍	
日本	660 (87.8)
外国	92 (12.2)
性指向	
ホモセクシャル	363 (48.3)
バイセクシャル	214 (28.5)
ヘテロセクシャル	157 (20.9)
不明	18 (2.3)
感染経路	
性行為のみ	704 (93.6)
性行為+違法薬物	18 (2.4)
性行為+違法薬物静脈注射	16 (2.1)
不明・その他	14 (1.9)
初診時 CD4 count (cells/ μ L)	
0~199	336 (44.7)
200~350	202 (26.9)
351~500	124 (16.5)
501~	79 (10.5)
不明・未検査	11 (1.4)
陽性判明年月日	
陽性判明時の月日が明確	747 (99.3)
陽性判明時の月日が不明	5 (0.7)
HIV 検査施設	
病院・診療所	493 (65.6)
常設無料匿名検査場 ^{a)}	182 (24.2)
単発の検査会 ^{b)}	44 (5.9)
献血	25 (3.3)
その他 ^{c)}	8 (1.0)
HIV 検査施設所在地 ^{A)}	
尾張地方 (名古屋)	441 (58.6)
尾張地方 (尾張)	107 (14.2)
尾張地方 (海部)	7 (1.0)
尾張地方 (知多)	17 (2.3)
三河地方 (西三河)	84 (11.2)
三河地方 (東三河)	16 (2.1)
不明	80 (10.6)

^{a)} 保健所や NPO 等が行っている HIV 無料匿名検査場。

^{b)} 1年に数回行われるイベント型の HIV 無料匿名検査会。

^{c)} 刑務所等の入所検査や自主検査。

^{A)} 県機関事務所による地域区分 (詳細は愛知県ホームページ:
<http://www.pref.aichi.jp/0000000209.html.2012/7/1.>)

性判明年」では、2007年から2011年に陽性判明した者は、2002年から2006年に判明した者より1.64倍のオッズで検査行動遅れになっており、「性指向」では、ホモセクシャルとくらべバイセクシャルは1.56倍、ヘテロセクシャルは1.57倍のオッズで検査行動遅れとなっていた。また、検査施設要因として「HIV判明施設」が献血センターであった者とくらべ、病院で判明した者は10.05倍、保健所などの常設無料匿名検査場で判明した者は2.46倍、イベントなどの単発で行っている無料匿名検査会で判明した者は1.39倍のオッズで検査行動遅れとなっており、「HIV判明施設地域区分」では、三河地方(西・東三河)の検査施設で陽性が判明した者にくらべ、尾張地方(名古屋)の施設では1.27倍、尾張地方(名古屋以外)の施設では2.17倍のオッズで検査行動遅れとなっていた。

考 察

1. 本研究の特徴

わが国におけるこれまでの調査では、陽性判明から専門医療機関を受診するまで、一連の経過を追跡している調査はなく、本調査によって、2002年から2011年までに愛知県で報告された79.1%のHIV陽性者の受診行動遅れと検査行動遅れを把握することができた。

わが国における先行研究は、各人の主観的な自覚症状や感染リスク行為後から、検査または専門医療機関受診までの時間的経過を追跡し、エイズ発症の有無を調査している。しかし、HIV感染における自覚症状は特異的ではなく、かつ無症状の者もあり、いつ誰から感染したのか特定できないことが多い^{5,6)}。また、わが国におけるHIV診療経験は、病院間格差が著しいことがすでに報告^{24,25)}されており、医師のHIV診療経験によってエイズ診断の見落としが生じる可能性がある。このように、これまで目的変数が曖昧であったデータ分析から、本調査は前進し、客観的なデータであるCD4陽性細胞数と検査から受診までの日数を目的変数とし継続的に分析することにより、受診行動遅れと検査行動遅れを把握することができた。

2. 受診行動遅れの把握

対象者462名のうち受診行動遅れは4名(0.9%)であり、多くの者は陽性判明から30日以内に調査機関を受診していた。

これまで、Hashimotoらが行った調査²⁶⁾では、対象者590名のうちHIV感染の自覚症状から3年以上経過して医療機関を受診した者は、HIV感染者では28.0%、エイズ患者では86.0%という報告がされている。しかし、その原因が受診行動遅れか検査行動遅れかは不明であった。しかし、今回の調査から、愛知県の検査施設で陽性が判明した大半の者は、専門医療機関を早期に受診していたことが示

