

受検者が HIV 感染告知担当者に伝えた感染経路と 「実際の HIV 感染経路」との相違についての検討

イノウエ ヨウジ タカク ヨウスケ ヤジマ タカン イクシマ ユズル
井上 洋士* 高久 陽介^{2*,3*} 矢島 嵩^{2*,4*} 生島 嗣^{4*}

目的 HIV 感染告知をされる際に、受検者は HIV 感染告知担当者に、自身が推定する「実際の HIV 感染経路」を伝えているのかどうか、「実際の HIV 感染経路」と異なる感染経路を伝える関連要因は何かを明らかにすること、HIV 感染告知された受検者が、自身の推定する実際の経路をそのまま HIV 感染告知担当者に伝えられる告知の場をどのようにして作れるか、その考察を加えること。

方法 無記名自記式質問調査である「HIV 陽性告知に関する調査」をウェブにおいて実施した。調査期間は2010年9月から12月までとした。日本国内在住の HIV 陽性者237人から得られたデータを分析した。「実際の HIV 感染経路」と異なる感染経路を HIV 感染告知担当者に伝えることに関連する因子の分析については、目的変数として『実際の HIV 感染経路』と HIV 感染告知担当者に伝えた感染経路との相違、説明変数として性別、年代、居住地域、感染経路、HIV 検査の承諾、HIV 感染告知年代、HIV 感染告知担当者の対応についての総合評価を各々投入して、粗オッズ比と95%信頼区間を算出した。

結果 「実際の HIV 感染経路」と、HIV 感染告知担当者に伝えた感染経路は同じであったのは全体の75.1%、異なる感染経路を伝えたとする人は全体の17.7%であった。HIV 感染告知担当者に対して同性間性的接触と伝えた人のなかで実際にも感染経路が同性間性的接触である人の割合は97.5%であったのに対し、異性間性的接触と HIV 感染告知担当者に対して伝えた人のなかでは「実際の HIV 感染経路」も異性間性的接触である人の割合は64.3%、同性間性的接触も28.6%含まれていた。同性か異性か不明の性的接触と伝えた人のなかでは、実際には同性間性的接触である人が47.4%であった。HIV 感染告知担当者の対応についての総合評価が「良い」とした人に比して「悪い」とした人で、異なる感染経路を伝える人が有意に多くなっており、粗オッズ比2.51 (95%CI : 1.26-5.01) であった。

結論 エイズ動向委員会による HIV 感染者数・AIDS 患者数における同性間性的接触者の割合は実際のものよりも低い可能性が推察された。受検者が「実際の HIV 感染経路」を HIV 感染告知担当者に伝えない要因として HIV 感染告知担当者の望ましくない対応が示され、受検者に正確に感染経路を打ち明けてもらうためにはそれらの改善の必要性がある。

Key words : HIV/AIDS, HIV 検査, 医療者患者関係, Men who have sex with men, 感染症対策, HIV 陽性者

日本公衆衛生雑誌 2015; 62(3): 106-116. doi:10.11236/jph.62.3_106

I 緒 言

2013年のエイズ発生動向年報によると2012年末時

* 放送大学教養学部

2* 特定非営利活動法人日本 HIV 陽性者ネットワーク・ジャンププラス

3* 公益財団法人エイズ予防財団

4* 特定非営利活動法人ぷれいす東京

責任著者連絡先：〒261-8586 千葉市美浜区若葉 2-11 放送大学教養学部生活と福祉コース 井上洋士

点での日本の HIV 感染者数累計は14,705人、AIDS 患者数累計は6,717人である（凝固因子製剤による感染者1,439人を除く）。感染経路別には、日本国籍男性の同性間性的接触による報告が最も多く、HIV 感染者では累計の55.2%を占める8,113人、AIDS 患者では累計の36.3%を占める2,435人となっている¹⁾。このような状況に鑑み、日本においては、とくに男性の同性間性的接触に関する HIV 感染予防対策や早期発見推進のために MSM (Men

who have sex with men) に着眼することが重要であると指摘されている²⁾。実際、「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」は2012年に改正され、「感染の可能性が疫学的に懸念されながらも、感染に関する正しい知識の入手が困難であったり、偏見や差別が存在している社会的背景等から、適切な保健医療サービスを受けていないと考えられる」個別施策層としてMSMが位置づけられるようになった³⁾。

一方で、同年のエイズ発生動向年報によれば、感染経路について不明とする者は、2012年に報告された新規 HIV 感染者中の7.5%、新規エイズ患者中の18.8%におよび、人数の年次推移をみてもほぼ横ばいあるいは漸増している⁴⁾。すなわち、感染経路について「不明」としている者の実際の感染経路については、継続的に把握しきれていない状況にあるといえる。また、MSM であること、ゲイであることは、強いスティグマを伴っており、周囲から差別をされないように日常生活上で警戒心を働かせていることも多い^{4~6)}。HIV 感染告知や診療の現場においても、同性間性的接触が実際の感染経路と自分自身では確信があっても、医療者が否定的な態度をとったり差別的な態度をとったりした場合には、そのことを言えなくなるとも指摘されており⁷⁾、日本でのエイズサーベイランスにおける感染経路のデータは必ずしも現状での同性間性的接触が感染経路とする人の割合を正確に反映させた数値とは言えず、むしろ低い数値が出てしまっている可能性がある。しかしながら、こうした実態が詳細に調査されたことはないために、推定をする手だてがないのが現状である。

ところで、日本では同性間性的接触を行う男性における HIV 感染症の有病率を検討する際に、上記のエイズ発生動向年報が毎年出す感染経路のデータを参照して算出することが多い^{8~10)}。しかしながら、実態を反映していない可能性があるデータをもとに、現状に対する検討を実施したり、将来予測を実施したりすることは、その方向性を誤るリスクをはらんでいる。

一方、1999年4月から施行された「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」(以下「感染症法」という。)では、感染症法に規定された疾患を診断した医師は、患者の性別、年齢その他指定された様式にある項目について最寄りの保健所に7日間以内に届出を行うこととなっている¹¹⁾。後天性免疫不全症候群は5類感染症として全数把握が求められ、発生届出をすべき項目には、推定される感染原因・感染経路として、「性行為感染 ア.

