

保健所における HIV 抗体検査来所者の受検動機発生から 来所までの行動と不安

高橋 幸枝* ヤマガキヨシヒコ* 川田智恵子2*

目的 国内の HIV 感染者/AIDS 患者数は増加し続けているにも関わらず、保健所 HIV 抗体検査来所者数は減少の傾向を示している。そこで、検査来所者の受検動機と検査来所逡巡状況に関連する要因を明らかにする目的で調査を実施した。

方法 調査協力を得られた日本国内17カ所の保健所（関東以北9カ所、関東地方3カ所、関東以西5カ所）に来所した、検査結果告知後に本調査の主旨およびプライバシーの保護について説明し協力を得られた検査受検者に筆者らが作成した自記式質問紙調査票を配布した。回収は、保健所内に設置した回収箱に投函してもらう方法と郵送法を併用した。調査は1995年8～12月に実施し、回収した調査票のうち233人（67.0%）を有効回答とした。調査票の回答をもとに属性、検査来所までのエイズに対するイメージや不安行動状況、受検動機などに関する各項目についてクロス集計および検定を行った。さらに検査来所を逡巡した群と逡巡しなかった群にわけ、多重ロジスティック回帰モデルを適用し、関連要因を検討した。統計解析には SPSS 6.1J for Windows を使用した。

成績 分析対象者は男性146人（62.7%）、女性87人（37.3%）であり、年齢は15～76歳で、平均年齢は男性が有意に高かった。HIV 抗体検査を今回初めて受けた人は男性103人（70.5%）、女性72人（82.8%）であった。受検動機で最も多かったのは「将来や今のパートナーに感染させたくなかったから」、「これ以上不安なままにいるのがいやだから」、「コンドームなしのセックスをしたことがあるから」が男女ともに率が高かった。男性で検査を考えはじめてから受検を決意する段階で「誰かのアドバイスやサポートがあったから」と回答した率が有意に高くなっていった。検査来所前、検査受検をすぐに決意し行動できず逡巡した人は、分析対象者のほぼ半数であった。多重ロジスティック回帰分析を行ったところ、検査来所逡巡要因として、検査決意時の感染可能性の自覚が高いこと、感染していれば別に体調が悪くなくても仕事（学校）を続けられないと思っていること、が関連していた。

結論 本研究対象者の半数は HIV 感染の可能性があると気づいてから実際に検査来所するまでに逡巡していた。その関連要因からは、HIV/AIDS に対する偏見・差別不安が依然として強く感じとられていることが明らかとなった。

Key words : HIV 抗体検査, 受検動機, 不安行動, 保健所来所

I 緒 言

本邦において保健所での HIV 抗体検査は、1986～87年にマスメディア報道を契機にはじまっ

たエイズパニックをきっかけに、1987年に東京都内で始まり、全国的に実施されるようになった。

近年、保健所における HIV（エイズ）採血件数は117,334件（1993年）、80,857件（1994年）、57,320件（1995年）、HIV（エイズ）相談件数も233,830件（1993年）、167,009件（1994年）、117,989件（1995年）¹⁻³⁾と減少傾向にある。その一方で、厚生省エイズサーベイランス委員会報告では感染者・患者数は増加し続けており、とくに

* 東京大学大学院医学系研究科・健康社会学分野

2* 岡山大学医学部保健学科

連絡先：〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1
東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 高橋幸枝

エイズとして発症してからの発見率が高いといわれている。

このことは感染可能性のある人の多くは、匿名・無料・夜間休日受付といった供給側の改善努力だけでは検査にアクセスしない状況があることを示していると考えられる。

抗 HIV 剤の多剤併用療法と発症予防治療の進歩により感染後の生存年数（無症候期・有症期ともに）は確実に伸びていることと HIV 流行阻止の観点から、個人・集団の両レベルにおいて HIV 抗体検査は HIV 対策上重要な要素であることは周知の事実である。しかしながら、検査来所者が実際にどのような動機とプロセスで検査にやってきたのか、また来所するまでにどのような葛藤や躊躇があったのかについての調査は世界的にみても少ない^{4,5)}。

国内の先行研究によれば、HIV 抗体検査を希望して保健所に来所した人の検査動機は研究報告者によって異なっている。感染可能性のある行為があったからとの回答は半数であった⁶⁾とするもの、検査動機は感染の心配があるためが8割で、そのうち性行為の心配が8割であった⁷⁾としているものもある。また、日本人の海外旅行者を対象とした調査では、検査経験のある人の受検理由は感染の心配があったからとの回答は半数以下であり、ビザに必要・勧奨による・その他の理由が半数以上を占めていた⁸⁾と報告されている。

従来国内で行われた研究をみる限り、検査来所者の感染リスクとなった行動を明らかにする目的で行われた調査はあるが、検査来所をめぐる心理的社会的側面はあまり着目されていない。そのため、それらの研究からは、保健所での検査・相談件数がなぜ減少しているのかという問題を解くヒントは得られにくい。

海外においても検査対象者の心理的社会的側面を捉えようとした研究は多くはないが、HIV 感染者やエイズ患者を対象とした病気体験 (Illness experience) を捉えようとした研究がそれに当たる。

病気体験 (Illness experience) を捉えるとは、当事者がどのような体験をし、その状況を受け止めているのかについて、当事者の見地から捉えようとするものである⁹⁾。現行のサービスのあり方や情報環境を評価する上で、利用者がどのように

受け止め認識しているかを明らかにすることは、問題発見の最大基準となると考えられる。したがって、そうした実態を把握することは、改善をすすめていく上においても有効であると考えられる。

検査来所者の受検動機や検査に来所するまでのプロセスを検査来所者の視点から明らかにすることは、その背後に存在する感染可能性のある集団がもつ問題、HIV 感染者や AIDS 患者のおかれている実態と環境を反映するものと考えられる。

本研究の目的は検査行動を自ら起こした人の主観的な世界を知り、認知されている事象や問題を把握すること、特に検査を逡巡させる背景要因や条件を把握することにあるが、それは今後のエイズ対策を考える上で重要な資料になると考える。

II 研究方法

1. 対象

本研究の調査対象は、調査協力を得られた保健所の HIV 抗体検査に来所した者である。調査を実施した保健所は、機縁法により得られた17カ所であった。機縁法とは、調査者（本研究においては筆者ら）の機縁を用いて調査対象を選択する方法⁹⁾である。保健所所在地域は関東以北9カ所、関東地方3カ所、関東以西5カ所であった。昭和35年の保健所型別区分による分類ではU型（都市型）5カ所、R型（農山漁村型）6カ所、UR型（中間型）5カ所、L型（広域型）1カ所であった。抗体検査を受け付けてから本人に結果を伝えるまでの日数別では4~7日4カ所、8~10日1カ所、11~14日12カ所であった。