表 3 受診行動遅れ対象 462 名の陽性判明から調査医療機関受診までの日数

		調査医療機関初診時		総計 (%)
		CD4<200/ μ L	CD4>200/ μ L	
陽性判明後に 他医療機関を 経由せず調査 医療機関を受診 (直接) $n=436$	判明当日	13	29	42 (9.1)
	1~30 日	122	222	344 (74.5)
	31~180 日	11	29	40 (8.7)
	181~365 日	1	4	5 (1.1)
	1 年以上	1	4	5 (1.1)
陽性判明後に 他医療機関を 経由して調査 医療機関を受診 (間接) $n=26$	判明当日	1	0	1 (0.2)
	1~30 日	5	11	16 (3.5)
	31~180 日	1	2	3 (0.6)
	181~365 日	0	2	2 (0.4)
	1 年以上	2	2	4 (0.9)
総計 (%)		157 (34.0)	305 (66.0)	462 (100.0)

された。このことから、調査機関受診時に免疫機能が低下していた要因は、陽性判明後の受診行動の遅れからくるのではなく、感染から検査までに時間が経過していた、いわゆる本調査の図 2 で示した、真の検査行動遅れ（早期発見・早期検査が必要な者）がおもな要因であったと推測された。

本調査において、受診行動遅れが免疫機能低下のひとつの要因と推測される者は 4 名と少数であったため、各背景の要因分析は行えなかった。また、時間を要した原因は、4 名のうち 2 名は、他医療機関を受診したことによって時間を要したことが考えられるが、それ以外に、言語の問題や無保険など診療録から収集できる項目では、その原因に共通性はみられなかった。

本調査では、陽性判明後に早期受診できていた者が大半であったが、その後の定期的な受診なくして、日和見感染症や他疾病の発病・重症化を防ぐことは困難である。また、治療法の開発によって HIV 疾病概念が「死の病」から「慢性病」と変遷した昨今、HIV 検査相談における告知が、その後の病気の受容過程にどのような影響を及ぼすかは、今後の検討課題である。

3. 検査行動遅れの要因と HIV 早期検査に向けての進言

わが国の 2012 年抗 HIV ガイドラインにおける治療開始の目安は、CD4 陽性細胞数 350/ μ L であるが、本調査対象者 752 名のうち 350/ μ L 未満の者は 71.6% を占めている。また、CD4 陽性細胞数が 350/ μ L 未満群と以上群では生存率に有意差はないが、200/ μ L 未満群と以上群では生存率に有意差が認められる調査²⁷⁾もあることから、本調査における検査行動遅れの定義は、CD4 陽性細胞数が 200/ μ L 未満とした。

本調査における HIV 検査行動遅れは、336 人 (45.3%) であった。本調査の HIV 検査行動遅れの割合と他の先進諸国との比較は、検査体制、保険診療状況、また調査対象者層が異なるため一概にはいえないが、同様の HIV 検査行動遅れの定義で実施している先進諸国（アメリカ、スコットランド、カナダ、オーストラリア）では、15~43% といった結果である¹⁵⁾。まず、他国における HIV 検査行動遅れの年次推移についてみると、1997 年を前後にいったん減少しここ最近では微増している。その背景は、政府主導の予防活動と VCT 普及によって検査件数が増加し、検査行動遅れの割合は低下したが、これまで予防活動が十分にできなかった層（移民、黒人、MSM (Men who have Sex with Men) 等）に検査行動遅れが増加しているとの報告がある^{28~30)}。

東海地方、とくに愛知県においては、2000 年から日曜検査を一部保健所で導入し、その後夜間検査や迅速検査、イベント検査など HIV 抗体検査の普及や予防活動に努めている。その結果 2000 年から 2006 年の愛知県内保健所での HIV 抗体検査件数は、4,429 件から 7,043 件と増加している。しかし 2007 年から 2011 年は、10,259 件から 9,077 件と検査件数は鈍化している。その間の本調査における HIV 検査行動遅れは表 4 に示したとおり、2002 年から 2006 年に比べ、2007 年から 2011 年のほうが検査行動遅れの割合が多く有意差がみられている。また、HIV 検査施設所在地では、名古屋市から約 20 km の圏域である尾張地方の検査施設で判明した者が、検査行動遅れの割合が多く有意差がみられている。このことは、受検者にとってより利便性の高い検査相談体制を拡充していくことの重要性を示すとともに、いかに一次予防活動の対象者を把握し、検査相談施設の広報を含め予防普及啓発活動を促進していくことが

