

原 著

HIV パブリックスティグマ尺度日本語版の開発と
スティグマモデルの HIV/AIDS 領域への適用可能性戸ヶ里泰典¹⁾, 井上 洋士²⁾, 阿部 桜子³⁾¹⁾ 放送大学, ²⁾ (株)アクセライト, ³⁾ (株) TIS 人事部

背景: 日本国内では一般市民の HIV 陽性者に対するパブリックスティグマ (PS) の実態や検討は十分に行われていない。そこで市民を対象に PS 尺度の日本語版の開発, PS に関する理論モデルの HIV/AIDS 領域での適用可能性を検証することを目的とした。

方法: 横断研究デザインのオンライン調査を 2019 年 9 月 20 日~25 日に実施した。調査会社 A にモニター登録する 220 万人のうち 20 歳代から 60 歳代でヘテロセクシャルの男女を対象とし, 性, 年齢, 地域, 都市規模で層化割り付けを行い, 2,500 名を抽出し 2,268 名を分析対象とした。PS 尺度は Makらにより開発された 21 項目 6 件法を用い, 英語版を順翻訳・逆翻訳し, 原著者の確認を経て使用許可を得た。

結果: 項目分析の結果一貫性についてはおおむね問題なく, 確証的因子分析の結果二次二因子性の確認ができた。上位尺度および下位尺度の Cronbach の α 係数は, 0.862~0.944 であった。HIV 陽性者に対する社会的距離の大きさ, HIV 感染の自業自得認識の大きさ, HIV 陽性者差別解消の政策関心の低さと PS 得点との間に高い相関 ($r=0.415\sim0.723$; $p<0.001$) がみられた。慢性疾患であると認識するほど PS が低いこと (Cohen's $d=0.393$, 95% CI: 0.296 to 0.489), 疾患原因・重症度の認識と PS とは関連がないことが明らかになった。

考察: 当該尺度については一定の信頼性と構成概念妥当性があることが明らかになった。他疾患等で明らかになっている自己責任性の認識の PS への影響については支持されたが, 時間性, 疾患原因や重症度認識の影響は HIV/AIDS 領域では当てはまらない可能性が高いことが分かった。

キーワード: パブリックスティグマ, 差別, 社会的距離, 尺度開発, 疾患の自己責任性

日本エイズ学会誌 27: 154-165, 2025

緒 言

国連エイズ合同計画 (UNAIDS) は, 2021 年に発出された HIV/AIDS 終結に関する政治宣言において, 2030 年までに HIV/AIDS が公衆衛生上の脅威であることを終結させることを宣言した¹⁾。その中で HIV/AIDS に関連するスティグマ・差別の撤廃に向けて進展させる必要性に言及している。HIV に関連するスティグマの問題は, 多くの国で報告されている。学術面でスティグマという用語は社会学者 Goffman が「人の信頼をひどく失わせる属性」²⁾と述べ, 属性にとどまらずアイデンティティでもあり, 関係を表現する点に言及し体系化を行った²⁾ことが嚆矢となっている。その後のさまざまな定義を踏まえて Link と Phelan は「ラベル付け, ステレオタイプ化, 分離, 地位喪失, 差別の要素が, それらを許容する権力の状況下において同時に起こる」ことと定義している³⁾。HIV/AIDS 研究の分野では, スティグマをマルチレベルでとらえ⁴⁾, 社会的側面と個人的側面があり⁵⁾, 個人的側面において, スティグマを付与す

る側と付与される側があること⁶⁾が主張されている。

精神障害とともに生きる人達におけるスティグマ研究の文脈では, 個人レベルのスティグマはパブリックスティグマとセルフスティグマに分けることができるとされる。パブリックスティグマとは「ある集団に対する否定的な信念, その信念への同意, および/または否定的な感情的反応, および偏見に対する行動的反応」⁷⁾とされている。セルフスティグマとは「自己についての否定的な信念, 信念への同意, 否定的な感情的反応, 偏見に対する行動的反応」⁷⁾とされている。この定義に基づく場合, 付与される側の否定的な信念としてのスティグマがセルフスティグマであり, 付与する側の否定的な信念としてのスティグマがパブリックスティグマと解釈できる。

パブリックスティグマにつながる要因に関するモデルとして 2 つのモデルが提示されている。1 つは帰属理論 (attribution theory) と呼ばれており, スティグマの要因として疾患の安定性と制御可能性を設定するものである⁸⁾。Corrigan によれば, 安定性とは時間的な性質のことで, 変化しない生物医学的性質が強調されると他者からの援助の減少につながる。たとえば, かつて統合失調症は改善せず回復の見込みがない疾患とみなされており, その点がス

著者連絡先: 戸ヶ里泰典 (〒261-8586 千葉県市美浜区若葉 2-11 放送大学)

2025 年 1 月 15 日受付; 2025 年 6 月 26 日受理

スティグマの強化につながった可能性が指摘されている⁸⁾。他方、制御可能性とは原因に意思をもって制御できる程度を指す。人は制御可能とみなされる出来事に責任や非難を向ける傾向にあるとされる⁸⁾。

しかし、制御不能であっても遺伝性が強調されるとスティグマが悪化するという知見⁹⁾や、スティグマには生物医学的以外の心理社会的および歴史文化的な要因もモデルに組み込む必要性が主張され、コモンセンスモデルの有用性が示されている^{10,11)}。コモンセンスモデルは、帰属理論にもみられる制御可能性⁸⁾と安定性(コモンセンスモデルではタイムライン(慢性か急性か))のほか、疾患の原因、結果(重症度)、病気の一貫性(理解可能性)¹¹⁾の各側面の認識がスティグマを形成するモデルを指す。このモデルは、Makらによって精神疾患に対するパブリックスティグマへの適用可能性が検証された¹¹⁾。

HIV陽性者のセルフスティグマに関しては、内面化したスティグマ、スティグマの認知、という用語でも多くの研究が行われており、これらはHIV陽性者の心身健康に負荷をかけることが明らかになっている^{6,12~14)}。日本国内在住のHIV陽性者では「HIV陽性であることを誰かに打ち明けることは危険なことである」と考える人は85.2%、「HIV陽性であることを周囲に知られないように頑張っている」人は65.9%いること¹⁵⁾、就業にあたってHIV陽性であることを理由に就業内定取り消しを受けたことに対する民事裁判例も報告されている¹⁶⁾。このようにスティグマによるHIV陽性者に対するインパクトは引き続き大きく存在している。