時間外もしくは夜間休日に受け付けた検査に来所した人にも質問紙を配布した保健所は1カ所あり、他はすべて通常の業務時間内に実施した検査に来所した人のみに質問紙が配布された。予約制で検査を実施している保健所はなく、電話で問い合わせがあれば随時受け付ける体制をとっている保健所は2カ所あった。他は保健所として月1~2回の一定の検査受付日・時間を設定し、その時に検査を希望して来所した人については予約のありなしに関わらず、検査を受け付ける体制をとっていた。

2. 方法

1) 質問紙の作成

エイズ電話相談に寄せられた、相談時点におい

て感染リスクがあると判断でき、かつ HIV 感染状況が不明な HIV 抗体検査前のクライアントの訴える内容に基づき、筆者らが質問項目を設定した。質問項目は、検査を考えはじめてからの期間、受検の動機、エイズに関するイメージ、検査を考えはじめてからとった行動・態度と不安、エイズに関する情報源、情報への接触状況、感染可能性の認識状況、検査場所の選択条件、過去の検査経験、性、年齢である。質問紙作成過程で、保健所医師、保健婦、HIV 領域での仕事に携わっている関係者、エイズ関連団体ボランティア等10人に内容検討してもらい、修正を行った。作成後、プレテストを数人に実施し、回答に要する時間、配布方法について検討した。

2) 調査方法と実施状況

来所者個々に検査結果説明後（各保健所で行っている通常の抗体検査後カウンセリング）、保健所職員（医師・保健婦）から本調査の主旨およびプライバシーの保護について説明を行い、協力を得られた人に対し筆者らの作成した自記式質問紙を配布した。質問紙への記入は、保健所内もしくは本人に持ち帰ってもらい行った。質問紙の回収は、所内に回収箱を置き回収する方法と返信用封筒を添付し対象者から直接郵送してもらう方法を併用した。

調査主旨の説明を行った人は全部で348人で、依頼時点での調査拒否は36人（10.3%）であった。調査拒否の主な理由は、時間がないというものや理由不明であった。回収できた質問紙は250人（回収率71.8%）であった。回収した質問紙のうち、回答に不備のあった17人を除き233人を有効回答とした（有効回収率67.0%）。調査期間は1995年8月24日から同年12月31日まで行った。

3) 分析方法

まず属性として性・年齢・過去の検査経験、受験動機、受験動機発生から来所までに経験したエイズイメージ・来所までの不安や行動・情報内容・情報源・感染可能性の認識状況といった心理状態および行動・状況を把握し、検定を行った。

さらに、検査を意識し受けることを決意して来所に至るといふ一連の流れの中で、検査来所を逡巡した群と逡巡なく来所した群があると考え、この2群と上記の変数との関連をみる目的で、多重ロジスティック回帰分析を行った。

なお、統計解析には SPSS 6.1J for Windows を使用した。

III 研究結果

1. 基本的属性

対象者の基本的属性については表1に示すとおりであった。平均年齢は、男性が女性に比べ有意に高く（ $p < .001$ ）、年齢別分布も性別で有意に異なっていた（ $p < .001$ ）。

過去に検査を受けた経験がある来所者の今回の受験理由は「前回検査後感染機会あり」30人（61.2%）、「念のために」9人（18.4%）、「再検査」1人（2.0%）、「その他」9人（18.4%）であった。

また、表には示していないが、今回検査にはじめて来所した人に対し、検査に来所するまでの期間を、検査を考えはじめてからの期間と検査を決意してからの期間に分けて質問し、得られたデータを週に換算した。換算は7日間を1週、1カ月を4週、1年間を48週として行った。検査を考え

表1 対象者属性

項目	男 人 (%)	女 人 (%)		
対象者数	146(62.7)	87(37.3)		
年齢	平均	34.3±11.3歳	26.9±8.0歳	
	最低年齢	16歳	15歳	
	最高年齢	76歳	60歳	
年齢構成	19歳以下	1(0.7)	10(11.5)	
	20～29歳	60(41.1)	55(63.2)	
	30～39歳	48(32.9)	17(19.5)	
	40～49歳	18(12.3)	2(2.3)	
	50歳以上	19(13.0)	3(3.4)	
検査歴	初回	103(70.5)	72(82.8)	
	複数回	2回目	37(25.3)	12(13.8)
		3回目	28(75.7)	10(83.3)
		4回目	7(18.9)	1(8.3)
		5回目	1(2.7)	1(8.3)
		無回答	1(2.7)	0(0.0)
無回答	6(4.1)	3(3.4)		
保健所型	都市型	84(57.5)	56(64.4)	
	農山漁村型	11(7.5)	1(1.1)	
	中間型	47(32.2)	28(32.2)	
	広域型・型不明	4(2.7)	2(2.3)	

はじめてからの期間は、平均46.0±68.0週で、最短期間は0週、最長期間は336週（7年）であった。検査を決意してからの期間は、平均7.3±9.2週で、最短期間は0週、最長期間は72週（1年8カ月）であった。

2. 受検動機の発生から来所までの心理状況および行動

1) 受検動機の発生

受検動機を明らかにする目的で、「検査を考えはじめたきっかけ」および「検査を決意したきっかけ」を各17項目設け、二肢択一法で回答を得た。「検査を考えはじめたきっかけ」の回答割合

表2 受検動機（男：n=146 女：n=87）

項 目	性別	検査を考えはじめたきっかけ		
		はい 人 (%)	いいえ 人 (%)	無回答 人 (%)
1) 気になる症状や身体の不調を感じたから	男	53 (36.3)	88 (60.3)	5 (3.4)
	女	26 (29.9)	58 (66.7)	3 (3.4)
2) コンドームなしのセックスをしたことがあるから	男	100 (68.5)	44 (30.1)	2 (1.4)
	女	73 (83.9)	13 (14.9)	1 (1.1)
3) 輸血や血液製剤で治療を受けたことがあるから	男	5 (3.4)	135 (92.5)	6 (4.1)
	女	7 (8.0)	77 (88.5)	3 (3.4)
4) 将来や今のパートナーに感染させたくなかったから	男	130 (89.0)	15 (10.3)	1 (0.7)
	女	70 (80.5)	15 (17.2)	2 (2.3)
5) 過去や今のパートナーから感染している可能性があるから	男	60 (41.1)	84 (57.5)	2 (1.4)
	女	68 (78.2)	18 (20.7)	1 (1.1)
6) 陰性証明書が必要になったから	男	8 (5.5)	134 (91.8)	4 (2.7)
	女	3 (3.4)	80 (92.0)	4 (4.6)
7) 身近に感染した人がいたから	男	2 (1.4)	139 (95.2)	5 (3.4)
	女	0 (0.0)	83 (95.4)	4 (4.6)
8) 結婚や就職のために知ることが必要と思ったから	男	52 (35.6)	91 (62.3)	3 (2.1)
	女	36 (41.4)	47 (54.0)	4 (4.6)
9) 自分またはパートナーの妊娠や出産のためにはっきりさせることが必要と思ったから	男	59 (40.4)	84 (57.5)	3 (2.1)
	女	46 (52.9)	36 (41.4)	5 (5.7)
10) 覚悟がある程度できたから	男	78 (53.4)	64 (43.8)	4 (2.7)
	女	43 (49.4)	40 (46.0)	4 (4.6)
11) これ以上不安なままでのいるのがいやだから	男	123 (84.2)	22 (15.1)	1 (0.7)
	女	71 (81.6)	14 (16.1)	2 (2.3)
12) 検査を受ける場所がわかったから	男	68 (46.6)	74 (50.7)	4 (2.7)
	女	45 (51.7)	38 (43.7)	4 (4.6)
13) 自分の時間の調整ができたから	男	63 (43.2)	80 (54.8)	3 (2.1)
	女	35 (40.2)	48 (55.2)	4 (4.6)
14) 検査がどんなものか興味があったから	男	24 (16.4)	118 (80.8)	4 (2.7)
	女	21 (24.1)	61 (70.1)	5 (5.7)
15) 無料で受けられるから	男	44 (30.1)	99 (67.8)	3 (2.1)
	女	36 (41.4)	46 (52.9)	5 (5.7)
16) ただなんとなく	男	10 (6.8)	132 (90.4)	4 (2.7)
	女	6 (6.9)	76 (87.4)	5 (5.7)
17) 誰かのアドバイスやサポートがあったから	男	27 (18.5)	115 (78.8)	4 (2.7)
	女	24 (27.6)	59 (67.8)	4 (4.6)