表 4 検査行動遅れ各要因のロジスティック回帰分析

要因	総数	CD4		p-Value ^{a)}	Odds Ratio (95%CI)
		<200/ μ L	>200/ μ L		
	741	336 (45.3)	405 (54.7)		
1) 陽性判明年	741			0.001***	
2002～2006		111 (38.0)	181 (62.0)		基準変数
2007～2011		225 (50.1)	224 (49.9)		1.64 (1.21～2.21)
2) 年齢層	736			0.975 ^{n.s.}	
0～29		81 (43.8)	104 (56.2)		
30～39		130 (45.6)	155 (54.4)		
40～49		65 (45.8)	77 (54.2)		
50～		57 (46.0)	67 (54.0)		
3) 性別	741			0.385 ^{n.s.}	
男性		315 (45.8)	373 (54.2)		
女性		21 (39.6)	32 (60.4)		
4) 国籍	741			0.212 ^{n.s.}	
日本		302 (39.1)	352 (60.9)		
外国		34 (46.2)	53 (53.8)		
5) 感染経路	727			0.400 ^{n.s.}	
性行為感染		316 (45.6)	377 (54.4)		
性行為感染+違法薬物		13 (38.2)	21 (61.8)		
6) 性指向	723			0.041*	
ホモセクシャル		145 (40.5)	213 (59.5)		基準変数
バイセクシャル		105 (49.8)	106 (50.2)		1.56 (1.03～2.05)
ヘテロセクシャル		77 (50.0)	77 (50.0)		1.57 (1.00～2.15)
7) HIV 検査施設	734			0.000***	
病院・診療所		281 (57.8)	205 (42.2)		10.05 (2.97～34.04)
常設無料匿名検査場		45 (25.1)	134 (74.9)		2.46 (0.70～8.62)
単発の検査会		7 (15.9)	37 (84.1)		1.39 (0.33～5.93)
献血		3 (12.0)	22 (88.0)		基準変数
8) HIV 検査施設所在地 ^{A)}	662			0.008**	
尾張地方 (名古屋)		207 (47.5)	229 (52.5)		1.27 (0.81～2.06)
尾張地方 (名古屋以外)		79 (60.8)	51 (39.2)		2.17 (1.27～3.71)
三河地方 (西・東三河)		40 (41.7)	56 (58.3)		基準変数

^{a)} * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$; n.s., not significant. 有意差検定は陽性判明年と年齢層は Mann-Whitney U -test, 他は χ^2 検定。

^{A)} 県機関事務所による地域区分 (詳細は愛知県ホームページ: <http://www.pref.aichi.jp/0000000209.html>.2012/7/1.)

問われていると考える。また、本調査で感染経路と性指向をわけて分析したところ、性指向がホモセクシャル以外の割合が半数を占めていた。海外の先行研究では、バイセクシャルはゲイコミュニティに属さない傾向、また、避ける傾向にあるといった調査^{31,32)}もある。これらを踏まえ、愛知県においてはこれまでの個別施策層の MSM に加え、ポピュレーションアプローチとしての早期発見・早期検査を促進する普及啓発活動を検討していくことも必要と考え

る。

HIV 判明施設における検査行動遅れは、HIV 判明施設が献血センターであった者とくらべ、病院で判明した者は 10.05 倍のオッズ比で検査行動遅れであった。病院で判明した者の多くは、自発的な検査ではなく、医師が HIV 感染を推察しうる症状と判断し、診断のための検査で陽性が判明していた。近年、HIV 感染症治療の目的が、従来の日和見感染症の発症を予防するために免疫を維持・向上さ

せることに加え、ウイルスが引き起こすとされる種々の合併症を予防するために治療開始時期が早まっており、HIVの早期発見がこれまでに増して重要となっている³³⁾。本調査では、HIV検査をするまでの通院経過や各対象者の既往歴等は分析していないため、医療者が検査を積極的に勧めること (Targeted Test on PITC : Provider Initiated Testing and Counseling) が、検査行動遅れを防止し、患者にとって有益であるとの判断はできない。しかし、本調査対象者752名の65.6%が病院で判明していることから、上述した検査相談施設の拡充と並行し、PITCの可能性については、地方の状況にあわせたあり方を、HIV陽性者等と協議し検討していくことの必要性が示唆された。

