

立場の上位の人から下方へと調査の許可および協力依頼を進めていく方法。

街頭(および特定の場所)でのサンプリング方法

(街頭あるいは特定の場所やイベント会場で、調査を依頼する。その場で記入してもらうか、あるいは、自宅に持ちかえって記入し郵送してもらう方法などを用いる。)

- 小規模な調査に適している。
- 地域の保健所などによって行われる。
- 代表性がない。
- 性行動や HIV/AIDS など公衆の面前では答えにくい内容の調査では難しい。
- 調査に応じなかった人の情報が得られない。
- ある特定のコミュニティや健康増進事業などには適している。

データ収集方法と行程

- 他の一般の調査と異なり、性行動に関する調査では、与えられた情報の信頼性を証明する手段がない。(本人の記述に頼るしかない)
(ただし、性行為の相手に同様の質問をし、回答の一致性を調べたり、また、無防備な性行為と STD 罹患との関連をカルテなどから調べる方法もあるが、一般的な方法とは言えない)
- “社会的に意味のあるデータ”をとることと“倫理面”との双方のバランスを考えなくてはならない。
- 性行動調査を計画、実施する際には、以下の3点を考慮する必要がある。
 - (1) **プライバシー**：各個人が信念、考え、行動などについての個人的な情報を守る権利を意味する。
 - (2) **コンフィデンシャリティ(秘密保持)**：個人の情報が無認可に開示されることから保護されることを意味する。
 - (3) **データの妥当性(Validity)**
 - ・ **真の情報**：その調査方法より研究者が目的とする真の情報が得られているかどうか。例えば、ある行動を測定する際、使用したインディケーターが適切かどうか、また、研究者が用いた用語を回答者が同じ意味にとらえているかどうか。
 - ・ **再現性**：人々の間の再現性、方法間の再現性、質問間の再現性があるか(質問の標準化が必要)
 - ・ **完全な情報**：ミッシングデータを最小限にする。(不参加者を少しでも減らす。参加者には、最後まで完全に回答できるよう促す。)

3. 調査データの収集方法

自由回答法(Open-Ended)
(回答者自身の言葉で答えることができる)
例 面接(1対1)
ある特定のフォーカスグループ

選択肢回答法(Close-Ended)
(回答が比較しやすい)
質問票
(面接、自記式、電話、コンピューター)

*AIDS 研究においては、構造化された質問票で、選択肢回答法によるものが一般的に使われている。

自記式調査票(SAQ)の Validity(妥当性)を上げる

(調査票に関する4つの問題点)

- (1) 質問の内容を理解できない
- (2) 調査への関心をなくす可能性がある
- (3) ある種の行動を自分自身が認めたくない
- (4) 思い出し方が不正確

参考 : W. Foddy, (1993) Constructing questions for interviews and questionnaires: theory and practice in social research. Cambridge: Cambridge University Press.

(1)質問の内容が理解できない場合

- 用語の意味が広すぎる
- 対象集団にとって、一般的でない用語を使用
- 生物学的用語や医学的用语など専門語の使用
- “俗語”は広く使われているが、集団により多様性がある

対処法

- 質問の後に、用語集や用語の定義が必要
- 重要な言葉には、下線を引く、太字にするなどの工夫が必要
- 回答例を示し、意味の取り違えを少なくする

(2)調査への関心をなくす可能性がある場合

対処法

- 質問票はできるだけ短くする
- フィルター設問を入れる（関係のない設問には答えなくてよいようにする）
- いつ調査するかを考慮する（対象者の都合の良い時間、授業中など）
- 調査参加に対する謝礼を支払う（現金、商品券など）

(3)ある種の性行動を対象者自身が認めたくない場合

(エイズ研究での最も大きな問題の一つ)

対処法

- 対象者が答えたくない場合は、答えなくてよいような選択肢をつける
- 匿名性、秘密保持を保証する
- 調査票内の質問の順序や配置を考える
- 性行動の頻度などの質問の場合、選択肢を与えるのではなく、実際の数値を記入させる（通常、頻度をカテゴリー化すると、真中あるいは普通に見える選択肢を選ぶ傾向があるから）

(4)思い出し方が不正確な場合

- “記憶”は特別なできごとに対して約1年までは正確である (Foddy 1993)
- 性行動の典型的なパターンは年単位で測定する
- いつの性行動を聞いているのか、時期を明確にする
- 頻度の設問では、十分な選択肢を用意する
- 印象的な出来事について質問する（例、初めてのセックス、一番最近のセックスなど）

4. 調査データの収集行程

各種調査方法

- (1) 自記式調査法
- (2) 郵送法
- (3) 電話調査法
- (4) 面接調査法

(1) 自記式調査法

- 匿名性とプライバシーの保護に適している（名前を書く必要がなく、質問が声に出されることがなく、また人前で口頭で答える必要がない）
- 同時に多数の対象者に調査を実施することが可能である
- 調査票から個人が同定できない
- ある程度の識字能力を必要とする
- 調査に関する質問をすることができる