カイ 2 乗検定 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001 注) 検定にあたっては無回答は計算から除いた。

1)~17)は調査票上の項目配置順である

は、ほとんどの項目で「検査を決意したきっかけ」の回答割合と差がみられなかったため、表2には「検査を考えはじめたきっかけ」の全項目の回答割合を示した。

「はい」と回答した率が男女いずれかで70%以上の項目は、高い順にあげると、「将来や今のパートナーに感染させたくなかったから」、「これ以上不安なままではいるのがいやだから」、「コンドームなしのセックスをしたことがあるから」、「過去や今のパートナーから感染している可能性があるから」であった。

女性が男性に比べ「はい」と回答した割合が有意に高かった項目は「コンドームなしのセックスをしたことがあるから」、「過去や今のパートナーから感染している可能性があるから」、「無料で受

けられるから」の3項目であった(表2カイ2乗検定結果参照)。

なお、表には示していないが、「誰かのアドバイス・サポートがあったから」の項目で、検査を考えはじめたきっかけ(18.5%)と検査を決意したきっかけ(28.1%)の間で男性で「はい」と回答した割合が有意に増加していた(マクネマー検定, $p < .001$)。ここでさらに、決意したきっかけで「誰かのアドバイス・サポートがあったから」と回答した人に、アドバイスをくれた人は誰であったかを複数回答でたずねたところ、パートナー(男性21人, 女性16人)、職場の同僚や学校の友人(男性8人, 女性6人)、遊び友達・飲み友達(男性5人, 女性5人)の順に回答が多かった。

表3 検査を考えはじめたときのエイズイメージ (男:n=146 女:n=87)

項 目	性別	かなり思った	多少思った	あまり	思わなかった	無回答
		人(%)	人(%)	思わなかった 人(%)	人(%)	
1) 数ある病気の1つにすぎない	男	28(19.2)	26(17.8)	38(26.0)	48(32.9)	6(4.1)
	女	15(17.2)	14(16.1)	25(28.7)	30(34.5)	3(3.4)
2) パートナーとの間で話題にしにくい病気である	男	57(39.0)	38(26.0)	20(13.7)	26(17.8)	5(3.4) [*]
	女	19(21.8)	27(31.0)	21(24.1)	19(21.8)	1(1.1) [*]
3) HIV感染者やエイズ患者を診療する医療機関は少ない	男	60(41.1)	56(38.4)	17(11.6)	9(6.2)	4(2.7)
	女	42(48.3)	25(28.7)	13(14.9)	4(4.6)	3(3.4)
4) HIVに感染するかしないかはその個人の選択である	男	35(24.0)	30(20.5)	37(25.3)	39(26.7)	5(3.4) [*]
	女	8(9.2)	26(29.9)	15(17.2)	33(37.9)	5(5.7) [*]
5) エイズ検査を受け結果を知るとはHIVを自分の問題としてとらえ今後に生かそうとする行動の現れの1つだと思ふ	男	93(63.7)	36(24.7)	9(6.2)	6(4.1)	2(1.4)
	女	51(58.6)	25(28.7)	6(6.9)	3(3.4)	2(2.3)
6) 通常の感染予防はセックスでコンドームをいつも正しく使うかノーセックスである	男	90(61.6)	38(26.0)	9(6.2)	5(3.4)	4(2.7)
	女	47(54.0)	29(33.3)	6(6.9)	4(4.6)	1(1.1)
7) エイズ発症しても寝たきりの生活になるとは限らない	男	33(22.6)	66(45.2)	22(15.1)	19(13.0)	6(4.1)
	女	24(27.6)	28(32.2)	24(27.6)	10(11.5)	1(1.1)
8) HIV感染していれば別に体調が悪くなくても仕事(学校)を続けられない	男	39(26.7)	38(26.0)	31(21.2)	34(23.3)	4(2.7)
	女	20(23.0)	19(21.8)	17(19.5)	29(33.3)	2(2.3)
9) 医療費も含めてお金がかかる	男	69(47.3)	38(26.0)	24(16.4)	9(6.2)	6(4.1)
	女	46(52.9)	24(27.6)	10(11.5)	5(5.7)	2(2.3)
10) 特定のパートナーとだけセックスしていれば感染の心配はない	男	55(37.7)	48(32.9)	19(13.0)	19(13.0)	5(3.4) ^{***}
	女	16(18.4)	16(18.4)	34(39.1)	19(21.8)	2(2.3)
11) 自分から積極的に情報を集めて知ることが必要な病気である	男	87(59.6)	40(27.4)	9(6.2)	5(3.4)	5(3.4)
	女	58(66.7)	18(20.7)	8(9.2)	0(0.0)	3(3.4)
12) エイズイコール死ではない	男	28(19.2)	37(25.3)	34(23.3)	43(29.5)	4(2.7)
	女	19(21.8)	13(14.9)	28(32.2)	23(26.4)	4(4.6)

Mann-Whitney U 検定 * $p < .05$, *** $p < .001$ 注) 検定にあたっては無回答は計算から除いた。

1)~12)は調査票上の項目配置順である

2) 検査を考えはじめたときのエイズ/HIV 感染に対するイメージ

表3に、検査を考えはじめた時点での疾病に対するイメージ12項目の回答状況を示した。性感染症であること(項目番号6)、予防可能性は高いこと(項目番号5, 11)、HIV/AIDSに関する保健・医療・福祉の不十分さを指摘する項目(項目番号3, 9)で「かなり思った」、「多少思った」と回答した率が男女別にみても7割以上であった。また、死ぬかもしれない特別な病気(項目番号1, 12)であると認識している割合は5割前後であるが、発症しても寝たきりにはならない(項目番号7)という回答は6割近かった。「HIV感染するかしないかはその個人の選択である」(項目番号4)については性別・カテゴリによって回答の度数分布に偏りや散らばりがみられた。