他方、HIV陽性者に対するパブリックスティグマの検討はきわめて限られている。HIV陽性者に対するパブリックスティグマを有する背景要因としては、男性¹⁷⁾、年齢が高いこと¹⁸⁾、教育歴が低いこと^{18,19)}、収入が低いこと¹⁸⁾、同性愛嫌悪¹⁹⁾、社会規範への同調性の高さ¹⁹⁾が関連し、感染することの恥の感覚¹⁷⁾、患者の自己管理能力の低さなど自己責任論的態度が強いこと²⁰⁾、状況共感性が低いこと²¹⁾により強化されることが示されている。また、HIV/AIDSの予防教育・研究・差別対策の政策推進を支持する意見を持つこととスティグマとが負の関連を持つことが明らかになっている²⁰⁾。さらに、HIV陽性者に対するパブリックスティグマの低減には、HIV陽性者に対する態度の改善²²⁾、ならびにスティグマを否定するポジティブな内容のオンラインニュースを読むこと²¹⁾が関与する点が明らかになっている。ただしこれらの検討が行われた地域は米国¹⁷⁾、マレーシア¹⁸⁾、香港^{19,20)}、中国²¹⁾であり日本では十分な検討が行われていない。このように市民を対象にした研究の蓄積は十分ではない現状にある。

そこで本研究ではパブリックスティグマ尺度の日本語版

の開発を行い、当該尺度のHIV陽性者に対するパブリックスティグマへの適用可能性を検討すること、ならびに、スティグマに関する帰属理論ならびにコモンセンスモデルのHIV/AIDS領域での適用可能性を検証することを目的とした。

方 法

1. 対象と方法

2019年9月20日~25日に、調査会社Aにモニター登録をしている220万人のうち20歳代から60歳代の男女を対象とした横断デザインによるオンライン調査を実施した。日本全国11ブロック(北海道、東北、関東、北陸、東山、東海、近畿、中国、四国、北九州、南九州)および、性・年齢で層化割り付けをした。回答のバイアスを避けるために、調査冒頭に設けたスクリーニング項目(「あなたにはHIV陽性者の知り合いはいますか」「あなたは現在HIVに感染していますか」「あなたの性的指向は以下のうちどれですか」)に対して、自身の性的指向がヘテロセクシャルであり、HIVが陰性者、知り合いにHIV陽性者がいないと回答した2,500名を対象とした。このうち回答に不備がみられた232名を分析から除外し、2,268名を分析対象とした(有効回答率90.7%)。

本研究実施において適切なサンプルサイズは、観測変数21、潜在変数3、検出力0.8、 α 0.05とした場合にソフトウェア計算^{23,24)}により、1,258名と算出されている。

2. 変 数

2-1. パブリックスティグマ尺度

Makらにより開発された21項目尺度で¹¹⁾、2つの下位尺度からなる。パブリックスティグマ(PS)下位尺度は、「HIV陽性者は社会にとって負担となっている」、「HIV陽性者は他人に迷惑をかけることが多い」など12項目からなる。パーソナルアドボカシー(PA)下位尺度は、「私が雇用主であればHIV陽性者に仕事の機会を提供する」、「HIV陽性者のためのボランティア活動に、私は喜んで参加する」など9項目からなる。各項目ともに「全くあてはまらない」から「とてもあてはまる」までの6件リッカート法で測定した。上位尺度のパブリックスティグマ得点の算出にあたっては、PA下位尺度項目は逆転して算出した。

英語版を原著者の許可を得て日本語に順翻訳し、両言語に堪能な第三者による逆翻訳結果を踏まえ、再度原著者に確認し最終版とした。なお、原版¹¹⁾は精神疾患患者に対するパブリックスティグマの測定尺度であるが、HIV/AIDS、SARS、結核のパブリックスティグマの比較に用いた尺度²⁰⁾をさらに改訂した経緯があり、多様な疾患・障害に適用する前提がある。その旨原著者に再確認し、「精神疾患とともに生きる人(people living with mental illness)」

の部分「HIV陽性者」として用いた。

2-2. 構成概念妥当性検討のための変数

① HIV陽性者に対する社会的距離

精神疾患とともに生きる人に対する偏見の行動的帰結として社会的距離尺度が使われている²⁵⁾。本研究では“The Stigma in Global Context Mental Health Study”において作成され山崎らによって邦訳された調査票^{26,27)}をもとに作成した。回答者は提示されたビネット(A氏の事例)を読んだのち、本研究では「Aさんと隣近所になる」「Aさんと職場の同僚になる」「Aさんがあなたの親せきと結婚する」など9項目、「受け入れられる」「たぶん受け入れられる」「たぶん受け入れられない」「受け入れられない」の4件法とした。Cronbach's α 係数は0.933であった。また、今回HIV陽性者について適用するにあたり、HIV陽性者研究の専門家の意見を踏まえてビネットの内容を改訂して用いた。

② HIV感染に関する自己責任の認識に関する項目

先行研究²⁰⁾における項目のうちHIV感染の自己責任認識「HIV陽性者には自分のHIV感染に対して責任がある」およびHIV感染の自業自得認識「HIV陽性者が感染したのは自業自得である」の項目を用いた。いずれも「全くあてはまらない」から「とてもあてはまる」までの6件リッカート法で測定した。

③ HIV/AIDSに関する政策推進意向の項目

先行研究²⁰⁾における政策意向に関する4項目を用いた。「政府はHIV予防のためにもっと資源(人・もの・お金など)をかけるべきだ(予防施策の強化意向)」「政府はHIV予防に関する学校教育に予算を増やすべきだ(予防教育の強化意向)」「税金を上げても、政府はHIVの研究に予算をかけるべきだ(研究の強化意向)」「私たちの社会にはHIV陽性者への差別からの保護に関する法律が必要だ(差別解消の法的強化意向)」の4項目で、いずれも「全くあてはまらない」から「とてもあてはまる」までの6件リッカート法で測定した。