4. 本研究の限界と今後の課題

本調査は、おもに愛知県で報告されているHIV陽性者の検査行動遅れと受診行動遅れが特定されたが、わが国のHIV/AIDS患者の検査や受診に関する動向に普遍化できるかどうかは今後の検討課題である。また、検査行動遅れに関しては、CD4陽性細胞数を目的変数としたが、検査施設により測定方法と精度管理が統一されていないことが報告されている³⁴⁾。今回は東海ブロック拠点病院のみのデータであり精度に関する問題はないが、今後他施設からのデータを収集するさいには、CD4陽性細胞数算定に若干の誤差が生じる可能性が考えられる。また、一般的にHIV感染からエイズ発症に至るまでの時間的経過は平均10年といわれているが、海外の調査研究では、HIVに感染して1年以内にエイズ発症したものが新規感染者のなかで36%もいるなど、近年ではHIVの病原性が変化していることが推測される調査が行われており³⁵⁾、今後同様の調査を行うさいは、ウイルスを含めた検討が必要である。

本調査は、診療録調査から解析されたものであるため、おもに socio-demographic 変数と検査システム変数を用いて分析を行った。そのため、検査行動遅れと受診行動遅れに関するその他の要因 (HIVに対する無関心度やスティグマなど) である、意識や態度に関するデータが得られていないのが本調査の限界である。

以上、本研究には多くの課題はあるが、一医療機関で愛知県 HIV/AIDS 報告の79.1%を捕捉できることがわかった。このことは、現在問題となっている地方のエイズ発症割合が高い原因検索、また予防活動の評価などに活用できるのではないかと考える。患者が集中している中核拠点病院やブロック拠点病院でプライバシーを保持した精度の高い病院コホート調査を継続的に実行することによって、一次予防から三次予防まで幅広く HIV 予防対策に遡及性のあるデータを示せるのではないかと考える。そのためには、対象者のプライバシーを担保した、より精度の高いデータ収集法、また HIV 感染者層の広がりを把握する有

効な調査方法の開発を図ることが課題である。

謝辞

本調査にご協力いただきました独立行政法人国立病院機構名古屋医療センターエイズ治療開発センター (CARES : Center of AIDS Research, Education and Support) の皆様、また日常の議論を通じて多くの知識や示唆をいただいた名古屋市立大学大学院看護学研究科の市川研究室の皆様にご感謝申し上げます。

文 献

- 1) U.S. Department of Health and Human Services Panel : Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents. Available from [http : // aidsinfo.nih.gov/guidelines](http://aidsinfo.nih.gov/guidelines)
- 2) Health Protection Agency : Testing Times-HIV and Other Sexually Transmitted Infectious in the United Kingdom 2007 : 10-22. Available from [http : //www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1203496897276](http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1203496897276) [accessed 13. July. 2012]
- 3) 市橋恵子, 黒江ゆり子, 大野稔子, 織田幸子 : 慢性疾患の病の軌跡と HIV 感染症. 日本エイズ学会誌 6 : 62-66, 2004.
- 4) Egger M, May M, Chêne G, Phillips AN, Ledergerber B, Dabis F, Costagliola D, D'Arminio Monforte A, de Wolf F, Reiss P, Lundgren JD, Justice AC, Staszewski S, Leport C, Hogg RS, Sabin CA, Gill MJ, Salzberger B, Sterne JAC : Progression of HIV-1-infected patients starting highly active antiretroviral therapy : A collaborative analysis of prospective study. *Lancet* 360 (9327) : 119-129, 2002.
- 5) Glynn M, Rhodes P : Estimated HIV prevalence in the United States at the end of 2003. HIV Prevention Conference : 12-15, 2005.
- 6) Marks G, Crepaz N, Senterfitt W, Janssen R : Meta-analysis of high risk sexual behavior in person aware and unaware they are infected with HIV in the United States : Implication for HIV prevention programs. *J Acquir Immune Defic Syndr* 39 : 446-453, 2005.
- 7) Sullivan AK, Curtis H, Sabin CA, Johnson MA : National review of newly diagnosis HIV infection. *Br Med J* 18 : 1301-1302, 2005.
- 8) Chadborn TR, Baster K, Delpech VC, Sabin CA, Sinka K, Rice BD, Evans BG : No time to wait : How many HIV-infected homosexual men are diagnosed late consequently dies? (England and Wales, 1993-2002). *AIDS* 19 : 513-520, 2005.