(2) 郵送法

- 調査票の内容に関する質問をすることができない
- 調査方法の標準化が困難
- 回収率が低いため、バイアスの原因となる
- 費用が安い
- 秘密保持、プライバシーが保証される
- 調査の実施主体が信用と権威のあるものであることを示せる

(3) 電話調査法

- 面接調査ではないため、ある程度のプライバシーは保証される
- 調査の実施主体が信用と権威のあるものであることを示せない（拒否されやすい）
 - *フランスの電話サーベイの場合は、この問題を減らすために、電話をかける1週間前に、調査の主体、目的、内容についての手紙を郵送する方法をとった
- 費用が安い
- 調査票の内容についての質問をすることができる
- 面接よりも、性行動などの質問に答えやすい

(4) 面接調査法

- プライバシーがない（性行動についての質問などは、恥ずかしくて答えにくい）
 - *上記の問題を考慮して、ある研究者が統計的手法を用いた特殊な面接法を考案した。その面接法とは、対象者をランダムに2群（A,B）に分ける。A群には、性行動についての質問（例えば、過去1ヶ月間のセックスパートナーの数は何人であったか。）と性行動に全く関係のない一般的な質問（過去1ヶ月間に何回映画を見たか）と2つの質問を与える。対象者はコインの裏表により、どちらかの問い答えるが、面接者にはどちらの質問に答えているかは明かにしない。次にB群には一般的な質問だけを全員に行う。A群とB群の回答の差から、研究者が知りたかった質問（性行動の質問）に対する答えを導き出す。（ただし、この方法には、多数の対象者を必要とす

るなど、いくつかの問題点がある)

- 調査票の内容についての質問をすることができる
- 調査の実施主体が信用と権威のあるものであることを示せる

○自記式アンケート調査(SAQ)を実施した際、注意した点

例：全国職業訓練生調査（オーストラリア）

●インフォームドコンセント

調査票の表紙に、調査の目的、調査が強制でないこと、また、調査への参加を拒否した場合何の不利益もないことを説明した上で、調査への参加を依頼し、調査への参加、不参加の決定が対象者自身の意志によって選べるようにした。

●秘密保持(Confidentiality)

調査票は、研究者以外の人の目にはふれないこと、また、調査票から個人が同定されることはないことを伝えた。

●プライバシー

教室での調査の場合、少なくとも、隣の席の人から回答内容が見えない程度の距離を確保できる席を与える必要がある。また、調査内容に関する質問も、個人的に聞けるように配慮した。

●倫理面

校内のカウンセラーにあらかじめ、調査の概要を説明しておき、例えば、過去の不幸な性経験を思い出したために、精神的に不安定になった学生に対しては、相談ができるような体制を作っておいた。

オーストラリアの HIV/AIDS 関連の行動サーベイランス

はじめに

オーストラリアにおける HIV 流行の初期の段階から、われわれ社会学者は、HIV の伝播に関わるオーストラリア人のリスク行動をモニターすることを考え、リスク行動の決定因子や関連因子および HIV 感染の決定因子に関する理解を深めていた。リスク行動をモニターする際には、単に無防備な性行動や薬物静注の回数を数えるだけでなく、それらの行動を肉体的、精神的、社会的概念の中で捉える必要があるが、これまで、オーストラリアにおける行動調査は、疫学者や公衆衛生学者などによる HIV や AIDS の有病率 (prevalence) や発生率(incidence)をマッピングする作業と平行して行われたきた。連邦政府によって、3つの国立センターが設立され、HIV の流行をモニターするための研究や予防教育、健康政策などの実施に対する予算がつけられてきた。その3つのセンターとは、国立 HIV ウイルス学センター、国立 HIV 疫学・臨床研究センター、および国立 HIV 社会研究センターである。(注：講師の Dr.Kippax は国立 HIV 社会研究センターの所長である)

オーストラリアにおける HIV の感染経路(1998年3月までの累積)

84.7%	男性同性間感染
4.4%	男性同性間感染と静注薬物使用による感染
2.4%	静注薬物使用による感染
4.3%	異性間感染
3.7%	血液製剤および組織による感染
0.3%	母子感染
0.1%	院内感染