異性間性的接触 イ. 同性間性的接触感染経路」の区分も含まれる。エイズ発生動向のデータは、この届出をもとに作成されていることになるが、このような届出体制の中では、現実的には HIV 感染が判明した直後に感染原因・感染経路を患者に質問しなければならないために、HIV 感染告知を受け精神的にショックを受けている患者などでは、正確な回答が得られない可能性がある。また不慣れた医師では性急にセクシュアリティについて確認しようとする傾向があり、そのためセクシュアリティについて医師が決め込んで話をしてしまうため、患者が黙り込まざるを得ない状況もあるとも言われている¹²⁾。前述したように、届出されている感染経路は統計的に実態や将来予測をするうえで重要なデータとして用いられているために、その正確性を高める努力をする必要があることは言うまでもない。HIV 感染を告知された側がどのように感染経路について回答しているのか、それが実際の感染経路とどのように異なっているのかを把握することは、実態や将来予測の推定についてもより正確に算出するための基礎資料として有効となる。

そこで、本研究は、HIV 感染告知をされた際に、受検者は HIV 感染告知担当者に自身が推定している「実際の HIV 感染経路」を伝えているのかどうか、「実際の HIV 感染経路」と異なるのであればどのような感染経路を伝えているのか、「実際の HIV 感染経路」と異なる感染経路を伝える関連要因は何かについて、HIV 感染を知らされた受検者側の視点から明らかにし、HIV 感染告知された受検者が、自身の推定する「実際の HIV 感染経路」をそのまま HIV 感染告知担当者に伝えられる告知の場をどのようにして作れるか、その考察を加えることを目的とする。

II 研究方法

1. 調査方法

2009年4月~2010年1月に、全国の HIV 陽性者10人を対象とした面接調査を実施し、HIV 感染告知をされたときの経験を中心に話を聞き取った。その結果をもとに、HIV 陽性者参加協力のもと、質問紙を作成し、無記名自記式質問調査をウェブにおいて実施した。調査期間は2010年9月28日から12月7日までとした。特定非営利活動法人ぷれいす東京と日本 HIV 陽性者ネットワーク・ジャンププラスが主体となり、日本の HIV 陽性者支援団体や HIV 陽性者当事者団体、HIV 診療医療機関などを通じて調査参加協力の呼びかけをした。具体的には、両団体のウェブサイト調査参加を呼びかける掲示を

し、また東京を活動拠点とする同団体や、大阪など都市部を拠点とする関連団体が主催する HIV 陽性者の交流会等において口コミベースで協力をお願いした。また、双方の団体が調査実施期間に発行するお知らせやニューズレターにおいても呼びかけた。医療機関は、全国の拠点病院のうち、実際に HIV 陽性者の診療をしていると日本 HIV 陽性者ネットワーク・ジャンププラスが把握している病院の医師・看護師など HIV 診療者より、調査案内フライヤーを配布ないしは診療室周辺に設置してもらい情報提供をする形をとった。

HIV 陽性者に限って回答してもらうために、調査サイトには、説明文書後に、同意の欄で確認した。さらに CD4 やウイルス量、服薬、通院などについてもたずね、それらの内容を個別につきあわせ、大きな矛盾がある場合には、HIV 陽性者ではない者の不正回答と判断して無効とした。結果として239人からの回答を得るに至った。

2. 分析に用いた項目

分析に用いる項目は、性別、年代、居住地域、感染経路、HIV 検査を受けた場所、HIV 検査の承諾、HIV 感染告知年代、HIV 感染告知担当者に伝えた感染経路、「実際の HIV 感染経路」と HIV 感染告知担当者に伝えた感染経路との相違、HIV 感染告知担当者の対応についての評価（12項目）、HIV 感染告知担当者の対応についての評価スコア（評価得点の合計）、HIV 感染告知担当者の対応についての総合評価（評価スコアが平均点以上か否かによる総合評価、区分は「良い」、「悪い」）である。

本研究においては、「HIV 検査」とは、「HIV 陽性がほぼ確実であること」を「あなたが初めて知った/知らされたとき」の HIV 検査をさすものとした。「HIV 陽性がほぼ確実であること」とは、スクリーニング検査、確認検査のどちらでも、自身が「HIV 陽性であることをほぼ確信したほう」であり、何回か HIV 検査を受けている場合は、最初に「HIV 陽性がほぼ確実であること」を「知った/知らされたとき」の HIV 検査についての回答を依頼した。したがって、HIV 感染の確定診断を受けた機会と異なっている。

「居住地域」は、「東京」、「東京以外の関東甲信越」、「近畿」、「その他」の4地域に分類した。居住地域は、あくまでも現在の居住地であるために、HIV 感染告知をされた地域とは限らない。「HIV 検査の承諾」は、「自主的に検査を受けた」、「承諾を求められ承諾」、「自分も家族パートナーも承諾なし」、「不明」の4分類とした。「HIV 感染告知年代」については、抗 HIV 薬の進歩や普及状況、得られた

データにおけるばらつきなどに鑑み、「2000年以前」、「2001年～2005年」、「2006年以降」の3分類とした。

「感染経路」については、実際にはどのようにして HIV に感染したのか、回答者自身が推定する経路をたずねて、変数として用いた。この「感染経路」を本研究では「実際の HIV 感染経路」と呼ぶものとし、別途たずねた「HIV 感染告知担当者に伝えた感染経路」とは区別した。「わからない」、「覚えていない」については「不明」として扱った。『実際の HIV 感染経路』と HIV 感染告知担当者に伝えた感染経路との相違は、「実際の HIV 感染経路」と「HIV 感染告知担当者に伝えた感染経路」との相違を変数として設定し、同じ=0、異なる=1として分析した。

「HIV 感染告知担当者の対応についての評価」の変数を検討する際には、1. で述べた面接調査分析結果に加え、平成24年度厚生労働科学研究エイズ対策事業補助金「HIV 検査相談体制の充実と活用に関する研究」内における「保健所等における HIV 即日検査のガイドライン第3版」¹³⁾作成にかかわっていた HIV 陽性者支援者らとも議論をし、HIV 感染告知担当者が HIV 感染告知をする際にどういった対応が本来求められるのかを検討した。そして、「落ち着いていた」、「信頼できる感じがした」、「親身に接してくれた」、「セクシュアリティについて理解があるように思えた」、「自信がなさそうだった」、「高圧的な感じがした」など12項目を抽出し、それぞれについて設問を設け、各々「とてもあてはまる」から「まったくあてはまらない」までの4件法でたずねた。