- 9) Hocking JS, Rodger AJ, Rhodes DG, Crofts N : Late presentation of HIV infection associated with prolonged survival following AIDS diagnosis—Characteristics of individuals. *Intern J STD AIDS* 11 : 503–508, 2000.
- 10) Gastilla J, Sobrino P, De La Fuente L, Noguer I, Guerra L, Parras F : Late diagnosis of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy : Consequences for AIDS incidence. *AIDS* 16 : 1945–1951, 2002.
- 11) Klein D, Hurley LB, Merrill D, Quesenberry CP Jr : Review of medical encounters in the 5 years before diagnosis of HIV-1 infection : Implications for early detection. *J Acquir Immune Defic Syndr* 32 : 257–275, 2003.
- 12) Enrico G, Stella AM, Claudio A, Patrizio P, Diego S, Roberta B, Gianmarco V, Francesco A, Maria U, Margherita D, d'Arminio MA, Giuseppe I : Delayed presentation and late testing for HIV : Demographic and behavioural risk factors in a multicenter study in Italy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 36 : 951–959, 2004.
- 13) Sabina CA, Smitha CJ, Gumleyb H, Murphyb G, Lampea FC, Phillipsa AN, Prinz B, Youleb M, Johnson MA : Late presenters in the era of highly active antiretroviral therapy : Uptake of the response to antiretroviral therapy. *AIDS* 18 : 2145–2151, 2004.
- 14) Harrison KM, Song R, Zhang X : Life expectancy after HIV diagnosis based on national HIV surveillance data from 25 states, United States. *J Acquir Immune Defic Syndr* 53 : 124–130, 2010.
- 15) Castilla J, del Romero J, Hernando V, Marinovich B, Garcia S, Rodriguez C : Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr* 40 : 96–101, 2005.
- 16) 嶋貴子, 一色ユキ, 近藤真規子, 塚田三夫, 潮見重毅, 今井光信 : 保健所における HIV 即日検査導入の試みとその効果. *日本公衆衛生雑誌* 53 : 167–177, 2006.
- 17) 廣岡憲造, 前川勲, 増地あゆみ : 北海道における HIV 検査ニーズに関する Web 調査. *日本エイズ学会誌* 9 : 36–46, 2007.
- 18) 瀬見重毅, 市川誠一, 大屋日登美 : 保健所におけるエイズ対策に関する調査研究—HIV 感染者のフォローアップ体制について—. *厚生労働省科学研究費補助金エイズ対策研究事業 HIV の疫学と対策に関する研究* : 780–786, 1995.
- 19) Watanabe T, Nakamura Y, Kidokoro T, Shimazaki E, Hasegawa Y, Tamura Y, Tanihara S, Hashimoto S : The characteristic of people requesting HIV antibody tests at public health centers in Japan. *J Epidemiol* 14 : 10–16, 2004.
- 20) Hashimoto S, Matsumoto T, Nagai M, Matsuyama Y, Nakamura Y, Umeda T, Kamakura M, Ichikawa S, Kimura S, Fukutomi K, Kihara M : Delays and continuation of hospital visits among HIV-infected person and AIDS cases in Japan. *J Epidemiol* 10 : 65–70, 2000.
- 21) 橋本修二, 井上洋士, 川戸美由紀, 村上義孝, 木村博和, 市川誠一, 中村好一, 木原正博, 福富和夫 : HIV 感染からその自覚と医療施設受診までの時間的遅れ. *日本エイズ学会誌* 7 : 31–36, 2005.
- 22) 厚生労働省エイズ動向委員会. Available from [http : // api-net.jfap.or.jp/status/2011/11nenpo/nenpo_menu.htm](http://api-net.jfap.or.jp/status/2011/11nenpo/nenpo_menu.htm) [accessed 13. July. 2012]
- 23) 小川俊夫, 白坂琢磨, 今村知明 : AIDS/感染者新規報告比率—いわゆる「いきなり AIDS 率」—の検討. *日本エイズ学会誌* 14 : 46–53, 2012.
- 24) 山口拓洋, 橋本修二, 川戸美由紀 : エイズ拠点病院における HIV/AIDS の受療者数. *日本エイズ学会誌* 4 : 91–95, 2002.
- 25) 照屋勝治, 木村哲 : ACC とエイズブロック拠点病院のあり方に関する研究. 主任研究者 木村哲, 厚生労働省科学研究費補助金エイズ対策研究事業 HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究総合研究報告書平成 15 年–平成 16 年 : 24–28, 2005.
- 26) Hashimoto S, Matsumoto T, Nagai M, Matsuyama Y, Nakamura Y, Umeda T, Kamakura M, Ichikawa S, Kimura S, Fukutomi K, Kihara M : Delays and continuation of hospital visits among HIV-infected person and AIDS cases in Japan. *J Epidemiol* 10 : 65–70, 2000.
- 27) HRD 共同調査協議会 : HIV 感染症治療薬共同使用成績調査 14 年次報告書要約版 (調査開始–2011 年 3 月) Available from [http : //www.nihs.go.jp/mhlw/index.html](http://www.nihs.go.jp/mhlw/index.html)
- 28) Janssen RS, Holtgrave DR, Valdiserri RO, Shepherd ABJ, Gayle HD, De Cock KM : The serostatus approach to fighting the HIV epidemic : Prevention strategies for infected individual. *Am J Publ Health* 91 : 1019–1024, 2001.
- 29) Easterbrook PJ, Yu LM, Goetghebeur E, Boag F, McLean K, Gazzard B : Ten-year trends in CD4 cell counts at HIV and AIDS diagnosis in a London HIV clinic. *AIDS* 14 : 561–571, 2000.
- 30) Turner BJ, Cunningham WE, Duan N, Andersen RM, Shapiro MF, Bozzette SA, Nakazono T, Morton S, Crystal S, St Clair P, Stein M, Zierler S : Delayed medical care after diagnosis in a US national probability sample of persons infected with human immunodeficiency. *Virus Arch Intern Med* 160 : 2614–2622, 2000.
- 31) Roffmana RA, Piccianoa J, Wickizera L, Bolanb M, Ryana