オーストラリアの場合、上記の表に示されているように、HIV感染者の大多数はゲイの男性であるので、HIVの社会調査の対象は、主にゲイと同性間性行為を行う男性集団に焦点があてられてきた。また、IDUやヘテロセクシュアルの集団におけるHIV流行の広がり、HIV感染の脅威に対する政府やコミュニティの早急な対応によって押さえられている。血液製剤に対しては、HIV流行の初期から安全対策がとられ、IDUへの注射針/注射筒の無料交換が実施され、CSW組合に対してはCSWと彼らの顧客の安全を守るための予算がつけられた。さらに、学校におけるHIV/AIDSと性に関する教育が義務化され、国と州レベルで、テレビ、ラジオ、新聞、雑誌を通して、HIV感染に対する注意を促すキャンペーンが繰り返された。コミュニティ、とりわけゲイコミュニティに対しては、彼らが彼ら自身を守ることができるように、ピアエデュケーションや健康増進事業を目的として、各州に、エイズカウンシル(A-Con)と呼ばれるNGOが設立された。

オーストラリアにおけるHIV感染の発生率は1984年をピークに減少を続けているが、これは上記の対策の成果と言えるだろう。その背景には、政府と研究者および関連コミュニティの3者の強力なパートナーシップが存在し、政府のエイズ対策とその評価は、社会学や疫学調査に基づいて行われている。以上がオーストラリアのこれまでのエイズ対策の概要であるが、本稿では、オーストラリアでこれまで行われてきた各種集団に対するHIV関連行動サーベイを簡単に紹介する。

対象集団別の行動調査の概要

●ゲイや同性間性行為を行う男性

コホート研究: SMASH Study(Sydney Men and Sexual Health)

- 調査期間: 1992年から現在まで
- 調査対象: シドニー在住のゲイの男性 (N=700)
- 調査内容: 性行動、性的パートナー、静注薬物使用歴、HIVの感染経路に関する知識、ゲイコミュニティとの関わりの程度、HIV感染者との関わりの程度、年齢、学歴、人種、HIVに関する臨床データ、治療状況、STD罹患歴
- 1年に1回、面接調査を実施する。面接時間は約60分である。

ケースコントロール研究: Seroconversion Study(陽転者調査)(1993-1998)

- 同性間性行為を行う男性で、HIVに感染したばかりの人(過去1年以内の感染者)に対しての面接調査。調査の内容は、HIV感染前の性行動およびHIV感染につながったと考えられる行為についての情報などである。また、感染した人と比較可能なコントロールを選択し、同様の性行動に関する面接調査を行う。

横断研究: (コホート研究で調査できない部分を補い、対象者の幅を広げる)

Sydney Periodic Survey(1996-現在)

- ゲイや同性間性行為を行う男性を対象とした横断調査。
- 調査場所: シドニー市内の6ヶ所(ゲイバーやゲイサウナなどの場所、STDクリニック)6ヶ月に一度(n=800)、ゲイコミュニティのイベント会場で年に一度(n=1200)の割合で実施されている。
- 調査内容: あなたにとって危険な性行為とは何か、HIVの検査結果、知識に関する質問など
- 調査方法: 面前記入法、所要時間は約10分

Annual Periodic Surveys(1998-)

- 上記と同様の調査が、シドニー以外の5都市（メルボルン、ブリスベン、アデレード、パース）でも開始された。（各都市 n=800-1400）

Male-Call(男性電話調査)(1992、1996)

- 同性間性行為を行う男性を対象とした全国規模の電話調査。
- 対象者数：2583人（1992年）、3039人（1996年）
- 募集方法：ゲイプレス、友人、ポスター、ラジオ、AIDS カウンシル（NGO）、ゲイ組織、STD クリニック、セックスショップ、その他のゲイとは関連のない雑誌、新聞、広告などを通して応募する。
- 調査内容：SMASH 調査とほぼ同様の内容
- 調査時間：所要時間 45-50 分

*対象者のアイデンティティーについて：

例えば、コホート研究では、名前や住所、定期検診、長い面接調査など、対象者が同定できる状況で調査を行う関係上、コホート研究の対象者は自分自身をゲイであると認めている人およびゲイの活動に公に参加している人が多い。これに対し、Male Call 調査では、匿名で、顔も見えないため、対象集団の特性が上記集団とは異なり、ゲイであると認めている人に加え、対象者の約 1/3 はバイセクシュアルやヘテロセクシュアルと報告し、男性とも女性とも性行為を行っている。

*Triangulation（三角推定法）：例えば、上記の調査の対象者は、いずれもボランティアであり、本人の自由意志で調査に参加している一部の集団である。また、ゲイや同性間性行為を行う男性集団の母集団は明確ではなく、上記調査における対象者に代表性はない。このような場合、便宜上、いくつかの異なった調査方法、異なった対象者による調査で得られた結果から、研究対象とする集団の実像を様々な角度から推定していくという方法をとることがある。

●PLWHA(People Living With HIV and AIDS) Study(HIV 感染者/AIDS 患者調査)