また、「HIV 感染告知担当者の対応についての評価」を量的に把握する類似の尺度は日本では開発されていない。そのためにオリジナルの「HIV 感染告知担当者の対応についての評価スコア」として、上記「HIV 感染告知担当者の対応についての評価」12項目での回答を1～4点に得点化して単純加算した（一部項目は逆転して得点化）。取りうる値は12～48点で、得点が低いほど対応が良いという評価になる。「HIV 感染告知担当者の対応についての総合評価」は、「HIV 感染告知担当者の対応についての評価スコア」の平均値をもとに、「良い」、「悪い」の2分類とした。

3. 分析方法

「実際の HIV 感染経路」と異なる感染経路を HIV 感染告知担当者に伝えることに関連する因子の分析については、目的変数として『実際の HIV 感染経路』と HIV 感染告知担当者に伝えた感染経

路との相違」, 説明変数として性別, 年代, 居住地域, 感染経路, HIV 検査の承諾, HIV 感染告知年代, HIV 感染告知担当者の対応についての総合評価を, いずれもカテゴリーを2つに分けなおして粗オッズ比と信頼区間の算出を行った。その際, HIV 感染告知担当者から感染経路を聞かれなかった・HIV 感染告知担当者に感染経路を伝えなかったとする回答をデータから外して分析した。

統計解析には SPSS20.0 for Windows を用い, 5% を統計的有意水準とした。

4. 倫理的配慮

調査実施するにあたり, HIV 感染者支援をしている NGO スタッフや HIV 感染者らと協議し, HIV 感染者に対する心理的侵襲を最低限にとどめるために質問紙の内容を精査した。説明と同意については, ウェブ調査サイトに最初にアクセスした段階で説明文書画面に移り, 特定非営利活動法人ぷれいす東京と日本 HIV 陽性者ネットワーク・ジャンププラスが共同で行っている「HIV 陽性告知に関する調査」プロジェクトの一環としての調査研究であること, 研究目的, 個人情報保護, 調査に要する時間など回答上の注意事項, 研究データの取り扱い方法, 学会・論文等で結果を公表すること, 参加や回答は自由であること, 参加しなくても不利益が生じないことを十分に説明した。これらの説明を読んだうえで, HIV 陽性者であるかどうかの確認を実施, HIV 陽性であると回答した者に限って, 調査研究参加同意書画面に移り, 調査研究に参加するとクリックした者のみが参加同意したとみなし, ウェブ調査開始できる仕組みとした。本論文作成に先立ち調査データ使用について, 調査全体の倫理的配慮の判断も含め, 放送大学研究倫理委員会に申請し承認を得た(承認年月日: 2014年1月22日, 通知番号19)。

III 結 果

1. 分析対象者

得られた239人の回答の居住地域は, 北海道から沖縄まで日本国内が237人, 日本国外が2人であった。本研究は, 日本国内での実態把握を主目的としていることから, 日本国外居住の2人の回答データについては分析対象から外し, 日本国内居住の237人から得られた回答を分析対象とした。

2. 分析対象者の属性(表1)

性別は96.2%が男性, 年齢は30歳代が約4割, 居住地は半数弱が東京であった。感染経路は, 同性間性的接触が84.0%を占めた。告知された場所としては, 病院がもっとも多く(外来が25.7%, 入院中が

表1 分析対象者の基本属性と HIV 検査・告知状況 (N=237)

	n (%)
性別	
男性	228(96.2)
女性	9(3.8)
年代	
20歳代	29(12.2)
30歳代	99(41.8)
40歳代	78(32.9)
50歳代以上	31(13.1)
居住地域	
東京	113(47.7)
東京以外の関東甲信越	37(15.6)
近畿	38(16.0)
その他	49(22.7)
「実際の HIV 感染経路」	
同性間性的接触	199(84.0)
異性間性的接触	12(5.1)
同性か異性かわからない性的接触	12(5.1)
その他	10(4.2)
不明	4(1.7)
HIV 検査を受けた場所	
保健所	49(20.7)
常設 HIV 検査場	31(13.1)
病院外来	61(25.7)
病院入院中	37(15.6)
クリニック・診療所	21(8.9)
献血	16(6.8)
自宅	4(1.7)
HIV イベント	14(5.9)
その他	4(1.7)
HIV 検査の承諾	
自主的に検査受けた	136(57.4)
承諾を求められ承諾	73(30.8)
自分も家族パートナーも承諾なし	18(7.6)
不明	10(4.2)
HIV 感染告知年代	
2000年以前	32(13.5)
2001年～2005年	61(25.7)
2006年以降	144(60.8)
HIV 感染告知担当者の対応についての評価スコア	
平均値(±SD)	24.8(±8.6)
中央値	24
HIV 感染告知担当者の対応についての総合評価	
良い	128(54.0)
悪い	109(46.0)

「実際の HIV 感染経路」は, 受検者自身推定の HIV 感染経路。

感染経路の「その他」には, 注射針共用5人, 血液製剤3人, 輸血1人, その他1人が含まれる。

「HIV 感染告知担当者の対応についての総合評価」は, 「HIV 感染告知担当者の対応についての評価スコア」をもとに24点以下=「良い」, 25点以上=「悪い」と分類。「HIV イベント」は, HIV に関連した公開イベントで, 主に受検を促進する狙いで行われている。イベント内で HIV 検査を実施・結果の通知を実施している。同種のイベントは都市部を中心に各地で開催されている。

15.6%), ついで保健所の20.7%であった。調査実施時期からみて過去5年以内, すなわち2006年以降に HIV 感染告知がなされている人の割合が6割であった。

3. 「実際の HIV 感染経路」と, HIV 感染告知担当者に伝えた感染経路の相違 (表2)