また、「パートナーとの間で話題にしにくい病気である」($p < .05$)「HIVに感染するかしないかはその個人の選択である」($p < .05$)「特定のパートナーとだけセックスしていれば感染の心配はない」($p < .001$)の項目で男女差があり、「かなり思った」、「多少思った」と回答した割合が男性に高かった。

3) 検査を考えはじめてから来所までの行動・不安

表4に、検査を考えはじめてから来所までどのような行動・不安を経験していたかについての回答状況を示した。男女共に「心配で夜も眠れなかった」、「エイズに関することを片っ端から調べた」の項目で割合が高かった。

「仕事や学校を休む」、「人との行き来を避ける」、「エイズに関することは見聞きしないようにした」の項目では「かなりあった+多少あった」と回答した率は低かったが、それでも10~20%程度にのぼっている。

男性で「仕事(勉強)をしていても手につかなかった」($p < .05$)と「感染の危険があると知りながら自分が危険な行動をとったことを後悔した」($p < .01$)の項目で「かなりあった」、「多少あった」と回答した率が、女性に比べて有意に高かった。

なお、分析対象者の82.8%は表4に示した項目に対し1つ以上に「かなりあった」、「多少あった」と回答していた。

4) 検査を考えはじめてから来所までに得た HIV/エイズに関する情報

(1) 情報内容

表5に、検査を考えはじめてから来所までに得た情報内容の回答状況を示した。感染予防・疾病理解に関する重要な情報(本調査では「コンドーム

表4 検査を考えはじめてから来所までの間の行動・不安(男:n=146 女:n=87)

項 目	性別	かなりあった	多少あった	あまり	まったく	無回答
		人 (%)	人 (%)	なかった	なかった	
1) からだの具合が悪くはないのに仕事(学校)を休んだ	男	7(4.8)	12(8.2)	14(9.6)	108(74.0)	5(3.4)
	女	1(1.1)	5(5.7)	11(12.6)	67(77.0)	3(3.4)
2) 仕事(勉強)をしていても手につかなかった	男	26(17.8)	34(23.3)	30(20.5)	51(34.9)	5(3.4)
	女	8(9.2)	17(19.5)	20(23.0)	40(46.0)	2(2.3)
3) 人とのつきあい、行き来をさけた	男	9(6.2)	21(14.4)	32(21.9)	78(53.4)	6(4.1)
	女	3(3.4)	13(14.9)	17(19.5)	52(59.8)	2(2.3)
4) 心配で夜も眠れなかった	男	15(10.3)	39(26.7)	38(26.0)	50(34.2)	4(2.7)
	女	6(6.9)	26(29.9)	19(21.8)	34(39.1)	2(2.3)
5) エイズに関することは見聞きしないようにした	男	10(6.8)	23(15.8)	23(15.8)	84(57.5)	6(4.1)
	女	3(3.4)	11(12.6)	22(25.3)	49(56.3)	2(2.3)
6) エイズに関することを片っ端から調べた	男	27(18.5)	50(34.2)	34(23.3)	30(20.5)	5(3.4)
	女	11(12.6)	33(37.9)	28(32.2)	13(14.9)	2(2.3)
7) 感染の危険があると知りながら自分が危険な行動をとったことを後悔した	男	63(43.2)	42(28.8)	19(13.0)	18(12.3)	4(2.7)
	女	27(31.0)	19(21.8)	14(16.1)	24(27.6)	3(3.4)

Mann-Whitney U 検定 * $p < .05$, ** $p < .01$ 注) 検定にあたっては無回答は計算から除いた。

1)~7)は調査票上の項目配置順である

ムなしでのセックスでの感染可能性」,「感染の予防方法」,「発症までの平均期間」,「母子感染」の項目)で,検査を考えはじめてから「かなり得た」,「多少得た」と回答した率が高かった。一方,これらの項目は「以前から知っていたので必要なかった」と回答した率も他項目と比べ高かった。「あまり得なかった」,「まったく得なかった」と回答した項目で率が高かったものは「免疫力とライフスタイルやストレスなどとの関連について」,「発症予防や治療について」,「感染者の長期未発症例(ロングタームサバイバー)について」,「発症状態について」であった。

(2) 情報・知識源

表6に,回答状況を示した。メディアでは「パンフレット」,「テレビ・ラジオ」,「雑誌」,「新聞」の順に,人では「職場の同僚や学校の友達」,「遊び友達・飲み友達」,「パートナー」,「医療関係者」の順に率が高かった。

5) 検査場所選択条件

表7に,回答状況を示した。「結果が早くわかること」,「匿名でも受けられること」,「検査だけでなく相談ができること」,「知りたい情報をもらえること」は50%以上の率を示していた。

3. 検査来所を逡巡させる関連要因

検査来所を逡巡した群と逡巡しなかった群があると考え,以下の方法で2群に分けた。すなわち「検査を受けようかと考えはじめてから,すぐに受けようと決意できましたか」と「検査を受けることを決意して,検査を受ける目的ですぐに医療機関や保健所に来たり,検査予約を取るといった行動がとれましたか」の2つの質問に対し,「はい」か「いいえ」で回答を求めた。両質問に対し「はい」と回答した人たちを,検査受検をすぐに決意でき来所できた「検査非逡巡」群とした。またいずれか1つは「いいえ」と回答していた人たちを,検査受検決意あるいは受検行動をすぐには

表5 検査を考えはじめてから来所までに得た情報内容(男:n=146,女:n=87)