④ HIV/AIDSの疾患知識の項目

コモンセンスモデル^{10,11)}に基づき、HIV/AIDSに関する知識について6項目を聞いた。いずれの項目もHIV/AIDSに関する研究者の監修を経て設定した。「HIVはウイルスの名前(ヒト免疫不全ウイルス)でエイズは病気の名前(後天性免疫不全症候群)であること」「HIVに感染しても治療すれば、エイズはきわめて発症しにくくなること」「HIVに感染すると定期的に通院を続ける必要があること」「日本国内で、ここ数年の間にHIVに感染していることが新たにわかった人で、性的接触による感染は全体の9割に近いこと」「日本国内で、ここ数年の間にHIVに感染した人で、同性間での性的接触による感染は全体の7割を超えていること」「治療により血液中にHIVが見つからな

いレベルが6か月以上続くとHIVは性交渉によっては一切うつらないこと」で、おのおの「今知った」「聞いたことがある」「よく知っている」の3件法で測定した。そのうえで、「今知った/聞いたことがある」と「よく知っている」の2値変数として扱った。

2-3. 属性項目

① 性・年代・婚姻状況

性別は、男性または女性のいずれかで聞いた。年代は、20歳代から60歳代まで10歳刻みでカテゴリ化した。婚姻状況は、既婚、未婚、離死別のいずれかで聞いた。

② 学歴・職種

高校卒業以下、専門学校・短期大学、大学・大学院、の3カテゴリで聞いた。職種は専門技術職の場合、保健医療系、福祉系、その他の専門技術職の3つに分け、管理職、販売・事務、現業、その他の職業とした。家事専業や学生などは「その他」とした。

③ 居住地

内閣府による世論調査の層化区分に従って、居住している都道府県について、北海道、東北、関東、北陸(福井・石川・富山・新潟)、東山(長野・山梨・岐阜)、東海(静岡・愛知・三重)、近畿、中国、北九州(福岡・佐賀・長崎・大分)、南九州(熊本・宮崎・鹿児島・沖縄)の11地域に分けた。

3. 分析方法

まず、パブリックスティグマ尺度21項目について項目分析を行い、調整済み項目全体相関係数、項目削除時のクロンバック α 係数を確認した。つづいて、先行研究で提示されている2因子構造の確認のために確認的因子分析を行った。上位のパブリックスティグマと下位2因子を配置した2次2因子構造の確認的因子分析の仮説モデルを図に示した。確認的因子分析では適合度として、CFI(comparative fit index)、TLI(Tucker-Lewis index)、RMSEA(root mean square error of approximation)を用いた。CFIおよびTLIについては1に近いほうが適合度が良いとされている。RMSEAについては小さいほうが良く、絶対的な基準はないものの、経験的に0.08未満であれば妥当であり、0.1を超えてはならないとされている²⁸⁾。以上を踏まえて仮説モデルの修正を行うこととした。2次2因子構造確認的因子分析の実施にあたって制約条件が必要となるため、外生変数の分散を1とし、内生変数であるパーソナルアドボカシーの誤差変数の分散を0.01に固定して解析を進めた。

次に、上位尺度と下位尺度(パーソナルアドボカシー下位尺度、パブリックスティグマ下位尺度)の3尺度について、合成(平均)得点化を行いCronbach's α 係数を確認した。3尺度別に属性変数との関連について一元配置分散分析を行った。さらに、3尺度と、HIV/AIDSに対する社会

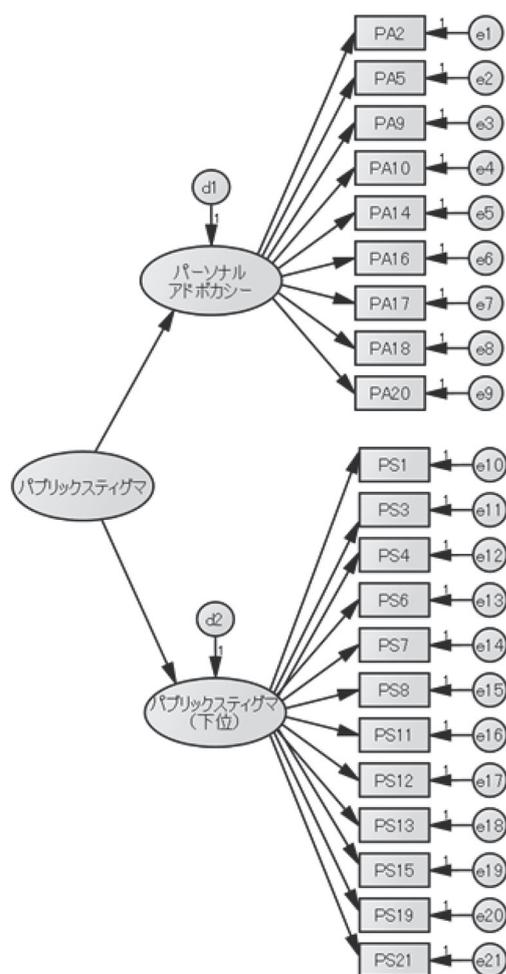


図 パブリックスティグマ尺度の二次二因子構造パスモデル

的距離, HIV感染の自己責任認識, HIV/AIDSに関する政策推進意向の各変数とのピアソンの相関係数を算出した。最後に, 3尺度別にHIV/AIDSに関する疾患認識に関する各項目との関連について, Cohen's d を算出した。Cohen's d の算出にあたって用いる平均値の差は, (「今知った/聞いたことがある」群の平均値) - (「よく知っている」群の平均値)とした。

統計学的有意水準を5%とし, 統計解析にあたり, 統計パッケージIBM SPSS Statistics 29およびAmos 29.0を用いた。

4. 倫理的配慮

著者所属機関の研究倫理委員会の承認を得て本研究は実施された。

結 果

パブリックスティグマ尺度21項目の項目分析の結果を表1に示した。21項目のCronbach's α 係数は0.93であっ

たが, 項目削除時のCronbach's α 係数が0.94となっていた項目は3項目にとどまり, いずれも逆転項目であるPA下位尺度の項目であった。したがって, おおむね内の一貫性が維持できている項目群であると評価できた。

確証的因子分析では, 仮説モデルの分析結果では, $\chi^2 = 4,080.17$; $df = 188$; $TLI = 0.862$; $CFI = 0.876$; $RMSEA = 0.096$ であった。そこで項目内容を踏まえて, PA9とPA20, PS3とPS4, PS7とPS8のそれぞれの誤差間に相関を認めたモデルに修正したところ, $\chi^2 = 2,701.98$; $df = 185$; $CFI = 0.920$; $TLI = 0.909$; $RMSEA = 0.077$ と改善した。この修正モデルを採択し, パス係数値を表2に示した。いずれのパス係数も $p < 0.001$ であった。