全体の75.1%が, 「実際の HIV 感染経路」と, HIV 感染告知担当者に伝えた感染経路は同じであったと回答していた。

また, 「実際の HIV 感染経路」と異なる感染経

表2 「実際のHIV感染経路」と, HIV感染告知担当者に伝えた感染経路の相違内訳 (N=237)

	n (%)
•「実際の HIV 感染経路」と, HIV 感染告知担当者に伝えた感染経路が同じ	178(75.1)
同性間性的接触→同性間性的接触	155(65.4)
異性間性的接触→異性間性的接触	9(3.8)
同性か異性か不明の性的接触→同性か異性か不明の性的接触	9(3.8)
その他→その他(含, 血液製剤→血液製剤 3人, 注射針→注射針 1人)	4(1.7)
不明→不明	1(0.4)
•「実際の HIV 感染経路」と, HIV 感染告知担当者に伝えた感染経路が異なる	42(17.7)
同性間性的接触→不明	19(8.0)
同性間性的接触→同性か異性か不明の性的接触	9(3.8)
同性間性的接触→異性間性的接触	4(1.7)
同性間性的接触→その他	2(0.8)
異性間性的接触→不明	2(0.8)
同性か異性か不明の性的接触→同性間性的接触	1(0.4)
同性か異性か不明の性的接触→異性間性的接触	1(0.4)
その他(含, 輸血1人, 注射針1人)→同性間性的接触	2(0.8)
その他(含, 注射針1人)→同性か異性か不明の性的接触	1(0.4)
不明→同性間性的接触	1(0.4)
• HIV 感染告知担当者に感染経路を伝えなかった	17(7.2)
同性間性的接触→伝えなかった	10(4.2)
異性間性的接触→伝えなかった	1(0.4)
同性か異性か不明の性的接触→伝えなかった	1(0.4)
その他(含, 注射針2人, その他1人)→伝えなかった	3(1.2)
不明→伝えなかった	2(0.8)

「実際の HIV 感染経路」は, 受検者自身推定の HIV 感染経路。

矢印前後は(受検者自身推定の HIV 感染経路)→(HIV 告知担当者に伝えた感染経路)を示す。

路を HIV 感染告知担当者に伝えたとする人は全体の17.7%にあたる42人であった。そのうち, 約半数近くの19人は, 実際には同性間性的接触であったが「不明」としており, また9人は, 同性間性的接触による感染であったが「同性か異性か不明の性的接触」, 4人は同性間性的接触という「実際の HIV 感染経路」を「異性間性的接触」としていた。

HIV 感染告知担当者に感染経路を伝えなかったとする人も全体の7.2%の17人存在し, そのうち半数以上の10人は, 同性間性的接触であった。

これらの結果を, HIV 感染告知担当者がどのように伝えられたのかという観点から分析しなおすと(表3), HIV 感染告知担当に対して同性間性的接触と伝えた人のなかで実際にも感染経路が同性間性的接触である人の割合は97.5%であったのに対し, 異性間性的接触と HIV 感染告知担当に対して伝えた人のなかでは「実際の HIV 感染経路」も異性間性的接触である人の割合は64.3%にとどまり, 同性間性的接触も28.6%含まれていた。同性か異性か不明の性的接触と伝えた人のなかでは, 実際には同性間性的接触である人が47.4%, 不明とした人のなかでは実際には同性間性的接触である人が86.4%であった。

4. HIV 感染告知担当者の対応についての評価 (表4)

項目別には, 「落ち着いていた」, 「信頼できる感じがした」, 「私の気持ちを配慮していた」, 「親身に接してくれた」, 「私の事情に合わせて対応してくれた」は, いずれも「とてもあてはまる」, 「ややあてはまる」の選択者が6~8割と, 割合は高かった。一方で, 「セクシュアリティについて理解があるように思えた」は49.8%にとどまった。「HIV 感染告知担当者の対応についての評価スコア」の算出で得点の単純加算をするため, 評価が高いほど低得点となるよう方向性を一致させる必要性があった。そのため得点を逆転させた項目で「あまりあてはまらない」, 「まったくあてはまらない」がもっとも多く選択されたのが, 「自信がなさそうだった」の27.4%, ついで「かわりなくなさそう感じた」の25.7%であった。

「HIV 感染告知担当者の対応についての評価スコア」の平均値は24.8, 標準偏差は8.6, 中央値は24であった。Chronbachの α 係数は0.93であった。なお, 平均値から判断し, 「HIV 感染告知担当者の対応についての総合評価」では, 「HIV 感染告知担当者の対応についての評価スコア」24点以下を「良い」, 25点以上を「悪い」とした。

表3 HIV感染告知担当者に伝えた感染経路別にみた「実際のHIV感染経路」(N=237)

HIV感染告知担当者に伝えた感染経路	N	「実際のHIV感染経路」n(%)				
		同性間性的接触	異性間性的接触	同性か異性か不明の性的接触	その他	不明
同性間性的接触	159	155(97.5)	0(0.0)	1(0.6)	2(1.3)	1(0.6)
異性間性的接触	14	4(28.6)	9(64.3)	1(7.1)	0(0.0)	0(0.0)
同性か異性か不明の性的接触	19	9(47.4)	0(0.0)	9(47.4)	1(5.3)	0(0.0)
その他	6	2(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	4(66.7)	0(0.0)
不明	22	19(86.4)	2(9.1)	0(0.0)	0(0.0)	1(4.5)
感染経路を伝えなかった	17	10(58.8)	1(5.9)	1(5.9)	3(17.6)	2(11.8)

「実際のHIV感染経路」は、受検者自身推定のHIV感染経路。

表4 HIV感染告知担当者の対応についての評価(項目別)(N=237)

	n(%)
落ち着いていた	185(78.1)
信頼できる感じがした	161(67.9)
私の気持ちを配慮していた	158(66.7)
親身に接してくれた	155(65.0)
私の事情に合わせて対応してくれた	145(61.2)
質問や話がしやすい態度だった	124(52.3)
セクシュアリティについて理解があるように思えた	118(49.8)
自信がなさそうだった*	65(27.4)
かわいくなさそう感じた*	61(25.7)
ずかずか踏み込んでくる感じがした*	38(16.0)
高圧的な感じがした*	37(15.6)
責められている感じがした*	36(15.2)

「とてもあてはまる」～「まったくあてはまらない」の4件法でたずね、「とてもあてはまる」「ややあてはまる」を集計・表示した。

*は、スコア化の際の逆転項目で、これらについては「あまりあてはまらない」「まったくあてはまらない」を集計・表示した。

5. 「実際のHIV感染経路」と異なるHIV感染経路をHIV感染告知担当者に伝えることに関連する因子(表5)