項目	性別	かなり得た	多少得た	あまり得なかった	まったく得なかった	それ以前に知っていたので必要なかった	無回答
		人(%)	人(%)	人(%)	人(%)	人(%)	人(%)
1) コンドームなしのセックスでの感染危険性	男	68(46.6)	29(19.9)	3(2.1)	4(2.7)	39(26.7)	3(2.1)
	女	34(39.1)	16(18.4)	3(3.4)	2(2.3)	30(34.5)	2(2.3)
2) オーラルセックスでの感染危険性	男	51(34.9)	37(25.3)	17(11.6)	9(6.2)	22(15.1)	10(6.8)
	女	26(29.9)	18(20.7)	12(13.8)	8(9.2)	17(19.5)	6(6.9)
3) 感染の予防方法	男	60(41.1)	38(26.0)	10(6.8)	3(2.1)	27(18.5)	8(5.5)
	女	23(26.4)	30(34.5)	4(4.6)	3(3.4)	22(25.3)	5(5.7)*
4) 感染の初期にあらわれる症状	男	34(23.3)	38(26.0)	35(24.0)	15(10.3)	15(10.3)	9(6.2)
	女	17(19.5)	27(31.0)	18(20.7)	10(11.5)	10(11.5)	5(5.7)
5) 感染してから発症するまでの平均期間	男	41(28.1)	45(30.8)	20(13.7)	15(10.3)	18(12.3)	7(4.8)
	女	21(24.1)	28(32.2)	13(14.9)	9(10.3)	13(14.9)	3(3.4)
6) カポジ肉腫やカリニ肺炎, エイズ脳症について	男	26(17.8)	36(24.7)	37(25.3)	27(18.5)	13(8.9)	7(4.8)
	女	15(17.2)	17(19.5)	23(26.4)	19(21.8)	8(9.2)	5(5.7)
7) 母子感染について	男	33(22.6)	47(32.2)	26(17.8)	12(8.2)	21(14.4)	7(4.8)
	女	19(21.8)	26(29.9)	11(12.6)	5(5.7)	21(24.1)	5(5.7)
8) 感染者の長期未発症例/ロングタームサバイバー(10年以上)について	男	23(15.8)	39(26.7)	35(24.0)	28(19.2)	14(9.6)	7(4.8)
	女	12(13.8)	19(21.8)	19(21.8)	21(24.1)	10(11.5)	6(6.9)
9) 免疫力とライフスタイルやストレスなどとの関連について	男	18(12.3)	29(19.9)	46(31.5)	36(24.7)	10(6.8)	7(4.8)
	女	9(10.3)	17(19.5)	22(25.3)	25(28.7)	7(8.0)	7(8.0)
10) 発症予防や治療について	男	21(14.4)	41(28.1)	43(29.5)	24(16.4)	10(6.8)	7(4.8)
	女	16(18.4)	20(23.0)	19(21.8)	21(24.1)	7(8.0)	4(4.6)

Mann-Whitney U 検定 * p<.05, 注) 検定にあたっては無回答は計算から除いた。

1)~10)は調査票上の項目配置順である

表6 エイズに関する情報・知識源(複数回答)

項	男	女
	(n=146) 人(%)	(n=87) 人(%)
1) パンフレットや小冊子	96(65.8)	56(64.4)
2) 電話相談	16(11.0)	9(10.3)
3) 医学専門書	32(21.9)	24(27.6)
4) 健康情報誌や雑誌	49(33.6)	37(42.5)
5) 感染者・患者・関係者自身 が書いた手記	10(6.8)	18(20.7)**
6) 録音テープや、FAXに よる情報提供サービス	2(1.4)	0(0.0)
7) エイズ関連の諸団体の会 報(ニュースレター)	15(10.3)	2(2.3)*
8) テレビ・ラジオ	77(52.7)	50(57.5)
9) 新聞	51(34.9)	34(39.1)
10) パソコンネット	0(0.0)	0(0.0)
11) パートナー	18(12.3)	15(17.2)
12) 自分の親	1(0.7)	1(1.1)
13) きょうだい	0(0.0)	2(2.3)
14) その他の家族	1(0.7)	0(0.0)
15) 職場の同僚や学校の友達	12(8.2)	16(18.4)*
16) 遊び友達や飲み友達	15(10.3)	14(16.1)
17) その他の友達	6(4.1)	3(3.4)
18) 医療関係者(医師など)	23(15.8)	15(17.2)
19) 学校の先生	2(1.4)	12(13.8)***
20) その他	1(0.7)	2(2.3)

カイ2乗検定

*: p<.05, **: p<.01, ***: p<.001

1)~20)は調査票上の項目配置順である

できなかった「検査逡巡」群とした。その結果、逡巡群113人(48.5%)、非逡巡群112人(48.1%)、いずれか無回答のため分類不能8人(3.4%)で、分析対象者のほぼ半数が検査来所までに逡巡していたことがわかった。

上記の手順で分けられた2群について、検査を考えたはじめてから決意を経て検査に来所するまでの各群の平均期間に注目した。検査逡巡群の来所前平均期間72.3±78.85週、検査非逡巡群の来所前平均期間35.85±68.11週で、「検査逡巡」群で有意に長くなっていることを確認した(2群の分散は不等のためMann-Whitney U検定にて検定p<.001)。以上のことより、2項目への回答に基づいて分けた逡巡・非逡巡の2群は、来所までの平均期間からみても妥当であると考えた。

2群の各質問項目の回答状況を比較したところ、次にあげる項目で有意に差があった。すなわち、検査逡巡群においては、検査決意時点で自分の感染可能性の認識が強く、検査受検行動に対してはあまり積極的でないイメージ(本調査では表3の項目番号5))であり、陽性だとわかった場合は体調が悪くなくても仕事や学校を続けられないイメージ(本調査では表3の項目番号8))があった。また来所前には、感染の危険があると知りながらとった行動への後悔の意識(本調査では表4の項目番号7))があり、仕事や勉強が手につかず(本調査では表4の項目番号2))、エイズに関することを見聞きしないようにしていた(本調査では表4の項目番号5))傾向があった。

以上の各項目を説明変数(感染可能性の認識とイメージの項目についてはダミー変数として投入)とした。その他に、検査経験の有無、情報源としてNGO等からのニュースレターの有無を加えた。検査経験は、経験があるほど逡巡がなくなるのではないかと考え、また情報源のある人ほど受検の決断が速くなると考え、ニュースレターの有無を選択した。

また制御変数として性、年齢、検査動機にみる妊娠・出産の有無、保健所型を選択した。保健所型は所在地域の人口規模や利便性を示していると考えた。年齢については10歳刻みの年齢階級別カテゴリに直し、保健所型については都市型・中間型・前記2つ以外の型のカテゴリに直した。

以上の説明変数および制御変数と、目的変数として検査来所前逡巡の有無(逡巡群を1、非逡巡群を0とした)を用い、多重ロジスティック回帰分析を行った結果を表8に示した。

表8の結果より、他の変数を制御してもなお、自分の感染可能性の認識が強いほど、感染していれば体調にかかわらず仕事や学校を続けられないと思うほど、検査来所前仕事や勉強が手につかなかったことがあったことが、検査来所前の逡巡と関連していることが明らかとなった。

IV 考 察

本研究はごく限られた保健所に来所した検査受検者を対象に行われたが、注目すべき結果がいくつか得られたものと考えられる。以下に、その内容を整理して述べる。

表7 検査場所を選ぶ上での重要性 (男:n=146 女:n=87)