パブリックスティグマ尺度の心理測定特性を表3に示した。Cronbach's α は0.86~0.94であった。また, 当該尺度ならびに下位尺度の属性別得点分布と, 各尺度を従属変数とし, 各属性変数を独立変数とした一元配置分散分析の結果を表4に示した。性別はいずれの尺度でも有意差($p < 0.001$)がみられた。学歴は, パブリックスティグマ(総合), パブリックスティグマ下位尺度において有意差($p < 0.01$)がみられた。職業はいずれの尺度でも差($p < 0.003$)がみられた。居住地では差はみられなかった。

関連変数との相関分析の結果を表5に示した。パブリックスティグマ(総合)と社会的距離とは相関係数[95%信頼区間]は0.72 [0.70 to 0.74], パーソナルアドボカシー下位尺度およびパブリックスティグマ下位尺度と社会的距離とは-0.56 [-0.59 to -0.54], 0.68 [0.66 to 0.71]であった。HIV対策の政策推進意向に関連する各項目は, パーソナルアドボカシー下位尺度との間で正の相関がみられた(相関係数0.42~0.54)。

HIV/AIDSに対する疾患認識の項目と各尺度との関係について表6に示した。HIVに関する基礎的な理解の項目(HIVはウイルスの名前(ヒト免疫不全ウイルス)でエイズは病気の名前(後天性免疫不全症候群)であること)では, Cohen's d は絶対値で0.29~0.36であった。HIVの治療可能性に関する項目(HIVに感染しても治療すれば, エイズはきわめて発症しにくくなること)では同じく0.46~0.53, HIV/AIDSの治療継続に必要性に関する項目(HIVに感染すると定期的に通院を続ける必要があること)では同じく0.31~0.40となっていた。他方, 疾患の原因にかかる項目や重症度にかかる項目ではいずれもCohen's d は絶対値で0.2を下回る値となっていた。

考 察

1. 項目分析と信頼性および因子構造について

21項目のフルスケールでの項目分析の結果おおむね一貫した内容の測定になっていることが分かった。ただし項

表 1 パブリックスティグマ尺度日本語版の項目分析

		平均	(SD)	<i>r</i>	<i>α</i>
PS1	私は HIV 陽性者とはできる限り距離を置いている	2.86	(1.38)	0.58	0.93
PA2	私は HIV 陽性者には積極的に手を差し伸べている	4.78	(1.04)	0.13	0.94
PS3	HIV 陽性者は社会にとって負担となっている	2.61	(1.19)	0.66	0.93
PS4	HIV 陽性者は他人に迷惑をかけることが多い	2.58	(1.17)	0.69	0.93
PA5	私が雇用主であれば HIV 陽性者に仕事の機会を提供する	3.46	(1.22)	0.57	0.93
PS6	HIV 陽性者が他人に危害を加えることがあるのではないかと私は心配に思う	2.71	(1.21)	0.61	0.93
PS7	特定の人が HIV 陽性者とわかったら、私はその人を自分から遠ざける	2.79	(1.21)	0.79	0.93
PS8	HIV 陽性者はとてもいやだ	2.73	(1.25)	0.81	0.93
PA9	HIV 陽性者のためのボランティア活動に、私は喜んで参加する	4.30	(1.08)	0.39	0.94
PA10	HIV 陽性者が、私たちからケアを受けるのは当然のことだ	3.84	(1.13)	0.29	0.94
PS11	HIV 陽性者は好きになれない	2.88	(1.21)	0.76	0.93
PS12	HIV 陽性者は隔離されるべきだ	2.39	(1.16)	0.76	0.93
PS13	HIV 陽性者を見かけたら、その人を避けるのが一番よい	2.54	(1.19)	0.79	0.93
PA14	私は、HIV 陽性者は公平に扱われるべきだと思う	3.00	(1.27)	0.58	0.93
PS15	HIV 陽性者の行動は、他の人を怒らせる	2.43	(1.04)	0.61	0.93
PA16	私は HIV 陽性者と友達になることに抵抗はない	3.34	(1.28)	0.71	0.93
PA17	HIV 陽性者を私は受け入れる	3.33	(1.20)	0.76	0.93
PA18	HIV 陽性者は、社会からチャンスが得られれば、社会に復帰できる	2.87	(1.13)	0.61	0.93
PS19	HIV 陽性者が、他人から差別を受けるのは、ごく普通のことだ	2.67	(1.16)	0.57	0.93
PA20	HIV 陽性者の権利のために私は心からたたかう	4.02	(1.08)	0.48	0.93
PS21	HIV 陽性者と自分と二人だけになるのはこわい	2.87	(1.23)	0.71	0.93

r, 調整済み項目全体相関係数; *α*, 項目削除時の Cronbach's *α* 係数; 21 項目の Cronbach's *α* 係数, .93; PA 項目は逆転して用いた。

目「私は HIV 陽性者には積極的に手を差し伸べている」(逆転項目)については項目全体相関が低くなっていた。「手を差し伸べる (reach out)」の表現と意図が十分に伝わっていなかった可能性もある。ただし、信頼性係数としては問題なく、内的一貫性が得られている結果であるため、当該項目を含めて使用することに問題はないといえるが、今後改善の余地もあるだろう。

確証的因子分析の結果、修正モデルの適合度は一定水準を満たしており、当該尺度の二次二因子構造の確認ができた。なお、PA9 と PA20 の誤差間相関の修正については、他の項目とは異なり双方ともに「HIV 陽性者のために」何かをする、という項目内容になっていた。また、PS3 と

PS4 は社会における HIV 陽性者の存在を想起する項目内容である点、PS7 と PS8 は遠ざける意味が共通している点のそれぞれの理由で誤差相関を認めることとなった。以上より、因子分析にあたって修正が必要である点については、今後の再現性の検討が必要といえる。しかし、下位尺度であるパブリックスティグマとパブリックアドボカシーの双方で上位のパブリックスティグマ概念が構築されている因子構造であることについては検証されたといえる。

2. 属性との関係にみる尺度の特性

まず、パブリックスティグマ得点は、男性で高いこと、年齢が高いほど高くなること、教育歴が低いと高くなることが分かった。これらの知見は、先行研究^{17~19)}と一致す