感染経路について聞かれなかった・伝えなかったとする17人を除外した220人について分析したところ、性別、年代、居住地域、感染経路、HIV検査の承諾、HIV感染告知年代、いずれも、「実際のHIV感染経路」と異なるHIV感染経路をHIV感染告知担当者に伝えることとは統計学的に有意な関連が認められなかった。

HIV感染告知担当者の対応についての総合評価が「良い」とした人に比して「悪い」とした人で、「実際のHIV感染経路」と異なるHIV感染経路を伝える人が有意に多くなっており、粗オッズ比2.51

(95%CI: 1.26-5.01)であった。

IV 考 察

1. 分析対象者の属性

エイズ発生動向年報のデータによれば、2010年12月26日累計での同性間の性的接触者は、すべてのHIV感染者とエイズ患者を足した総数18,406人中46.6%である。また男性比は85.3%となっている。

これらと比べると、本研究の回答者は感染経路が同性間性的接触の者がきわめて多く、男性が多いという位置づけとなった。ただし、同性間性的接触が感染経路であるというエイズ動向委員会のデータそのものが、正確かどうか不明であること、エイズサーベイランスのデータには報告の重複、誤り、遅れがあることが指摘されている¹⁴⁾のために、比較をすることによって代表性について判断をしかねる要素もある。一方で、都市部のHIV陽性者のネットワークやNGO、医療機関を中心に参加協力の呼びかけをした結果として、HIV陽性者やNGOとのつながりをなんらかの形で持つ方の参加が多いものと推察される。こうしたつながりを持つ層では、他のHIV陽性者や支援者との接触機会も多い。他者へ経験したことを語り共有する機会をより多く持っているために、自身の経験について振り返る機会も多いこと、つまり自身の経験を整理した形でより鮮明に記憶し他者に語るレディネスが高い層である可能性があり、したがって今回の調査結果は実際の経験をより正確に思い出して回答した結果であるとも考えられる。

2. 「実際のHIV感染経路」と、HIV感染告知担当者に伝えた感染経路の相違

「実際のHIV感染経路」と異なる感染経路をHIV感染告知担当者に伝えている回答者は18%に及んだ。本調査は、HIV診断をした医師が保健所にどういった報告をしたかを調べたりリンクさせた

表5 「実際の HIV 感染経路」と異なる感染経路を HIV 感染告知担当者に伝えることと各因子との関連 (N=220)

	n	異なる感染経路を伝えた	%	粗オッズ比	95%CI
性別					
男性	212	41	19.3	1.00	
女性	8	1	12.5	0.60	0.07-4.98
年代					
20歳代・30歳代	123	19	15.4	1.00	
40歳代・50歳代以上	97	23	23.7	1.70	0.87-3.35
居住地					
東京	105	18	17.1	1.00	
東京以外	115	24	20.9	1.28	0.65-2.51
「実際の HIV 感染経路」					
同性間性的接触以外 (不明含む)	31	8	25.8	1.00	
同性間性的接触	189	34	18.0	0.63	0.26-1.53
HIV検査の承諾					
自主的に検査受けた	128	20	15.6	1.00	
承諾を求められ承諾・自分も家族パートナーも承諾なし・不明	92	22	23.9	1.70	0.86-3.34
HIV感染告知年代					
2005年以前	82	16	19.5	1.00	
2006年以降	138	26	18.8	0.96	0.48-1.92
HIV感染告知担当者の対応についての総合評価					
良い	124	16	12.9	1.00	
悪い	96	26	27.1	2.51	1.26-5.01

「感染経路について聞かれなかった・伝えなかった」とする17人を外し、変数ごとに粗オッズ比と信頼区間を算出した。CI: Confidence interval

「実際の HIV 感染経路」は、受検者自身推定の HIV 感染経路。

「HIV 感染告知担当者の対応についての総合評価」は、「HIV 感染告知担当者の対応についての評価スコア」をもとに24点以下=「良い」、25点以上=「悪い」と分類

りしたのではなく、あくまでも HIV 陽性者自身のセルフレポートとして、HIV 感染告知担当者にどう伝えたのかという経験を調べたものである。したがって、この結果をそのままエイズ動向委員会のデータと同様に扱うことはできない。しかしながら、感染症法に基づく報告のなかでの感染経路についても、本結果と同様に、実際の感染経路と異なるものが報告されている可能性が十分に示唆される。

とくに、HIV 感染告知担当者に、同性間性的接触が感染経路であると伝えた人のほぼ全員が「実際の HIV 感染経路」も同性間性的接触であったのに対して、感染経路について「不明」とした人の86%、同性か異性かわからない性的接触と伝えた人の47%で、実際には同性間性的接触が感染経路であるという結果が得られた。このことは、これまでの本邦でのエイズサーベイランスによる感染経路届出において、同性間性的接触を感染経路とする者を十分に把握しきれてない可能性、つまり異性間性的接触による者や感染経路不明の者の中に同性間性的接触により感染した者が多数含まれている可能性を強く示唆

する。

緒言でも言及した平成24年エイズ発生動向年報¹⁾の2012年末時点での HIV 感染者数と AIDS 患者数の総計は21,425人であり、そのうち同性間性的接触を感染経路とする者は10,553人 (49.3%) となる。本研究結果で得られた数値が、届出における感染経路にも同様にあてはまると仮定すれば、すなわち、HIV 感染告知担当者に感染経路を「異性間性的接触」と伝えた人のうち28.6%が実際には同性間性的接触によるものであり、また「不明」とした人のうち86.4%が実際には同性間性的接触によるものであるとするならば、2012年末時点での HIV 感染者数と AIDS 患者数合計のうち、異性間性的接触が感染経路とする者6,726人中1,924人が、不明とする者3,414人中2,950人が、同性間性的接触による HIV 感染ということになる。この試算での同性間性的接触による HIV 感染者数と AIDS 患者数の総数は15,427人、つまり全 HIV 感染者・AIDS 患者総計の72.0%を占めることになる。エイズ発生動向年報の報告割合との差は20ポイント以上にも及ぶことに