対象者はボランティアで、本人の自由意思による参加である。

対象者の募集：ゲイと PLWHA 向けの新聞、主な報道機関、他のメディア、ポスター、広告、エイズやゲイ組織、PLWHA 協会、口伝、スノーボーリング、STD クリニック、他の性的娯楽場など通して募集

コホート研究:Positive Health Study(PH study)(1998-)(縦断研究)

- 対象者：ニューサウスウェールズ州、ビクトリア州（オーストラリアで最も人口の多い2つの州）
- 対象者数：HIV 感染者 400 人（NSW）、200 人（Victoria）
- 調査項目：治療法、HIV 感染者や AIDS 患者の養生法、症状、ケアサービスの普及度、治療のコンプライアンスとアドヒアランス、薬の副作用、臨床データ（患者の了解を得て）、社会生活および性生活に対する治療の影響などについての情報
- 面接調査：所要時間約 60 分

HIV Future Study(1997-)

- HIV 感染者と AIDS 患者を対象とした全国横断研究（2年おきに定期的実施）

- 対象者数：914人（HIV感染者とAIDS患者全体の約8%を占める）
- 調査方法：郵送法による無記名自記式アンケート（SAQ）調査
- 調査項目：治療状況、健康維持の方法、社会・経済的状況、ウイルス量、その他の免疫機能の状態などについての質問
- 匿名の調査なので、上記のPH調査に比べ、もっと多様性のある感染者/患者集団であり、例えば、治療を受けていない感染者/患者集団も含まれる。

●若年者集団に対する調査

ほとんどの対象者は、高校、大学、職業訓練校などで募集している。コホート研究は行われておらず、いくつかの横断研究が行われている。

National school student survey(1992-1997)

- 13-19歳までの学生を対象とした全国層化サンプル
- 調査項目：HIV、肝炎、STDに関する知識、性行動

High student survey

- 調査実施地区：ビクトリア(1994)、キャンベラ（1992）、NSW（1990）で実施

TAFE student survey(職業訓練校生調査)

- 全国層化サンプル、3つの職業グループによる調査（1997）

Macquarie University student survey(マクエリー大学生調査)(1988-現在)

- 調査対象：マクエリー大学の行動科学科と心理学科の1年生を対象
- 対象者数：毎年約500-800人
- 調査項目：性行動、差別の程度、HIVやHCVに関する知識

Student Survey

- 実施地区：ビクトリア（1989,1994）とクイーンズランド（1989-1993）

*これらすべての調査は学校の教室で実施され、平均所要時間は約30分であった。

Homeless and “street” youth study

- homelessと”street”youthを対象とした調査：
- 調査内容：性行動、薬物使用状況に関する質問
- 実施地区：メルボルン（1991,1992）、ブリスベン（1990）、シドニー（1989, 1991, 1990, 1993）

●静注薬物使用者(IDU)

- IDUに対する縦断研究はこれまで実施されていない。
- IDUに対する調査としては、これまで、全国調査が2つ実施された。（HIV感染率とそれに関連する行動についての調査）（1989-1990）、（1994）
- 半年毎および年に一度の横断調査である。
- 対象者：主要都市のSTDクリニック、薬物常用者向けの注射針/注射筒交換所にて対象者を募集

- 調査（検査）項目：HIV・HCVの検査、調査票の内容（注射回数、注射の回し打ちや消毒に関する質問、危険な注射行為などに関する質問）

●Sex Workers(CSW)

- 現在、調査は行われていない
- これまでに実施された地区：ブリスベン、NSW（1986-87、1990-91、1991-93）、ビクトリア（1993）、クイーンズランド（1991）

●バイセクシャル男性の女性パートナー

Sydney Women and Sexual Health (SWASH) Survey (1996,1998)

- 対象者：ゲイコミュニティの年に一度のお祭り（Mardi Gras Festival）の会場で募集
- 対象者数：587人（1996）、774人（1998）
- 質問項目：ゲイやバイセクシュアルの男性との性行為、静注薬物使用経験の有無

【HIV 感染リスクのインディケーター】

*Indicator は、調査前の6ヶ月間の行動に対するもの

1. HIV 感染の知識
2. Regular partner とのコンドーム無しの膣性交
3. Casual partner とのコンドーム無しの膣性交
4. Regular partner とのコンドーム無しの肛門性交
5. Casual partner とのコンドーム無しの肛門性交
6. Casual partner の数
7. セックスパートナーとのコンドーム使用に対する合意
8. HIV 検査受検の有無と本人の HIV 検査結果
9. セックスパートナーの HIV 検査結果
10. 抗ウイルス剤の理解
11. ウイルス量/CD4 数
12. HIV 感染者との接触する機会をどれくらい持っているか
13. どこで、セックスパートナーを見つけるか
14. 薬物静注使用歴
15. 薬物静注の際の注射針/注射筒の共用