表 2 パブリックステイグマ尺度の確証的因子分析修正モデルにおけるパス係数推定値

	B	(SE)	β
パブリックステイグマ (上位概念)			
パーソナルアドボカシー	0.19	(0.03)	0.88
パブリックステイグマ (下位概念)	0.70	(0.03)	0.77
パーソナルアドボカシー			
PA2	1.00		0.20
PA5	3.93	(0.43)	0.68
PA9	2.29	(0.26)	0.45
PA10	2.09	(0.25)	0.39
PA14	4.17	(0.45)	0.69
PA16	5.14	(0.55)	0.85
PA17	5.02	(0.54)	0.89
PA18	4.06	(0.44)	0.76
PA20	2.81	(0.31)	0.55
パブリックステイグマ (下位概念)			
PS1	1.00		0.65
PS3	0.93	(0.03)	0.71
PS4	0.96	(0.03)	0.74
PS6	0.93	(0.03)	0.69
PS7	1.14	(0.03)	0.85
PS8	1.19	(0.03)	0.86
PS11	1.12	(0.03)	0.84
PS12	1.09	(0.03)	0.85
PS13	1.15	(0.03)	0.87
PS15	0.80	(0.03)	0.69
PS19	0.80	(0.03)	0.62
PS21	1.04	(0.03)	0.76

B, 非標準化パス係数; SE, 標準誤差; β , 標準化パス係数; $\chi^2=2,701.98$; $df=185$; $CFI=0.920$; $TLI=0.909$; $RMSEA=0.077$ 。

表 3 パブリックステイグマ尺度および下位尺度の心理測定特性

	項目数	レンジ	α	平均得点	(SD)
パブリックステイグマ尺度 (総合)	21	1~6	0.934	3.10	(0.78)
パーソナルアドボカシー下位尺度	9	1~6	0.862	3.34	(0.80)
パブリックステイグマ下位尺度	12	1~6	0.944	2.67	(0.94)

る結果であった。また、これら先行研究は、米国、マレーシア、中国での検討結果であるが、日本においても同様の傾向を持つことが明らかになったといえる。

次に、福祉系専門職、保健医療系専門職で最も低い水準

のパブリックステイグマ得点であり、その他の専門技術職、現業職において高い水準であることが分かった。職種間でのステイグマの水準差を検討した先行研究はみられていないものの、福祉系や保健医療系の専門職は一定の HIV/

表 4 属性別パブリックスティグマ各尺度の得点分布

	パブリックスティグマ (総合)			パーソナルアドボカシー 下位尺度			パブリックスティグマ 下位尺度			
	<i>n</i>	平均値	95%信頼区間 〔下限,上限〕	<i>P</i> [†]	平均値	95%信頼区間 〔下限,上限〕	<i>P</i> [†]	平均値	95%信頼区間 〔下限,上限〕	<i>P</i> [†]
性別				<0.001			<0.001			<0.001
男性	1,093	3.21	[3.17, 3.26]		3.26	[3.21 3.30]		2.81	[2.76 2.87]	
女性	1,175	2.99	[2.94, 3.03]		3.42	[3.37 3.46]		2.54	[2.49 2.59]	
年代				0.054			0.203			<0.001
20代	443	3.05	[2.97, 3.12]		3.36	[3.28 3.43]		2.60	[2.51 2.69]	
30代	452	3.05	[2.97, 3.13]		3.28	[3.20 3.36]		2.55	[2.46 2.64]	
40代	448	3.09	[3.01, 3.16]		3.30	[3.22 3.37]		2.63	[2.54 2.72]	
50代	469	3.10	[3.04, 3.17]		3.39	[3.32 3.45]		2.72	[2.64 2.80]	
60代	456	3.18	[3.11, 3.26]		3.37	[3.30 3.44]		2.85	[2.77 2.93]	
婚姻状況				0.925			0.696			0.990
既婚	1,446	3.10	[3.06, 3.14]		3.33	[3.29 3.37]		2.67	[2.62 2.72]	
未婚	655	3.09	[3.03, 3.15]		3.35	[3.28 3.41]		2.67	[2.59 2.74]	
離死別	167	3.08	[2.97, 3.19]		3.38	[3.26 3.51]		2.68	[2.54 2.81]	
学歴				0.007			0.062			0.010
高校以下	614	3.18	[3.11, 3.24]		3.28	[3.21 3.34]		2.77	[2.69 2.84]	
専門短大	618	3.05	[2.99, 3.11]		3.37	[3.31 3.44]		2.62	[2.54 2.69]	
大学大学院	1,036	3.07	[3.03, 3.12]		3.36	[3.31 3.40]		2.65	[2.59 2.70]	
職業				<0.001			<0.001			0.003
専門技術(保健医療系)	134	2.88	[2.75, 3.01]		3.54	[3.40 3.69]		2.44	[2.29 2.60]	
専門技術(福祉系)	87	2.83	[2.69, 2.97]		3.60	[3.46 3.74]		2.41	[2.23 2.59]	
専門技術(その他)	248	3.20	[3.10, 3.30]		3.22	[3.12 3.33]		2.77	[2.65 2.90]	
管理	86	3.13	[2.95, 3.32]		3.37	[3.19 3.55]		2.76	[2.54 2.97]	
販売・事務	675	3.09	[3.03, 3.15]		3.32	[3.27 3.38]		2.65	[2.58 2.72]	
現業	208	3.19	[3.09, 3.29]		3.20	[3.09 3.31]		2.74	[2.61 2.86]	
その他の職業	243	3.18	[3.09, 3.27]		3.26	[3.17 3.35]		2.75	[2.64 2.87]	
職業なし	587	3.07	[3.00, 3.14]		3.40	[3.33 3.46]		2.67	[2.59 2.75]	
居住地				0.084			0.155			0.126
北海道	95	3.01	[2.85, 3.17]		3.42	[3.25 3.59]		2.58	[2.40 2.76]	
東北	159	3.22	[3.09, 3.35]		3.26	[3.13 3.38]		2.82	[2.67 2.98]	
関東	766	3.10	[3.04, 3.16]		3.35	[3.29 3.41]		2.69	[2.62 2.75]	
北陸	96	3.09	[2.94, 3.24]		3.41	[3.25 3.56]		2.72	[2.54 2.90]	
東山	92	3.05	[2.89, 3.21]		3.39	[3.21 3.57]		2.64	[2.44 2.83]	
東海	233	3.14	[3.05, 3.24]		3.27	[3.17 3.37]		2.70	[2.59 2.82]	
近畿	364	3.06	[2.98, 3.14]		3.36	[3.28 3.44]		2.62	[2.53 2.72]	
中国	137	3.13	[3.00, 3.26]		3.32	[3.18 3.45]		2.72	[2.55 2.88]	
四国	71	3.27	[3.08, 3.46]		3.16	[2.99 3.32]		2.84	[2.60 3.08]	
北九州	148	3.04	[2.92, 3.15]		3.31	[3.18 3.43]		2.54	[2.41 2.68]	
南九州	107	2.93	[2.78, 3.09]		3.51	[3.34 3.67]		2.51	[2.33 2.70]	