なり、その差は大きく、決して見逃さないレベルにあり、今後、より正確な試算を実現するために、HIV感染者やエイズ発症者の届出の感染経路と実際の感染経路の違いについて、対象者を増やして調査を実施していくことが必要であろう。本研究結果からは、HIV感染の実態や将来予測を見誤るだけでなく、MSMなど同性間性的接触によるHIV感染を想定したエイズ予防対策を本来より一層充実させるべきであるにもかかわらず、そのHIV感染者数が過少評価されたデータをもとに政策決定され、その充実が妨げられているリスクを強く示唆させられる。

3. HIV感染告知担当者の対応についての評価と、「実際のHIV感染経路」と異なるHIV感染経路をHIV感染告知担当者に伝えること

本研究でオリジナル尺度として作成・使用した「HIV感染告知担当者の対応についての評価スコア」のChronbachの α 係数は0.93であり、内的妥当性は概ね確保できたと判断している。

「実際のHIV感染経路」と異なるHIV感染経路をHIV感染告知担当者に伝える要因としては、HIV感染告知担当者の対応についての低い総合評価があげられた。つまり、HIV感染告知担当者がセクシュアリティについて理解があるようにみえ、親身で受検者のペースに合わせてくれ、落ち着きがあり、責めていない感じと受けとられたときに、自身が推定している「実際のHIV感染経路」をHIV感染告知担当者に伝えるという状況にあることがわかった。

HIV感染者・エイズ患者と診断した場合に、その届出を7日間以内になければならないという規定がある。定められた7日間以内に、実際の感染経路を聞き取るためには、実質的には告知直後に聞き取る以外に方法はない。佐々木によれば、患者・医師関係を確立するための到達点は、(1)好ましい対人関係の確立、(2)正確で十分な情報の交換、(3)患者による意思決定、という3つがあると述べている¹⁵⁾。異なる疾患での指摘ではあるが、HIV感染症においても、そうした医療者と受検者の関係が確立されたときに、初めて感染経路について、とくに性的接触による感染経路の場合に、その詳細を伝えることになる可能性は十分にある。

その折には、表3に示すような側面が受検者には評価されていることを十分に意識し、あるいはこうした要素をもって受検者は総合的に判断して、自身の感染経路を正直に伝えるかどうかを決定していることを認識していく必要がある。とくに、HIV感染告知経験の少ない医師にとってはきわめて難しい

対応になる可能性もあるが、それらはロールプレイを含む研修会を企画・開催・参加することによって相当に和らげることができるだろう。島田は、検査と告知の場面においては、面接の技術や疾患・治療と生活を結びつけてアセスメントする視点などが必要であり、さらに患者にとっては検査と告知、さらにはその後の療養までが連続したものであることを医療者は理解しておく必要があると述べている¹⁶⁾。こうしたスキルを伸ばしていくことで、感染経路把握は相当に正確になることが期待される。

とくに、セクシュアリティについては、医療者が知識を持ち合わせなかったり、自身の姿勢に偏りがあつたりする可能性が高い。医療者対象の調査からは、セクシュアルヘルスへの支援において医療者が重要なリソースとなりうること、しかし現時点においてはその支援が医療者側の知識不足を含め多々の要因によりきわめて不十分な状況にあることが明らかにされている¹⁷⁾。セクシュアリティについて、医療者側が十分に学ぶ場を設けることが、検査と告知の体制づくりにおいても求められる点である。

また、医療者患者関係や患者中心のコミュニケーションに関連して近年“shared mind”という概念が唱えられている。この“shared mind”によると、医療者と患者はともに相互関係のなかで自身の行動を決めているが、その際に目標など基盤となる事項を共有することが重要な要素となり得るとしている¹⁸⁾。HIV感染告知についても、そもそも何のために、HIV感染告知時に感染経路を受検者にたずねるのか、医療者の側もその認識が不足している可能性もあり、また受検者側も、HIV感染を知らされたこの時点で感染経路を伝えることがどのように今後のエイズ対策に生かされていくのか、知らない可能性も高い。実際、受検者がHIV感染告知時に感染経路について医療者からたずねられた経験について、「そもそも感染経路ばかり確認し、ショックで答えたくないのに答えさせようとしたため、失礼きわまりなかったため途中退出した」、「感染経路に関して尋問に近い詰問を受け、非常に辛い思いをしたことも自殺未遂行為に至る原因だと思います。これも配慮いただきたかったです。」、「同性愛者だと決めつけられた」などと述べられているデータもあり¹⁹⁾、感染経路を聞く理由について医療者から説明がなく、受検者も理解していない状況がうかがえる。双方に対して、HIV感染告知時に感染経路をたずねる意義や必要性、理由について理解を十分に深め、目標を共有できるような体制づくりが、“shared mind”という考え方に照らしても、また感染経路の正確な把握という観点からも求められると

いえよう。

さらに、受検者と医療者とのコミュニケーションを阻害するものとして、情報の非対称性、専門用語の使用、権威こう配などもあげられ、両者の間には立場の大きな違いが存在する。そうした「すれ違い」を解決する試みとして、孫は「カフェ型」ヘルスコミュニケーションを提案している²⁰⁾。すなわち、病院という制度的空間の外で医療専門職と市民・患者がより対等な関係で自由な対話を行い、「越境的な出会い」、「フラットな関係性」、「自由な空間」という概念を適用させる試みである。HIV という領域においては、たとえば同性間性的接触のある男性MSM 向けのコミュニティセンターの活動²¹⁾や、HIV 検査についてのコミュニティセンターと医療・検査・行政との連携²²⁾といった例がその典型的なモデルとして示されると思われ、MSM 以外にも同様の試みを広げることができる可能性を秘めている。つまり医療者と受検者の立ち位置の「対等化」を図ることにより、感染経路についても正確に把握することができる状況になると考えられる。

4. 本研究の意義と限界

これまで HIV 陽性者の感染経路、とくに同性間性的接触の者の割合については、エイズ動向委員会のデータでは過少評価される傾向にあるとの指摘があったが、本研究結果では、その一端を垣間見ることができ、実際にどの程度過少にみているのか示唆するデータを得られた点で意義がある。