（参考）SMASH(Sydney Men and Sexual Health) STUDY シドニー在住のゲイの男性を対象としたコホート研究

オーストラリアにおける調査は、研究者と対象集団関連コミュニティと AIDS 支援組織と行政との密接なパートナーシップにより実施されている。例えば、SMASH 調査には、研究チーム、ゲイコミュニティのメンバー、AIDS 支援組織のメンバー、HIV 関連の教育者、HIV 診療を行っている一般開業医のメンバー、行政官などから構成される諮問委員

会が設けられている。

◆対象者の募集方法（何を通して調査に参加したか）

（注：本調査は本人の自発的な意志による参加である：参加者 1100 人（調査開始時））

ゲイコミュニティのイベント	17.2%
ダンスパーティー	15.5%
個人的接触・スノーボーリング	15.4%
以前のゲイ向けの調査	11.0%
ゲイ向け / 一般向けの報道機関	10.4%
レザイベント	8.4%
ゲイ支援組織	8.0%
医者や診療所の職員	5.5%
ゲイバーやゲイサウナなど	4.1%
その他	4.5%

*対象者の参加基準：過去 5 年間に男性と性行為を行ったことのある男性で、シドニーから 1 時間以内の地域に居住し、ゲイの集まりに定期的に参加していること。

*募集に際しては、年齢層、居住地域、人種が偏らないように考慮した

主要な調査項目（調査前、6 ヶ月間の生活についての質問）

年齢、学歴、職業、収入
セックスの相手の特性（regular か casual か）
HIV の感染経路に関する知識
相手別の性行為の形態（膣性交、口腔性交、肛門性交、特殊な性交）
casual partner の数
ゲイコミュニティへの関わりの程度（社会的、政治的、性的な視点で）
HIV 感染者や AIDS 患者との接触はあるか
肛門性交を好んでいるか
コンドームに対する意識
薬物とアルコール使用
セックスのために薬物を使用するか
HIV の検査結果
その他の臨床データ

- 調査方法：面接調査（所要時間約 1 時間）
- コホートの維持：年 2 回のニュースレターの配布（調査に関する情報提供）と年 1 回の面接調査それ自体
- 面接は、参加者の都合に合わせて実施され、トレーニングを受けた調査員によって行われるが、そのほとんどはゲイコミュニティから選ばれている。参加者にはどの調査員が面接を担当するかあらかじめ連絡があり、もしその調査員が嫌であれば、他の調査員に変えてもらうこともできる。また、その際、調査員は参加者の友人や知人から選ばれないように配慮されている。

**THE 9TH WORKSHOP
ON EPIDEMIOLOGY AND
CONTROL OF AIDS**

**HIV/AIDS Surveillance :
Current Situation and Future Perspectives**

**The Japanese Epidemiological and Preventive Studies on AIDS
(JEPA)**

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)

**February 9·10, 1999
Tokyo, Japan**

世界における HIV/AIDS 関連サーベイランスの現状、展望に関するワークショップ

(同時通訳付き)

日時：1999年2月9, 10日

場所：東京国際フォーラム ガラス塔内会議室 G610

主催：厚生省 HIV 感染症の疫学研究班

共催：国連合同エイズ計画、ジュネーブ

2月9日(火)

10:30-10:40 開会の辞

山崎修道 (厚生省エイズ動向委員会、国立感染症研究所)

10:40-10:50 挨拶

遠藤弘良 (国連合同エイズ計画、ジュネーブ)

10:50-13:20

セッション I	世界及び主要地域における HIV/AIDS 関連サーベイランスの現状と展望 座長 山崎修道 (厚生省エイズ動向委員会、国立感染症研究所)
---------	---

10:50-11:40 ◆世界

Dr. Bernhard Schwartlander (UNAIDS, Geneva) (欠席)

11:40-12:30 ◆ヨーロッパ

Dr. François Hamers (European Center for the Epidemiological Monitoring of AIDS)

12:30-13:20 ◆アジア諸国

Dr. Gilles Pומרol (WHO/WPRO, Manila)

13:20-14:20 昼食

14:20-17:50

セッション II(1)	各国の HIV/AIDS 関連サーベイランスの現状と展望 座長 市川誠一 (神奈川県立衛生短期大学)
-------------	---

14:20-15:00 ◆オーストラリア

Dr. John Kaldor (National Center in HIV Epidemiology and Clinical Research)

15:00-15:40 ◆カナダ

Dr. Jason Sutherland (Division of HIV Epidemiology, Laboratory Center for Disease Control)

15:40-15:50 Coffee Break

15:50-16:30 ◆デンマーク

Dr. Else Smith (Statens Serum Institute, Department of Epidemiology)

16:30-17:10 ◆ドイツ
Dr.Osamah Hamouda (Robert Koch Institute) (欠席)