†一元配置分散分析。

表5 パブリックスティグマ各尺度と関係変数との相関分析結果

	パブリックスティグマ (総合)	パーソナルアドボカシー 下位尺度	パブリックスティグマ 下位尺度
	95% 信頼区間 r [下限, 上限]	95% 信頼区間 r [下限, 上限]	95% 信頼区間 r [下限, 上限]
HIV 陽性者に対する社会的距離得点	0.72[0.70 0.74]	-0.56[-0.59 -0.54]	0.68[0.66 0.71]
HIV 感染の自己責任性認識	0.14[0.10 0.18]	-0.01[-0.05 0.04]	0.20[0.16 0.24]
HIV 感染の自業自得認識	0.51[0.48 0.54]	-0.31[-0.35 -0.27]	0.53[0.50 0.56]
HIV 予防施策の強化意向	-0.35[-0.39 -0.32]	0.49[0.45 0.52]	-0.20[-0.24 -0.16]
HIV 予防教育の強化意向	-0.33[-0.36 -0.29]	0.45[0.41 0.48]	-0.19[-0.23 -0.15]
HIV 研究の強化意向	-0.29[-0.33 -0.25]	0.42[0.39 0.45]	-0.15[-0.19 -0.11]
HIV 陽性者差別解消の法的強化意向	-0.42[-0.45 -0.38]	0.54[0.51 0.57]	-0.26[-0.29 -0.22]

r , Pearson の相関係数。

AIDSに関する教育経験とともに知識や実践経験があることから一定水準の程度に抑えられていることがうかがわれる。ただし、保健医療系専門職によるスティグマや差別の解消の必要性は、HIV陽性者の生命・生活の質に大きくかわることからもUNAIDSの「HIV/AIDS終結に関する政治宣言」においても取り上げられている重要な課題である。しかしながら本研究結果を踏まえるなら、HIV陽性者の生活・人生の質の観点から、保健・医療・福祉以外の職種におけるスティグマの高さにも注目する必要がある。

3. 本尺度の構成概念妥当性

本研究における以下3点の結果から、パブリックスティグマ尺度の構成概念妥当性が明らかになったといえる。第一に、パブリックスティグマ尺度得点が高くなるほど社会的距離も大きくなる点である。これは、精神疾患とともに生きる人に関するパブリックスティグマを検討した先行研究とも同様の結果であり¹¹⁾、今回HIV陽性者を対象とした場合でも同じ関係性であることが示された。

第二に、「HIV陽性者が感染したのは自業自得である」という認識が強いほどパブリックスティグマ得点が高い点である。この関連性は責任帰属がパブリックスティグマに寄与するというスティグマの帰属理論⁸⁾を支持する結果であった。また、HIV/AIDS以外にもSARS(severe acute respiratory syndrome)コロナウイルス感染症、結核、においても同様の関連を明らかにした先行研究²⁰⁾の結果と同様の関連が明らかとなった。

第三に、HIV/AIDSに関係する政策意向項目について、いずれの項目も意向が強いほどパブリックスティグマ得点が低かった点である。パブリックスティグマが保健医療政

策に対する態度に大きくかわる点については古くから言及されてきている²⁹⁾。本研究では、差別対策の必要性の意向が強いほど、パブリックスティグマの程度が低くなるという関連性が最も強く、予防政策、予防教育がそれに続く、という関連性については先行研究²⁰⁾と同様であった。

以上より、社会的距離、責任帰属意識、政策意向のそれぞれのパブリックスティグマ尺度との関連が明らかになったことで、いずれも理論ならびに先行研究における結果を支持することから、当該尺度の構成概念妥当性が明らかになったと言える。

4. スティグマモデルの適用可能性

スティグマの帰属理論ならびにコモンセンスモデルにおける疾患認識とパブリックスティグマとの関連性にみる、HIV/AIDS領域への当該理論・モデルの適用可能性については、大きく3点の解釈ができる。

まず、「HIVに感染しても治療すれば、エイズはきわめて発症しにくくなること」についてよく知っている人ほど低いパブリックスティグマの水準となっていた。この点については、Makの研究結果¹¹⁾と同様であり、両下位尺度との関連についても同程度の効果量がみられた。この項目はスティグマのコモンセンスモデルにおける制御可能性を表す項目と解釈でき、理論的にも合致する結果となった。

次に、「HIVに感染すると定期的に通院を続ける必要があること」について、よく知っている人ほど低いパブリックスティグマの水準となっていた。この項目は慢性的な経過をたどるといふ、スティグマの帰属理論における安定性、コモンセンスモデルにおける時間性(timeline)の意味を含む。当該理論・モデルでは、慢性的経過を辿る疾患