項 目	性別	非常に重要 人 (%)	やや重要 人 (%)	重要でない 人 (%)	無回答 人 (%)
1) 匿名でも受けられること	男	94(64.4)	30(20.5)	21(14.4)	1(0.7)
	女	60(69.0)	19(21.8)	8(9.2)	0(0.0)
2) 検査料が無料であること	男	45(30.8)	48(32.9)	49(33.6)	4(2.7)
	女	47(54.0)	25(28.7)	15(17.2)	0(0.0)
3) 結果が早くわかること	男	95(65.1)	39(26.7)	10(6.8)	2(1.4)
	女	62(71.3)	18(20.7)	7(8.0)	0(0.0)
4) 結果通知の日時を選べること	男	65(44.5)	44(30.1)	34(23.3)	3(2.1)
	女	44(50.6)	26(29.9)	17(19.5)	0(0.0)
5) 知人に会わないような地域を選ぶこと	男	65(44.5)	41(28.1)	37(25.3)	3(2.1)
	女	32(36.8)	35(40.2)	20(23.0)	0(0.0)
6) 検査場所への交通の便がよいこと	男	44(30.1)	56(38.4)	43(29.5)	3(2.1)
	女	36(41.4)	39(44.8)	12(13.8)	0(0.0)
7) 知りたい情報をもらえること	男	77(52.7)	53(36.3)	13(8.9)	3(2.1)
	女	52(59.8)	28(32.2)	7(8.0)	0(0.0)
8) 検査(採血)だけでなく相談(カウンセリング)をできること	男	80(54.8)	52(35.6)	11(7.5)	3(2.1)
	女	57(65.5)	24(27.6)	6(6.9)	0(0.0)
9) 予約制であること	男	56(38.4)	46(31.5)	41(28.1)	3(2.1)
	女	42(48.3)	23(26.4)	21(24.1)	1(1.1)

Mann-Whitney U 検定 * : $p < .05$, *** : $p < .001$ 注) 検定にあたっては無回答は計算から除いた。
1)~9)は調査票上の項目配置順である

1. 本調査対象者の属性と検査経験

本研究の対象者は、性別構成では男性、年齢では20代の来所者が多くなっており他の先行調査研究^{6,7)}の分析対象者属性とほぼ一致していた。本研究では、男性の平均年齢が先行調査研究^{6,7)}と比べてやや高かったが、40代以上の男性の割合がやや高かったことによるものと考えられる。

検査経験がある人の割合は、男性で25.3%、女性で13.8%であった。そのうちの7割以上が今回の検査回数は2回目であった。このことはリスクのある性行動の抑制の難しさを示すとともに、抗体検査で陰性となった人への検査後カウンセリングの必要性を示唆するものである。

従来、検査後カウンセリングという陽性告知の難しさが議論の全面に出される傾向があるが、本研究結果からは、結果が陰性であった場合でもその後の感染予防行動の選択・決定に役立つカウンセリングが必要であるということが示されたと考えられる。特に、検査受検を逡巡した人では、検査結果が出るまでの間に、陽性であった場合の今後のことや周囲の人間関係等について深く考えた経

験を持つと考える。その受検者自身の経験を尊重し生かすような対応が求められると考えられる。

2. 受検動機、HIV感染症へのイメージ、来所までの心理状況および行動

本研究では、受検動機は17項目のそれぞれについて回答を得た(多重回答)ためか、結婚や就職、妊娠・出産を考えたからという項目も30~50%みられた。これらの中には、結婚や妊娠・出産が差し迫った問題となって受検に至った者と、将来的なその人自身の生活設計を具体的に考えたときに自身のHIV感染可能性が心配になって受検に至った者とが含まれると考えられた。

今回は受検動機を、検査を考えたきっかけと検査を決意したきっかけとして2時点で分けて考えたが、実際に比較してみると2時点ではほとんどの項目で相違はみられなかった。これは今回の調査が回想形式であったことが関連していると考えられる。

表には示していないが、結果のところでも述べたとおり、男性で、検査を考えはじめたきっかけに比べ検査を決意したきっかけとして「誰かからの

表8 検査来所前逡巡と心理社会的要因との関係

		変数	回帰係数	オッズ比
制 御 変 数	性別	男性	-.3618	.6965
		女性	reference category	
	年齢	19歳以下	-.6008	.5484
		20~29歳	-.3975	.6720
		30~39歳	-.3308	.7183
		40~49歳	-1.7934	.1664
		50歳以上	reference category	
		自分またはパートナーの妊娠出産のため	.0008	1.0008
		保健所型別都市型	-.8399	.4317
		中間型	-.9376	.3915
	上記以外	reference category		
心 理 的 社 会 的 要 因	検査決意時の感染可能性自覚	かなり感じた	2.5736***	13.1124
		多少感じた	1.8032**	6.0690
		あまり感じなかった	1.0756	2.9318
		まったく感じなかった	reference category	
	エイズ検査を受け結果を知るのは自分の問題として考え今後に生かそうとする行動の現れだと思ふ	かなり思った	-1.6697	.1883
		多少思った	-.4668	.6270
		あまり思わなかった	-1.3144	.2686
		まったく思わなかった	reference category	
	HIV感染していれば別に体調が悪くなくても仕事(学校)を続けられない	かなり思った	1.2382*	3.4494
		多少思った	-.3579	.6992
		あまり思わなかった	.0128	1.0129
		まったく思わなかった	reference category	
	検査来所前、仕事や勉強が手につかなかったことがあった		.7120**	2.0380
	検査来所前、エイズに関することは見聞きしないようにした		-.4252	.6536
	感染の可能性があると知りながら自分が危険な行動をとったことを後悔した		-.3422*	.7102
	検査歴なし		.3607	1.4344
	NGO等からの情報収集行なった		.4271	1.5328
	モデル χ^2 (df=22)			55.509***
モデルの適合性			189.039	

注) 「検査来所を逡巡」を1, 「検査来所を非逡巡」を0として分析したときのロジスティック回帰係数
* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

アドバイス・サポートがあったから」が有意に高くなったことは、パートナー・友人をはじめとする周囲の人の言動が検査受検の決意に影響していることを示唆するものと考えられる。

本研究結果からは、受検動機になるのは感染リスクの有無ということだけでなく、将来や現在の

パートナーに感染させたくないという思いや、これ以上不安なままでいるのがいやだからという気持ちがあることが読みとれた。先行研究の結果^{6,7)}では受検動機として最も多かったのは「感染が心配」であったが、本研究結果により、心配の内容がより具体的になったといえよう。

検査を考えはじめた時の HIV 感染に対するイメージについては、特殊な疾病であるイメージが強いことが明らかである。「数ある病気の1つにすぎない」、「エイズ イコール 死ではない」の2つについては「思わなかった」の回答割合が高く、先行研究の結果^{11,12)}とほぼ一致している。

性別でみると、HIV 感染症に関するイメージが男女でやや異なっていることが考えられた。有意に相違がみられたのは「パートナーとの間で話題にしにくい病気である」、「特定のパートナーとだけセックスしていれば感染の心配はない」、「HIV 感染するかしないかはその個人の選択である」の3項目で、いずれも男性で多かった。性別によるこうした回答傾向の相違は、パートナー間のコミュニケーションのズレや力関係に差があることを示していると考えられる。教育プログラム等ではそれを考慮した社会科学的なアプローチも必要と考える。

その他の項目の結果からは、感染経路がはっきりしていることから行動により予防が可能な病気であること、感染者/患者を診療する医療機関の僅少さ、および経済面での負担感の大きさが、一般の HIV/AIDS に対する現状におけるイメージであることが明らかとなった。