- R : Anonymous enrollment in AIDS prevention telephone group counselling : Facilitating the participation of gay and bisexual men in intervention and research. *J Soc Serv Res* 23 : 5-22, 1998.
- 32) Hocking JS, Rodger AJ, Rhodes DG, Crofts N : Late presentation of HIV infection associated with prolonged survival following AIDS diagnosis — Characteristics of individuals. *Intern J STD AIDS* 11 : 503-508, 2000.
- 33) HIV 感染症研究会 : HIV 感染症「治療の手引き」第 14 版. Available from [http : //www.hivjp.org/guidebook/index.html](http://www.hivjp.org/guidebook/index.html)
- 34) 正兼亜季, 小川哲, 上野朱美, 酒向良博, 山田三枝子 : CD4 陽性細胞数算定に関する全国調査結果. *日本エイズ学会誌* 5 : 331, 2003.
- 35) Crum-Cianflone N, Eberly L, Zang Y, Ganesan A, Weintrob A, Marconi V, Barthel RV, Fraser S, Agan BK, Wegner S : Is HIV becoming more virulent ? Initial CD4 cell counts among HIV seroconverters during the course of HIV epidemic : 1985-2007. *Clin Infect Dis* 48 : 1285-1292, 2009.

Factors Related to Late Diagnosis and Access in New HIV Positive Cases in Aichi Prefecture, Japan

Yumi FUKUYAMA^{1,2)}, Seiichi ICHIKAWA²⁾, Yumiko OBAYASHI¹⁾, Wataru SUGIURA¹⁾,
and Yoshiyuki YOKOMAKU¹⁾

¹⁾ Center of AIDS Research, Education and Support, National Hospital Organization Nagoya Medical Center,
²⁾ Nagoya City University Graduate School of Nursing

Objective : The present study focused on the high proportion of AIDS among the new HIV cases in Aichi Prefecture, Japan. The cause for the high proportion presenting an initial impaired immune system was hypothesized as either 1) Late Access : defined as a delay or interval of more than 180 days between being notified as being HIV positive and afterwards reaching the specialized hospital for treatment, or 2) Late Diagnosis : defined as having a CD4 count at less than 200/ μ L.

Material and Methods : Survey data were collected from the regional HIV specialized hospital, involving all 752 new cases diagnosed with HIV, between 2002 and 2011. Late Access was calculated as the number of days from notification to arrival at hospital. Late Diagnosis was calculated as all those with a CD4 count at less than 200/ μ L. The χ^2 test and logistic regression were used to determine any independent predictor with significance at $p < 0.05$.