17:10-17:50 ◆英国
Dr. Barry Evans (Public Health Laboratory Service AIDS Center,
Communicable Disease Surveillance Center)

2月10日(水)

9:00-9:10 挨拶
中谷比呂樹(厚生省エイズ疾病対策課)

9:10-11:10

セッションⅡ(2)	各国のHIV/AIDS関連サーベイランスの現状と展望 座長 鎌倉光宏(慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学)
-----------	--

9:10-9:50 ◆米国
Dr. Allyn Nakashima (Surveillance Branch, Division of HIV/AIDS
Prevention, CDC)

9:50-10:30 ◆タイ
Dr.Chuleeporn Jiraphongsa (Division of Epidemiology, Ministry of
Public Health)

10:30-11:10 ◆日本
木原正博(神奈川県立がんセンター臨床研究所)
鎌倉光宏(慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学)

11:10-12:30

セッションⅢ	行動サーベイランスとサーベイランスにおけるNGOの役割 座長 木原正博(神奈川県立がんセンター臨床研究所)
--------	--

11:10-11:50 ◆行動サーベイランスの理論と実際
Dr. Tim Brown (Program on Population, East West Center, Hawaii)

11:50-12:30 ◆HIV関連サーベイランスにおけるNGOの役割について
Dr.Calle Almedal (UNAIDS, Geneva)

12:30-13:10 昼食

13:10-16:10

セッションⅣ	今後の日本のHIV関連モニタリングのあり方に関する円卓討論 モデレーター 中谷比呂樹(厚生省エイズ疾病対策課) Dr. B.Schwartlander (UNAIDS, Geneva)
--------	--

(15:00-15:10 Coffee Break)

16:10-16:20 閉会の辞
木原正博(神奈川県立がんセンター臨床研究所)

THE 9TH WORKSHOP ON EPIDEMIOLOGY AND CONTROL OF AIDS

HIV/AIDS SURVEILLANCE: CURRENT SITUATION
AND FUTURE PERSPECTIVES

Date : February 9, 10, 1999

Venue : Tokyo International Forum, Yuraku-cho, Tokyo

February 9

OPENING SESSION

10:30-10:40 Opening Remark Dr.Shudo Yamazaki
10:40-10:50 Address Dr.Hiroyoshi Endo

PROGRAM

SESSION I: *GLOBAL AND REGIONAL PERSPECTIVE*

Chair Dr.Shudo Yamazaki

10:50-11:40

Current situation and global perspective of HIV/AIDS surveillance

Dr. Bernard Schwartlander
(UNAIDS)

11:40-12:30

Current situation and regional perspective of HIV/AIDS surveillance in Europe

Dr.François. Hamers
(European Center for the Epidemiol. Monitoring of AIDS)

12:30-13:20

Current situation and regional perspective of HIV/AIDS surveillance in Asia

Dr.Gilles Pומרol
(WHO/WPRO)

13:20-14:20 LUNCH

SESSION II-1: *COUNTRY REPORTS (1)*

Chair Dr.Seiichi Ichikawa

14:20-15:00

Australia

Dr. John Kaldor
(National Center in HIV Epidemiology and Clinical Research)

15:00-15:40

Canada

Dr. Jason Sutherland
(Div. HIV Epidemiol., Laboratory Center for Disease Control)

15:40-15:50 COFFEE BREAK

15:50-16:30

Denmark

Dr. Else Smith

(Dept. Epidemiol., Statens Serum Institute)

16:30-17:10

Germany

Dr. Osamah Hamouda

(Robert Koch Institute)

17:10-17:50

United Kingdom

Dr. Barry Evans

(Public Health Lab. Service AIDS Center, CDSC)

February 10

9:00-9:10 Address

Dr. Hiroki Nakatani

SESSION II-2: COUNTRY REPORTS (2)

Chair Dr. Mitsuhiro Kamakura

9:10-9:50

USA

Dr. Allyn K. Nakashima

(Surveillance Branch, Div. HIV/AIDS Prevention, CDC)

9:50-10:30

Thailand

Dr. Chuleeporn Jiraphongsa

(Div. Epidemiol., Ministry of Public Health)

10:30-11:10

Japan

Dr. Masahiro Kihara

(Dept. Epidemiol., Kanagawa Cancer Center Res. Inst.)