表 6 パブリックステイグマ各尺度と HIV/AIDS に関する疾患認識各項目との関連

	パブリックステイグマ (総合)		パーソナルアトポカシー 下位尺度		パブリックステイグマ 下位尺度	
	<i>n</i> [†]	<i>d</i>	<i>d</i>	95% 信頼区間 [下限 上限]	<i>d</i>	95% 信頼区間 [下限 上限]
HIV はウイルスの名前 (ヒト免疫不全ウイルス) でエイズは病気の 名前 (後天性免疫不全症候群) であること	579	0.36 [0.27 0.46]	-0.36	[-0.45 -0.26]	0.29	[0.20 0.39]
HIV に感染しても治療すれば、エイズはきわめて発症しにくくなる こと	472	0.53 [0.43 0.63]	-0.47	[-0.57 -0.37]	0.46	[0.36 0.56]
HIV に感染すると定期的に通院を続ける必要があること	555	0.39 [0.30 0.49]	-0.40	[-0.49 -0.30]	0.31	[0.22 0.41]
日本国内で、ここ数年の間に HIV に感染していることが新たにわかっ た人で、性的接触による感染は全体の 9 割に近いこと	328	0.14 [0.02 0.25]	-0.16	[-0.28 -0.05]	0.09	[-0.02 0.21]
日本国内で、ここ数年の間に HIV に感染した人で、同性間での性的 接触による感染は全体の 7 割を超えていること	254	0.11 [-0.02 0.24]	-0.14	[-0.27 -0.01]	0.07	[-0.06 0.20]
治療により血液中に HIV が見つからないレベルが 6 か月以上続くと HIV は性交渉によっては一切うつらないこと	101	0.13 [-0.07 0.33]	-0.17	[-0.37 0.03]	0.07	[-0.13 0.27]

d, Cohen の *d*。平均値の差は「今知った/聞いたことがある」群の平均値—「よく知っている」群の平均値。

[†]「よく知っている」と回答した人数。

のほうが高いパブリックスティグマになると解釈されているが、HIV陽性者に対するパブリックスティグマを扱う本研究では逆の結果となった。なお、Makらの精神疾患とともに生きる人に対するパブリックスティグマの検討で、パブリックスティグマと時間性との間には低い水準の関連性にとどまっていた¹¹⁾。HIV/AIDSについては、効果的な治療法がない段階から、近年では根治には至らないものの医療によるコントロール可能な状態になったことから、ポジティブな意味で慢性的経過をたどる疾患ととらえられた可能性がある。したがって、本研究結果は帰属理論ならびにコモンセンスモデルにおける時間性の解釈に検討の余地がある点を浮き彫りにしたともいえる。

最後に、疾患が性的接触により感染することが多いこと、同性間の性的接触による感染が多いことの認識とパブリックスティグマとの関連はなかった点である。当該項目は、スティグマのコモンセンスモデルにおける疾患の原因の認識に相当する可能性があるが、先行研究では、心理社会的要因、文化的信条にかかる要因といった側面まで掘り下げて関連性を検討していたことをふまえると、今回の項目では、単純な知識面にとどまっており、十分に把握・測定ができていなかった可能性がある。

5. 下位尺度の名称と使用可能性

当該パブリックスティグマ尺度における下位尺度の名称と使用可能性について、次の2点が明らかになった。第一に、パーソナルアドボカシーについてである。パーソナルアドボカシーは、先行研究¹¹⁾では個人的受容 (personal acceptance) という名称でも用いられていたものであるが、今回日本語訳にあたって原作者より「パーソナルアドボカシー (personal advocacy)」の名称で提供されたものである。本研究では、パーソナルアドボカシー下位尺度の特徴として、HIV/AIDS政策推進意向に関する項目はいずれも強い意向であるほど当該下位尺度得点が高い傾向がみられた。その一方で、パブリックスティグマ下位尺度と政策推進意向項目との間では、低い関連にとどまっていた。保健医療領域におけるアドボカシーとは「特定の健康目標またはプログラムに対する政治的関与、政策的支援、社会的受容、およびシステムの支援を得ることを目的とした個人および社会活動の組み合わせ³⁰⁾とされている。このことから「パーソナルアドボカシー」という名称については妥当であり、一定の構成概念妥当性を有しているといえる。

第二に、パブリックスティグマ下位尺度についてである。当該下位尺度は内容的にも否定的な信念やそれに基づく差別的意向が含まれており、内的一貫性があり、一因子構造であり、関連項目との相関分析結果からも上位のパブリックスティグマ尺度と同様の構成概念妥当性があると評価できる。したがって、短縮版パブリックスティグマ尺度

として使用可能と言えるだろう。ただし、パーソナルアドボカシー下位尺度項目に含まれる、HIV陽性者への非包摂的態度やHIV/AIDS政策への関心のなさ、といった側面は含まれないことに注意する必要があるだろう。

6. 本研究の限界と今後の課題

本研究からは、日本語版パブリックスティグマスケールの信頼性と妥当性が明らかになると同時に、HIV/AIDSに関するパブリックスティグマの測定可能性が明らかになった。しかしながら、いくつかの限界と課題がある。

まず、ウェブ調査会社パネルを用いた調査であった点があげられる。当該会社のパネル登録者は調査時点(2019年)で220万人の登録者で国内最大級とされているが、非登録者の状況については明らかにはできておらず、日本国民全体を母集団とは解釈しがたい。他のサンプリングによるデータによる再現性の検討が必要である。

また、本研究の対象者からはゲイ・バイセクシャルを自認する人々を外している。当該パネル登録者からのスクリーニングにおける自己申告に基づいているものの、ヘテロセクシャルとして回答した人の中にゲイ・バイセクシャルである人が含まれている可能性もぬぐえない点については、本研究の方法論的限界と言える。今後はゲイ・バイセクシャルである人々を対象に当該尺度の使用可能性に関する検討が行われることも課題といえるだろう。

次に、横断研究である点である。今後は縦断データをもとに、予測妥当性の検討や、再テスト信頼性の検討といった時間軸を踏まえた検討が必要である。最後に、調査時点が2019年である点があげられる。この時点はCOVID-19の世界的蔓延が問題となっていたいわゆるコロナ禍以前の調査であり、コロナ禍により、感染症の予防意識が向上するとともに、感染症に対するスティグマも変化している可能性がある。2023年以降のデータによる再現性の検討が必要である。

利益相反: 本研究において利益相反に相当する事項はない。

文 献

- 1) UNAIDS : Political declaration on HIV and AIDS: Ending inequalities and getting on track to end AIDS by 2030. 2021.
- 2) Goffman E : Stigma: Notes on the management of spoiled identity (アーヴィング・ゴッフマン著; 石黒毅訳『スティグマの社会学—烙印を押されたアイデンティティ』). せりか書房, 1963~2001.
- 3) Link BG, Phelan JC : Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 27:363-385, 2001.
- 4) Cook JE, Purdie-Vaughns V, Meyer IH, Busch JTA :