検査を考えはじめたから何らかの行動・不安(表4参照)を1つ以上挙げた人は8割以上であり、検査を考えはじめた時点から心理的、行動的に変化が起こった^{10~14)}ことが推察される。行動・不安の項目の中で最も多かった「感染の危険があると知りながら自分が危険な行動をとったことを後悔した」は性感染を心配している人に特有の態度といえるかもしれない。Weitz は、HIV 感染者・AIDS 患者(以下 PWA/H という。PWA/H; people [or person] with AIDS/HIV) は感染を引き起こした行動に罪の意識を感じる傾向があり、その結果として自分は病気になったと考えており、友人や家族以外の人もまた同じように考えていると思っている傾向がある¹²⁾と述べている。「からだの具合が悪くはないのに仕事(学校)を休んだ」、「人とのつきあい、行き来を避けた」、「エイズに関することは見聞きしないようにした」の項目は、エイズ電話相談の中では多く見られた言動であったが、今回の対象者で肯定した人の割合は高くなかった。むしろこのことは保健所にお

けるエイズ相談で検査来所者がそのような言動を示した場合は、検査をめぐって相当の不安に抗して決意し出向いてきたと考えてよいかもしれない。Cherry は、PWA/H は孤独感を持つ一方で無意識に人とのつきあいや情報を避けようとするところがある¹⁴⁾と述べているが、検査前の人では、むしろ自分に何が起ころうとしているのかを警戒する態度があることが推察される。

検査を考えはじめたから来所までに得た情報内容の結果からは、少なくとも検査来所までには予防に関する情報に接していることがわかり、これについては澤らの結果⁶⁾とも一致する。ただし、予防に関する情報内容は感染リスクが実際に発生する以前に十分わかっていることが必要であると考えられるが、本研究結果からは実際に検査を考えはじめたから来所までに得ていた割合が高かった。このことから、HIV 予防啓発を考える上で、可能なかぎり現実の状況を実感しうる場(一方的に話を聴かせる講義形式でなく、参加者参加型ワークショップやロールプレイ、サイコドラマ等の形式)を設定しその中で関連のある知識や情報の伝達をしていくことで、その知識などが後々まで残る可能性があることを示唆していると考えられる。また情報内容に関する他の項目の結果からは、すでに感染リスクがあり感染の不安に直面している人にとって、感染者へのサポートや情報はほとんど検査受検前には知られておらず届いていない状況がある。本調査当時の HIV 医療事情を考えると現在のようレベルになかったことと、この種の情報の絶対量が少ないこと¹²⁾から、ほとんど得られなかったという状況を浮き彫りにしたものといえよう。

情報知識源の単純集計で多かったものは、メディアでは「パンフレット」、「テレビ・ラジオ」、「雑誌」、「新聞」であり、人では「職場の同僚や学校の友達」、「遊び友達・飲み友達」、「パートナー」、「医療関係者」であった。これは上田らの結果¹⁵⁾とほぼ一致するものと考えられる。本調査では「医療関係者」と回答した人が多かったがこれについてはバイアスも考慮する必要があると考えられる。その理由としては、第1は今回の対象は機縁法により調査協力を得た保健所で検査を受けた人であること、第2は検査結果通知後に行った調査であることによる。換言すると、調査協力を得

られた保健所では担当者自身に HIV 感染症に対する理解があり、対象者への情報提供も心がけて行われていた可能性があると考えられた。

性別で有意差があった4項目(「手記」,「ニュースレター」,「職場・学校の友人」,「学校の先生」)のうち,「ニュースレター」の項目でのみ男性で割合が高かった。これは男性のゲイ(同性愛者)グループなどのNGO(非政府団体)によるHIV予防啓発支援活動が広く発達しており,そのグループによるニュースレターがあることの反映とも考える。

3. 検査来所を逡巡させる関連要因

「検査をはじめて考えはじめたのは今からどのくらい前のことですか」,「検査を受けることを実際に決意したのはいつのことですか」という質問で回答を記入してもらったところ,吉川らの感染機会があってからの期間⁶⁾や横山らの検査をしたいと思ってから採血までの期間⁷⁾とはほぼ同じ傾向の結果を得た。本研究では特に初回受検者の来所までの期間を明確にした点の特徴であろう。

本調査の対象者の回答をもとに逡巡状況を分類したところ,ほぼ半数が検査来所までに逡巡していたことが明らかとなった。この群が逡巡しなかった群に比べて検査来所までの平均期間についても有意差をもって長くなっていたことから心理的社会的要因が検査来所までの時間経過にも関連していることを示唆していると考ええる。

また,多重ロジスティック回帰分析結果より,自分が感染していると思えば思うほど,また陽性であった場合仕事や学校を続けられないと思うことで検査受検を逡巡するという状況があることが示された。

この結果からは,検査来所しない未知の集団の中に,HIV抗体検査結果が陽性であれば仕事や学校を続けられないと考えるために検査受検行動に至らない状況にある者が相当数いることが十分に考えられる。本研究結果からは,検査結果が陽性だった場合の社会生活の途絶を恐れるために受検を躊躇していることが検査受検決断の遅れと関連していることが示された。これはHIV/AIDS医療の進歩の一方で,偏見・差別への恐怖が依然として広く根深く存在していることを示している。

偏見や差別がある社会状況は,感染者・患者に

負担感を強め,自身が感染可能性がある状況に置かれた場合でさえも,身動きをとれず建設的な行動をとらないで経過することにつながっていく可能性がある。現在は,マスメディアでもあまり取り上げないこともあり,人々の関心が薄れてしまったかのようにみえるが,機会をとらえて,教育を継続していくことは必要であると考ええる。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究は次の限界を有する。

1つは,後向きデザインの研究のため関連要因と考えられた事項の因果関係については明らかにすることができないことである。また2つめは,本研究の分析対象者はすべて検査来所した人であることから,考察で述べた,感染リスクがあるにもかかわらず検査を受けない人々の持つ背景とは質的に異なっている可能性がある点である。

しかしながら,PWA/Hにとっての社会環境が偏見・差別という点からみて依然厳しい状況にあることから,感染リスクがあっても感染状況を明らかにすることを躊躇して検査来所しない対象がいるとすれば,本研究結果の知見でかなり説明できるものと考ええる。

今後の課題として,感染リスクがあるにもかかわらず検査を受けない人々の特徴の把握についても,HIV対策を考える上で必要であるといえよう。

5. 本研究結果からの HIV 対策への示唆

1) エイズイメージ転換の必要性

治療薬の開発・診療プログラムの進歩により確実に感染後の生存年数はのびている病気,セルフケアしながら長く付き合う慢性の病気,といったニュートラルなイメージ形成への取り組みが必要であろう。