しかし、限界も多々ある。まず、標本の代表性の判断が比較的困難な237人の回答データをもとにした分析結果という点がある。調査時点で1万5千人ほど存在するのではないかとされる HIV 陽性者のうちどこを把握した調査結果であるのか、属性をもとに検討したものの、必ずしも明確とはいえない。ただし、主に HIV 陽性者支援団体や HIV 陽性者当事者団体、医療機関を通じて調査参加協力を呼びかけたことからして、こうした団体と何らかのつながりを持ち、あるいは医療機関との関係性が概ね良好で、極度に孤立化しないで HIV に関連したソーシャル・ネットワークを持ち得ている層であると推察する。2つ目に、調査回答者数が少なかったために多変量解析をすることができなかった点である。たとえば居住地域や HIV 検査の承諾の有無などと「実際の HIV 感染経路」との関連性が今回統計的に有意に出なかったが、これらについても、調査対象者の人数が増えると有意になると思われるものもある。3つ目に、今回のデータは、HIV 感染を知らされた受検者側の視点で得られたデータの分析であり、HIV 感染発生届出をするための感染経路聞

き取り場面とは異なる状況下でのデータも含まれている。4つ目に、インターネット調査であるがゆえのバイアスが生じている可能性である。インターネット調査は、スティグマを伴う疾患や障がいを持つ人が、表には出づらいがインターネットを通じてつながる中で調査を知り、調査に協力することができるメリットがある。それゆえ、スティグマを強く伴う HIV 感染症においても重要な調査手段と考えられる。その一方で、インターネット調査は郵送調査に比べて、学歴が高い人が回答しやすいこと、若い層が多くなること、意識を問う設問では回答が批判的になりやすいことが指摘されており²³⁾、こうしたバイアスも限界といえる。

これらを踏まえ、今後の課題として、HIV 感染発生届出の場面における医療者と受検者を調査対象とし、より代表性のあるサンプリングを実施し、また多角的な調査方法を検討し、調査回答者数を増やした調査研究を実施することが急務と考えられる。

V 結 語

HIV 感染告知をされる際に、受検者は HIV 感染告知担当者に、自身が推定する「実際の HIV 感染経路」を伝えているのかどうか、「実際の HIV 感染経路」と異なる感染経路を伝える関連要因は何かを明らかにすること、HIV 感染告知された受検者が、自身の推定する「実際の HIV 感染経路」をそのまま HIV 感染告知担当者に伝えられる告知の場をどのようにして作れるか、その考察を加えること、以上を目的として、ウェブ調査により日本国内在住の237人から得られたデータを分析した。

「実際の HIV 感染経路」と、HIV 感染告知担当者に伝えた感染経路は同じであったのは全体の75.1%、異なる感染経路を伝えたとする人は全体の17.7%であった。HIV 感染告知担当者に対して同性間性的接触と伝えた人のなかで実際にも感染経路が同性間性的接触である人の割合は97.5%であったのに対し、異性間性的接触と HIV 感染告知担当者に対して伝えた人のなかでは「実際の HIV 感染経路」も異性間性的接触である人の割合は64.3%にとどまり、同性間性的接触も28.6%含まれていた。同性か異性か不明の性的接触と伝えた人のなかでは、実際には同性間性的接触である人が47.4%であった。HIV 感染告知担当者の対応についての総合評価が「良い」とした人に比して「悪い」とした人で、「実際の HIV 感染経路」と異なる感染経路を伝える人が有意に多くなっており、粗オッズ比2.51 (95% CI : 1.26-5.01) であった。

本研究結果をもとにした試算値に比べて、エイズ

動向委員会による HIV 感染者数・AIDS 患者数における同性間性的接触者の割合は23ポイント低くなっており、エイズ動向委員会が同性間性的接触者数を十分に把握しきれていない可能性が推察された。また、受検者が「実際の HIV 感染経路」を HIV 感染告知担当者に伝えない要因として、望ましくないと受検者が受け止める HIV 感染告知担当者の対応が示され、それらの改善の必要性があると考えられる。

本研究は、鳥居薬品株式会社から助成を受けて行われた。ただし、本研究の内容についての指示は同社から一切受けていない。本研究にご協力いただきました特定非営利活動法人ぷれいす東京および日本 HIV 陽性者ネットワーク・ジャンププラスの関係者の皆様、HIV 陽性の皆様、とりわけウェブ調査にご回答いただいた皆様に感謝申し上げます。また、論文作成にご協力いただいた Jane Koerner 氏にも御礼申し上げます。さらに、調査実施にあたっては国内の HIV 陽性者支援団体や HIV 陽性者団体の強い協力を得たことに深謝申し上げます。

(受付 2014. 2. 6)
(採用 2015. 1. 7)