- Intervening within and across levels: a multilevel approach to stigma and public health. *Soc Sci Med* 103:101-109, 2014.
- 5) Deacon H : Towards a sustainable theory of health-related stigma: lessons from the HIV/AIDS literature. *J Appl Soc Psychol* 16:418-425, 2006.
 - 6) Earnshaw VA, Chaudoir SR : From conceptualizing to measuring HIV stigma: a review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS Behav* 13:1160-1177, 2009.
 - 7) Corrigan PW, Watson AC : Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiat* 1:16-20, 2002.
 - 8) Corrigan P : Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attitude change. *Clin Psychol* 7: 48-67, 2000.
 - 9) Bennett L, Thirlaway K, Murray AJ : The stigmatising implications of presenting schizophrenia as a genetic disease. *J Genet Couns* 17:550-559, 2008.
 - 10) Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA : Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognit Ther Res* 16:143-163, 1992.
 - 11) Mak WW, Chong ES, Wong CC : Beyond attributions: understanding public stigma of mental illness with the common sense model. *Am J Orthopsychiat* 84:173-181, 2014.
 - 12) Smit PJ, Brady M, Carter M, Fernandes R, Lamore L, Meulbroek M, Ohayon M, Platteau T, Rehberg P, Rockstroh JK, Thompson M : HIV-related stigma within communities of gay men: a literature review. *AIDS Care* 24:405-412, 2012.
 - 13) Stuber J, Meyer I, Bruce L : Stigma, prejudice, discrimination and health. *Soc Sci Med* 67:351-357, 2008.
 - 14) Link BG, Phelan JC : Stigma and its public health implications. *Lancet* 367:528-529, 2006.
 - 15) HIV Futures Japan : Futures Japan 第3回調査結果サマリー. <https://survey.futures-japan.jp/result/3rd/>
 - 16) 札幌地方裁判所 : 令和元年9月17日. (平成30(ワ)1352) 損害賠償請求事件.
 - 17) Stringer KL, Turan B, McCormick L, Durojaiye M, Nyblade L, Kempf M, Lichtenstein B, Turan JM : HIV-related stigma among healthcare providers in the deep south. *AIDS Behav* 20:115-125, 2016.
 - 18) Wong LP : Prevalence and factors associated with HIV/AIDS-related stigma and discriminatory attitudes: a cross-sectional nationwide study. *Prev Med* 57 (Suppl):S60-S63, 2013.
 - 19) Yeo TED, Chu TH : Social-cultural factors of HIV-related stigma among the Chinese general population in Hong Kong. *AIDS Care* 29:1255-1259, 2017.
 - 20) Mak WW, Mo PK, Cheung RY, Woo J, Cheung FM, Lee D : Comparative stigma of HIV/AIDS, SARS, and tuberculosis in Hong Kong. *Soc Sci Med* 63:1912-1922, 2006.
 - 21) He A, Liu H, Tian Y : Reducing HIV public stigma through news information engagement on social media: a multi-method study of the role of state empathy. *Cyberpsychology* 16:69-84, 2022.
 - 22) Mak WWS, Mo PKH, Ma GYK, Lam MYY : Meta-analysis and systematic review of studies on the effectiveness of HIV stigma reduction programs. *Soc Sci Med* 188:30-40, 2017.
 - 23) Christopher Westland J : Lower bounds on sample size in structural equation modeling. *Electron Commer Res Appl* 9:476-487, 2010.
 - 24) Soper D : A-priori sample size calculator for structural equation models [Software]. <https://www.danielsoper.com/statcalc> (accessed July 1, 2025)
 - 25) Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA : Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Publ Health* 89:1328-1333, 1999.
 - 26) 望月美栄子 : 本調査の概要と回答者の基本属性. (山崎喜比古 監修; 的場智子, 菊澤佐江子, 坂野純子 編) 心の病へのまなざしとステイグマ—全国意識調査, 東京, 明石書店, pp 36-42, 2012.
 - 27) Kikuzawa S, Pescosolido B, Kasahara-Kiritani M, Matoba T, Yamaki C, Sugiyama K : Mental health care and the cultural toolboxes of the present-day Japanese population: examining suggested patterns of care and their correlates. *Soc Sci Med* 228:252-261, 2019.
 - 28) Browne M, Cudeck R : Alternative ways of assessing model fit. (Bollen K, Long J, eds.), *Testing structural equation models* Sage, pp 136-162, 1993.
 - 29) Herek GM, Capitanio JP, Widaman KF : Stigma, social risk, and health policy: public attitudes toward HIV surveillance policies and the social construction of illness. *Health Psychol* 22:533-540, 2003.
 - 30) World Health Organization : Health promotion glossary of terms 2021. 2021. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence=1>

Development of a Japanese Version of the Public Stigma Scale and the Applicability of the Stigma Model to the HIV/AIDS Field

Taisuke TOGARI¹⁾, Yoji INOUE²⁾ and Sakurako ABE³⁾

¹⁾ The Open University of Japan, ²⁾ Accelite Inc., ³⁾ Human Resources Department, TIS Inc.

Background : In Japan, public stigma (PS) toward people living with HIV/AIDS (PLWH) has not been sufficiently examined. This study aimed to develop a Japanese version of the PS scale and to assess the applicability of theoretical models of stigma within the context of HIV/AIDS.

Methods : A cross-sectional online survey was conducted between September 20 and 25, 2019. The participants consisted in heterosexual men and women aged 20 to 60, selected from a pool of 2.2 million registered monitors of the survey company A using stratified sampling based on sex, age, and region. Of the 2,500 individuals recruited, data from 2,268 respondents were included on final analysis. The PS scale, originally developed by Mak et al., is a 21-item, 6-point Likert scale. It was translated into Japanese through forward and back-translation, and its use was approved by the original author.

Results : Item analysis revealed acceptable internal consistency, and the confirmatory factor analysis supported a second-order bifactor structure. Cronbach's α for the overall and subscales ranged from 0.862 to 0.944. PS scores were positively correlated with social distance towards PLWH, perceived personal responsibility for HIV infection, and low interest in HIV/AIDS-related policy ($r = 0.415 - 0.723, p < 0.001$).

Discussion : The Japanese version of the PS scale demonstrated good reliability and construct validity. While perceptions of self-responsibility were associated with higher levels of PS—as observed in other diseases contexts—no such associations were found for perceived timeline (stability), cause, and severity of the illness, suggesting these factors may be less relevant to stigma formation in the context of HIV/AIDS.

Key words : public stigma, discrimination, social distance to PLWH, scale development, personal responsibility for health