2) 抗体検査採血来所時点における検査結果陽性の場合を想定した情報・知識の提供・追加の必要性

検査来所した対象には,検査(採血)を行う前に,検査に対するインフォームド・コンセントの他に,検査結果が陽性である場合を想定した説明の必要があろう。今回の結果で示された通り,対象者は感染者向けの情報は乏しい環境の中でともかくも検査は受けようという意識を固めつつある状況にいる。この段階では病院名などの具体的情報の提示についてはケースバイケースであって

も、「検査結果が陽性の場合、あなたが希望されれば医療機関を紹介します。」というようなガイダンスは必要であろう。結果が陽性であった場合でも、引き続き相談できる場であるということを検査来所者が感じられるような対応が求められているといえよう。

3) エイズ教育のあり方の再検討の必要性

本研究結果より、自己の感染可能性に気づいた人に対するの感染予防に関する知識の付与についてはかなり達成されており、パンフレットなどの媒体はそれなりに役割を果たしていると考えられる。しかしながらその一方で、PWA/Hに対する偏見・差別は当初のマスコミ報道等によりつくられたままの状態が今なお広く深く存在しているといえることと、本調査対象者の約2割は前回検査後に感染機会があったため再度検査に来所していることから、態度・予防行動の変容やその継続については必ずしも十分ではないといえよう。

以上のことから、HIV/AIDSに関する教育内容・手法を含めた教育プログラムとその評価については今後さらなる検討・研究・開発が必要であると考えられる。

本研究の一部は、文部省科学研究費一般研究(A)「生活者主体の健康確保とその支援環境に関する研究」(課題番号:06405002)により行った。また、結果の一部は第55回日本公衆衛生学会総会(大阪,1996)にて、「保健所 HIV 抗体検査来所者のプロフィール」として報告した。稿を終えるにあたり、ご助言いただきました長谷川病院 吉永陽子先生、順天堂大学医学部公衆衛生学教室 林素子先生、エイズ予防財団 森田眞子先生、桜井賢樹先生に深謝いたします。また、本研究は調査協力くださいました17保健所の本研究に対するご理解と全面的なご協力がなければ遂行できなかったものであり、保健所長・事業担当医師・保健婦・事務担当者の皆様はじめ全ての関係者の方々、そして本研究対象者すべての皆様に深謝と多大なる敬意を表します。

(受付 '98. 4.20)
(採用 '99. 3.15)

文 献

1) (財)厚生統計協会編. 国民衛生の動向. 東京:(財)厚

生統計協会 1994; 17

- 2) (財)厚生統計協会編. 国民衛生の動向. 東京:(財)厚生統計協会 1995; 19
- 3) (財)厚生統計協会編. 国民衛生の動向. 東京:(財)厚生統計協会 1996; 20
- 4) 国立国際医療センター/AIDS 医療情報センター. AIDS 情報ファイル(80). 日本医事新報 1993; 3588: 99
- 5) Becker MH, Joseph JG. AIDS and Behavioral Change to Reduce Risk: A Review. Am J Public Health 1988; 78: 394-410.
- 6) 澤 宏紀, 傅法公磨, 吉川 泉, 他. 保健所来所者が望むエイズに関する知識啓発及び検査体制についての検討. 平成5年度厚生科学研究費 HIV 疫学研究班報告書 1993; 247-310
- 7) 横山ユリ子, 安田里子, 斎藤紀子, 他. HIV 抗体検査受診者の傾向と健康教育のあり方. 東京都衛生局学会誌 1992; 296-297
- 8) 鈴木大輔, 実川 渉, 岡本直幸. 海外渡航者の行動疫学的研究. 平成6年度厚生科学研究費 HIV 疫学研究班報告書 1994; 331-341
- 9) 森岡清美, 塩原 勉, 本間康平編. 新社会学辞典. 東京:有斐閣 1993; 114
- 10) Conrad P. The meaning of medications: another look at compliance. Soc Sci Med 1985; 20: 29-37
- 11) Goldin CS.: Stigmatization and AIDS: Critical issues in Public health. Soc Sci Med 1994; 39: 1359-1366
- 12) Weitz R. Uncertainty and the Lives of Persons with AIDS. Boston: The social production of Disease and Illness, 1989; 138-149
- 13) Jacobsen PB, Perry SW, Hirsch DA. Behavioral and Psychological Responses to HIV Antibody testing. J Consulting Clinical Psychology 1990; 58: 31-37
- 14) Cherry K, Smith DH. Sometimes I cry: The experience of loneliness for men with AIDS. Health Communication, 1993; 5: 181-208
- 15) 上田博三, 中谷比呂樹, 木村博承, 他. 地域における AIDS 対策確立に関する包括的研究—AIDS 検査受診促進等のための情報伝達の手法に関する検討一. 平成6年度厚生科学研究費 HIV 疫学研究班報告書 1994; 498-502
- 16) 吉川 泉, 稲垣智一, 佐田文宏, 他. 夜間エイズ検査・相談室利用者の疫学的背景に関する研究. 平成6年度厚生科学研究費 HIV 疫学研究班報告書 1994; 440-446

CLIENT ANXIETY FROM AWARENESS OF PERSONAL HIV RISK AND RELATION TO TAKING HIV TEST AT PUBLIC HEALTH CENTERS IN JAPAN

Sachie TAKAHASHI*, Yoshihiko YAMAZAKI*, Chieko KAWATA^{2*}

Key word: HIV antibody test, Taking HIV test motivation, Illness experience, HIV test attendance to public health center

Clients taking HIV antibody tests at public health centers (PHCs) in Japan were surveyed in autumn of 1995 centered on 17 PHCs selected by a snow-ball sampling method in domestic PHCs. The anonymous self-administered questionnaires were given out by PHC's medical doctors or public health nurses after receiving informed consent of this survey's objectives following HIV post-test counseling. A total of 250 questionnaires were collected (71.8%). Valid questionnaires were 233 (67.0%) and 62.7% (146 people) were male, 37.3% (87 people) were female, with differences in mean age by sex being significant ($p < .001$).

The greatest motivating factor for getting HIV testing was concerning secondary infection to partners and extreme anxiety relating to one's own possible infection. This motivating factor was greater than having experienced previous HIV infectious high-risk behavior (i.e. condomless sex). Repeat (more than twice) visitors totaled 49 (21.0%), with 75% having experienced HIV infectious high-risk behavior since the last HIV test. "Having being advised or having received from partners or friends" affected decision making to get tested. About half of subjects vacillated before coming to the PHC for taking anonymous the HIV antibody test. Through multiple-logistic regression analysis factors causing vacillation were: greater self-awareness of possibility of having HIV infection and the fact that HIV infected people must retire from their work (or studies) despite their current health condition being fine.

While HIV medical/clinical treatment progress continues, the stigma toward HIV/AIDS and the resulting discrimination is not changing in terms of the general citizen's knowledge and attitudes. This result will likely curtail HIV antibody testing behavior.

* Department of Health Sociology, Graduate School of Medicine; University of Tokyo

^{2*} Faculty of Health Sciences, Okayama University Medical School