Dr. Mitsuhiro Kamakura

(Dept. Prev. Med. and Public Health, Keio University School of Medicine)

SESSION III: BEHAVIORAL SURVEILLANCE AND ROLE OF NGO/CBO

Chair Dr. Masahiro Kihara

11:10-11:50

Behavioral surveillance: its perspectives and role of action

Dr. Tim Brown
(Program on Population, East-West Center, Hawaii)

11:50-12:30

Role of NGO/CBO in HIV/AIDS surveillance

Dr. Calle Almedal (UNAIDS, Geneva)

12:30-13:10 LUNCH

SESSION IV : Advisory discussion on HIV/AIDS surveillance in Japan

13:10-16:10

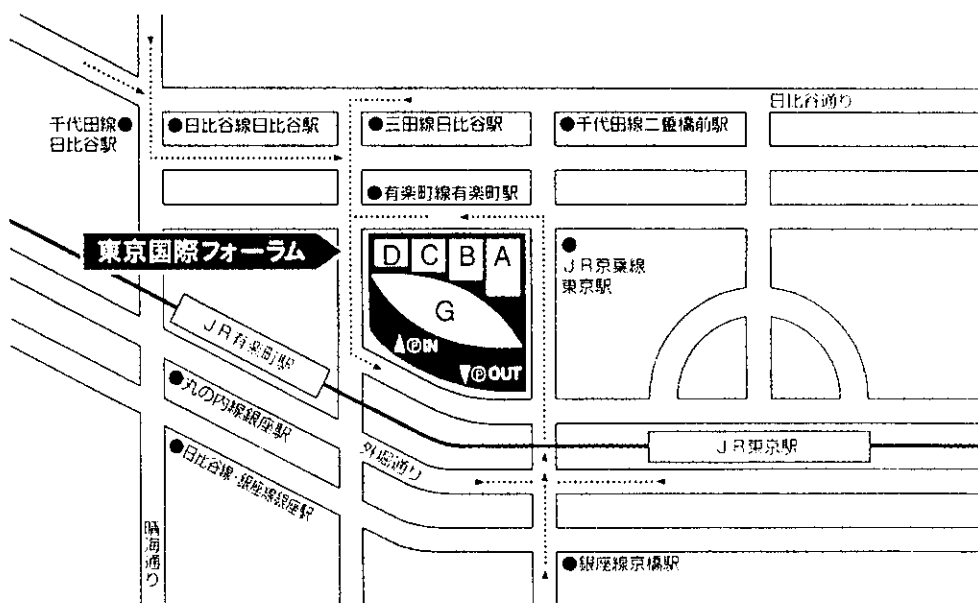
Moderator: Dr. Hiroki Nakatani

Dr. Bernard Schwartzlander

(15:00-15:10 COFFEE BREAK)

Closing remark

16:10-16:20 Dr. Masahiro Kihara



.....→ 乗換導入口 A: ホールA B: ホールB・レセプションホール C: ホールC D: ホールD・会議室 G: 会議室・展示ホールロビー

所在地: 東京都千代田区丸の内三丁目5番1号

〈交通のご案内〉

● JR線

東京駅より徒歩5分(京葉線東京駅と地下1階コンコースにて連絡)

有楽町駅より徒歩1分

● 地下鉄

有楽町駅より徒歩1分(地下1階コンコースにて連絡)

● 成田空港から

リムジンバスで東京駅まで80~90分

JR成田エクスプレスで東京駅まで53分

● 羽田空港から

モノレール浜松町駅まで23分

JR浜松町駅より有楽町駅まで4分

CURRENT SITUATION AND REGIONAL PERSPECTIVE OF HIV/AIDS-RELATED SURVEILLANCE IN EUROPE

Françoise F. Hamers, Andrea Infuso, Angela M. Downs, Jane Alix, Jean-Baptiste Brunet
European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, Saint-Maurice, France

I. INTRODUCTION

In Europe, reporting of AIDS cases has been the principal means of monitoring the HIV/AIDS epidemic. In particular, it has contributed, through back-calculation, to estimating HIV prevalence and past HIV incidence. However, with the advent of highly active antiretroviral treatment (HAART) in 1996, the usefulness of AIDS reporting data in monitoring the HIV epidemic has diminished because of the marked decrease in the progression rate from HIV infection to AIDS. Efforts are being made at country level to introduce or to improve existing HIV case reporting. These efforts are being echoed at European level where an HIV case reporting system is currently being set up.

II. HIV/AIDS-RELATED SURVEILLANCE OR SURVEYS

1. AIDS case reporting

Organisational and legal structures for surveillance

Reporting of AIDS cases was set up in European countries soon after the first cases were identified--in the early 1980s. At European level, AIDS surveillance started in 1984. A WHO-Collaborating Centre was created, which later became the European Centre for the European Monitoring of AIDS (CESES in French), located in Saint-Maurice, France. The number of countries participating in European AIDS surveillance increased from seven initially (all in western Europe) to 48 to date (among the 51 countries of the WHO European Region which includes Europe, the Central Asian Republics of the

former Soviet Union, Turkey, and Israel). The CESES is a WHO and UNAIDS-Collaborating Centre. It is primarily funded by the European Commission.