Results : There were 0.9% that presented Late Access. All the other cases presented access within 30 days. There were 45.3% that presented Late Diagnosis, and in these the delay was associated with four factors which were each an independent predictor (odds ratio, 95% confidence interval) ; (a) year 2007-2011 of HIV notification (1.64, 1.21-2.21), (b) sexual orientation as bisexual (1.56, 1.03-2.05) or heterosexual (1.57, 1.00-2.15), (c) HIV-test facility being the hospital itself (10.05, 2.97-34.04), and (d) the geographic location of the HIV-test outside Nagoya (2.17, 1.27-3.71).

Conclusion : This study suggested that secondary prevention activities in Aichi Prefecture need to enhance early HIV detection and early HIV testing compared to early access the specialized HIV hospital.

Key words : Late Diagnosis, Late Access, secondary prevention of HIV/AIDS, PITC

活動報告

養護教諭が生徒から受ける同性への性的指向の 相談の実態と対応に関する研究

Survey on school nurses' counseling and responses in regard to students' sexual orientation

堀 希好¹⁾ 金子典代²⁾ 市川誠一²⁾

1) 日本保健医療大学 保健医療学部看護学科 地域看護学, 2) 名古屋市立大学 看護学部 国際保健看護学

1) Kiyoshi HORI : Department of Nursing Sciences, Japan University of Health Sciences School of Health Sciences,
2) Noriyo KANEKO, Seichi ICHIKAWA : International Health Nursing, Nagoya City University School of Nursing

抄 録：本研究は、養護教諭が生徒から受ける同性愛、両性愛に関わる相談の実態と対応を明らかにすることを目的とした。A県内の中学・高校・特別支援学校の養護教諭932名に質問紙調査を実施し、有効回答は507件（回収率54.4%）であった。生徒から男性同性愛の相談の経験がある者は9.7%、女性同性愛17.2%、両性愛7.5%、これらのいずれか（以下、同性への性的指向）の相談経験がある者は24.3%であった。

生徒から同性への性的指向の相談を受けた者は、精神的な健康、妊娠、性感染症等の相談を受けた割合が高かった。また、生徒から同性への性的指向の相談を受けた経験と、同性への性的指向の相談に対応したい、生徒からの相談の背景に同性への性的指向を感じた、自校に同性への性的指向を持つ生徒がいると思う、同性愛や多様な性の理解に役立つ生徒が読める資料の用意がある、の各項目間に有意な関連が示された。同性への性的指向に悩む生徒の存在を理解し、相談しやすい学校環境作りが望まれる。

Synopsis : The objective of this study was to clarify school nurses' experience in counseling junior high and high school students on sexual orientation, namely homosexuality and bisexuality. Questionnaires were distributed to 932 school nurses in A prefecture, of whom 507 replied, the return rate being 54.4%. The findings showed that 9.7% of the respondents had given counseling on a gay act, 17.2% a lesbian act, 7.5% a bisexual act, and 18.5% gender identity disorder. School nurses who gave counseling on mental health, pregnancy and STI were more likely to give counseling on sexual-orientation-related concerns. Further, their counseling experience on sexual orientation was significantly interrelated to willingness to counsel students with sexual orientation toward the same sex; understanding of relationship between sexuality-related concerns and other health concerns; recognition of students struggling with their sexual identity; and preparation of educational materials for understanding a wide range of sexuality-related matters. It is considered necessary to increase school nurses' understanding and create a student-friendly environment so that students can easily get access to counseling on sexual-orientation-related issues.

Key words : sexual orientation toward same sex, school nurse, counseling, response, adolescence.

緒 言

日本のゲイ・バイセクシュアル男性は、中学校・高校の学齢期に性的指向に関連した葛藤を引き起こす経験をしている者が多く、自己の性的指向についての悩みや不安などを相談する社会的環境が十分でないことが指摘されている¹⁾。また同性への性的指向への気づきは、早くは小学生から、

多くは思春期と重なっており、多くの子どもたちは同性への性的指向の悩みに向き合うにもかかわらず、学校教育の中で、同性愛についての教育が提供されていないことも指摘されている。学校で同性愛について「一切習っていない」ものが71%、「否定的情報を得た」ものが13%、「異常なものとして扱われていた」が7%であり、教育現場において同性愛について不適切な情報提供や対応を受