文 献

- 厚生労働省エイズ動向委員会. 平成24(2012)年エイズ発生動向年報(1月1日~12月31日). 2011. http://api-net.jfap.or.jp/status/2012/12nenpo/nenpo_menu.htm (2013年12月25日アクセス可能)
- 塩野徳史, 金子典代, 市川誠一, 他. MSM (Men who have sex with men) における HIV 抗体検査受検行動と受検意図の促進要因に関する研究. 日本公衆衛生雑誌 2013; 60(10): 639-650.
- 厚生労働省健康局疾病対策課長. 後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針の運用について(通知). 健疾発0119第1, 2012. http://www.acc.go.jp/information/images/0119_1_H240119.pdf (2013年12月25日アクセス可能)
- McKay B. Lesbian, gay, bisexual, and transgender health issues, disparities, and information resources. *Med Ref Serv Q* 2011; 30(4): 393-401.
- Lingiardi V, Baiocco R, Nardelli N. Measure of internalized sexual stigma for lesbians and gay men: a new scale. *J Homosex* 2012; 59(8): 1191-1210.
- Risher K, Adams D, Sithole B, et al. Sexual stigma and discrimination as barriers to seeking appropriate healthcare among men who have sex with men in Swaziland. *J Int AIDS Soc* 2013; 16(3 Suppl 2): 18715.
- 白阪琢磨, 池田和子, 上平朝子, 他. HIV 診療における外来チーム医療マニュアル. 平成17年度厚生労働科学研究費補助金(エイズ対策研究事業)報告書多剤併用療法服薬の精神的, 身体的負担軽減のための研究(研究代表者 白阪琢磨)2006.
- 塩野徳史, 金子典代, 市川誠一. 日本成人男性における HIV および AIDS 感染拡大の状況: MSM (Men who have sex with men) と MSM 以外の男性との比較. 厚生指標 2011; 58(13): 12-18.
- 橋本修二, 川戸美由紀. エイズ発生動向調査の報告・未報告の HIV 感染者数と AIDS 患者数における近未来予測の試み. 日本エイズ学会誌 2009; 11(2): 152-157.
- 多田有希, 塩野徳史, 金子典代, 他. 感染症発生動向調査からみた MSM における HIV/AIDS を含む性感染症の発生動向. 平成24年度厚生労働科学研究費補助金(エイズ対策研究事業)総括・分担報告書 MSM の HIV 感染対策の企画, 実施, 評価の体制整備に関する研究(研究代表者 市川誠一)2013; 191-230.
- 渡邊治雄. 感染症総論 感染症法とその分類. 別冊日本臨床: 感染症症候群(第2版): 症候群から感染性単一疾患までを含めて(上). 2013; 7-11.
- 今村顕史. HIV 感染症におけるチーム医療: 事例で学ぶ失敗しないためのヒント. 東京: プリストル製薬株式会社, 2002; 32. <http://www.hivcare.jp/team.pdf> (2015年1月11日アクセス可能)
- 平成23年度厚生労働科学研究費補助金(エイズ対策研究事業)「HIV 検査相談体制の充実と活用に関する研究」(研究代表者 加藤真吾). 保健所等における HIV 即日検査のガイドライン(第3版). 2012. http://api-net.jfap.or.jp/library/guideLine/images/guideline_v3.pdf (2015年1月11日アクセス可能)
- 厚生労働省エイズ動向委員会. 平成19年エイズ発生動向年報(平成19(2007)年1月1日~12月31日). 2008. http://api-net.jfap.or.jp/status/2007/07nenpo/nenpo_menu.htm (2015年1月11日アクセス可能)
- 佐々木大輔, 佐藤 研. ココが知りたい! IBS 診療の最前線 IBS 診療の最前線: 課題と対策を含めて IBS 治療における課題と対策: 患者・医師関係, 信頼関係の評価と築き方. 消化器の臨床 2013; 16(1): 47-53.
- 島田 恵. 感染症からみた Modern Nursing 検査から始まる感染症患者の看護: HIV 抗体検査と告知から. 臨床と微生物 2012; 39(1): 080-083.
- 井上洋士, 村上未知子, 有馬美奈, 他. 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. 日本エイズ学会誌 2004; 6(3): 174-183.
- Epstein RM, Peters E. Beyond information: exploring patients' preferences. *JAMA* 2009; 302(2): 195-197.
- 井上洋士, 矢島 嵩, 高久陽介, 他編. 239人の HIV 陽性者が体験した検査と告知. 東京: ぷれいす東京, 日本 HIV 陽性者ネットワーク・ジャンププラス, 2011.
- 孫 大輔. 省察的实践家入門 対話の場作りをすすめるファシリテーターと省察的实践. 日本プライマリ・ケア連合学会誌 2013; 36(2): 124-126.
- 塩野徳史, 市川誠一. MSM の HIV 感染対策におけるコミュニティセンター事業の意義. *IASR* 2010; 31(8): 229-230.

- 22) 佐藤未光, 阿部甚平, 荒木順子, 他. 東京地域における男性同性間の HIV 感染予防介入研究. 平成21年度厚生労働科学研究費補助金 (エイズ対策研究事業) 総括・分担研究報告書 男性同性間の HIV 感染対策とその介入効果に関する研究 (研究代表者 市川誠一) 2010; 30-43.
- 23) 石田 浩, 佐藤 香, 佐藤博樹, 他. 信頼できるインターネット調査法の確立に向けて. SSJ Data Archive Research Paper Series No. 42. 2009. <https://ssjda.iss.u-tokyo.ac.jp/rps/RPS042.pdf> (2015年1月11日アクセス可能)

A survey comparing the route of HIV transmission reported by patients to their physicians and the self-reported “actual route”

Yoji INOUE^{*}, Yosuke TAKAKU^{2*,3*}, Takashi YAJIMA^{2*,4*} and Yuzuru IKUSHIMA^{4*}

Key words : HIV/AIDS, HIV testing, Relationship between healthcare workers and patients, Men who have sex with men, Infection control measures, HIV patient

Objectives To clarify the proportion of HIV patients who inform their physicians of the actual route of transmission and the factors related to non-disclosure in order to improve conditions to support open disclosure in healthcare settings.

Methods We conducted an anonymous self-completed online questionnaire between September and December 2010 of people with HIV. The data from 237 subjects living in Japan were analyzed. To identify factors causing patients to not be truthful to their physicians, odds ratios and confidence intervals (CIs) were calculated, with “discrepancy between the actual route of HIV transmission and the route reported to the physician” as a dependent variable, and sex, age, residential area, route of transmission, presence or absence of consent to undergo HIV testing, time since being diagnosed as infected with HIV, and favorability of physician responses as independent variables.

Results The proportions of patients who had informed their physicians of actual and false routes of HIV transmission were 75.1% and 17.7%, respectively. Among subjects reporting homosexual contact, 97.5% reported the actual route. On the other hand, among subjects reporting heterosexual contact, only 64.3% reported the actual route while 28.6% actually had homosexual contact. Furthermore, 47.4% of the subjects who reported their routes of HIV transmission as sexual contact, but did not disclose whether the contact had been homosexual or heterosexual, actually had homosexual contact. On comparing subjects who had evaluated responses from their physicians favorably and unfavorably, the proportion of those reporting a false route of transmission was significantly higher in the latter group, with the odds ratio being 2.51 (95% CI: 1.26–5.01).

Conclusion AIDS Surveillance Committee reports of HIV and AIDS cases attributed to a homosexual route of infection may be lower than actual numbers. The most common factor related to non-disclosure was the perception of unfavorable responses from physicians; improvements to support open disclosure are thus needed.

^{*} The Open University of Japan, Chiba City

^{2*} Japanese Network for People Living with HIV/AIDS, Tokyo

^{3*} Japan Foundation for HIV Prevention, Tokyo

^{4*} Place Tokyo, Tokyo