Participation in the European HIV/AIDS surveillance system is voluntary. The legal requirements for AIDS case reporting (i.e. voluntary or mandatory) vary by country (e.g., AIDS reporting is voluntary in Belgium and the United Kingdom [UK] and mandatory in France and Denmark) and do not appear to be a major determinant of the quality of the surveillance system.

Reporting system

AIDS reporting is a population-based surveillance system in all European countries (as well as at European level). One institution per country designated by the national health authorities send AIDS data to CESES every quarter. From 1999, the frequency of reporting will decrease to half-yearly. At country level, cases are reported either with a name (e.g. Denmark, Italy, Russian Federation) or with a code (e.g., France, Sweden). At European level, there is no case identifier, which has two major implications in terms of data management. First, no check for duplicate reporting (within or between countries) can be made. Second, because reports are subject to continual updates (follow up to death, reclassification of risk groups, etc), each country must send the whole database each quarter including all cases reported since the beginning of the epidemic rather than sending only information on newly diagnosed cases to be appended to the existing database. These national databases are merged to form the European Non-Aggregate AIDS Dataset (ENAADS).

The data reported at European level include: reporting country; age (at AIDS diagnosis); sex; date of AIDS diagnosis; date of AIDS report; transmission category; AIDS indicative diseases (a maximum of four diseases occurring within 2 months following AIDS diagnosis can be reported); type of virus (HIV-1 or HIV-2); date of first HIV positive test; vital status; date of death; date of death report. Not all countries are able to provide all the information for all cases, particularly date of first HIV positive test. Conversely, some information may be available at country level but not at European level. For example, information on pre-AIDS treatment is recorded (in different ways) only in some countries.

AIDS case definition and validation

The countries participating in the surveillance of AIDS in Europe use a uniform AIDS case definition originally published in September 1982¹ and revised in June 1985^{2,3} and August 1987^{4,5}. For adults and adolescents aged 13 years and over, the case definition was further revised in January 1993^{6,7}. The 1993 European AIDS surveillance case definition differs from the definition used in the USA in that it does not include CD4 lymphocyte count criteria. For children aged under 13 years, the case definition used in Europe is essentially the same as that used in the USA⁸.

Under-reporting (cases which will never be reported) is estimated to be around 15% at European level, ranging between 0 to 25% depending on the country⁹. Reporting delays (time between diagnosis of an AIDS case and report to national level) vary widely between countries and transmission groups. Overall, approximately one third of the cases are reported by the end of the quarter within which they were diagnosed, and between 10% and 15% are reported more than 1 year after diagnosis. European AIDS surveillance data are routinely presented by year of diagnosis with adjustments for reporting delays¹⁰.

Results of case surveillance

A cumulative total of 212 138 AIDS cases were reported in the WHO European Region by 30 June 1998. Sixty percent of all reported cases are known to have died.

AIDS incidence decreased for the first time in 1996 (-13%) and continued to decline in 1997 (-29%) and 1998 (~10%, preliminary data). Trends in AIDS deaths have paralleled those in AIDS incidence, with the number of reported deaths declining 10% in 1996 and 32% in 1997. Decreases in AIDS incidence were found in all the three main transmission groups: homo/bisexual men (1997: -36%), injecting drug users (IDU) (-32%), and heterosexually infected persons (-22%). Heterosexual contact accounts for an increasing proportion of new AIDS cases (22% in 1997 compared with 10% in 1990);

the number of new cases infected heterosexually has now become similar to that among homo/bisexual men. In several countries, heterosexual contact is now the second, or even the first, most important mode of transmission among new AIDS cases.

AIDS trends observed in the WHO European Region are driven by trends in western Europe which still accounts for over 90% of all AIDS cases diagnosed in recent years. AIDS incidence has declined in all countries of western Europe, although at different rates (e.g. 1997, France: -43%, Spain: -26%, UK: -20%, Portugal: -2%). In 1997, Portugal ranked second in AIDS incidence rate (85 cases per million population) after Spain (120) (Figure). The current decline in AIDS incidence is due, at least partly, to the impact of highly active anti-retroviral treatments (HAART) which became available in western Europe in 1996.

Despite the recent emergence of epidemics of HIV infection among IDU in several countries of the former Soviet Union, AIDS incidence has not substantially risen in this part of the European Region, except in Ukraine where nearly 200 AIDS cases were diagnosed in 1997 compared with only 20 in 1994.

Dissemination and actions which result

AIDS surveillance data are disseminated regularly through a quarterly report, *HIV AIDS surveillance in Europe* (1000 subscribers including public health researchers, policy makers, and other professionals; community, national, and international organisations) and via the Internet (www.ceses.org), and are presented in scientific meetings and in publications. A public version of the European AIDS data set is available upon request.

To our knowledge, there has not been any formal evaluation on actions resulting from the use of European surveillance data. Public health decisions are taken at country level; besides the setting up of a communicable disease surveillance system, the European Community has no power of decision in