

協力、さらに言えば、当事者自身による開発が必要であろう。

③そして、移住者に対して、医療提供の視点のみではなく、移住者の生活・労働環境を含めた包括的な視点とともに、移住者に対して協力的な体制を構築していく必要性である。さらにここでも、移住者当事者の参画が重要だと考えられる。④最後に、移住者の HIV/AIDS の問題の根本にあると考えられる移住者に対する偏見や人種差別・排斥感を緩和していくことが挙げられる。

イギリスとカナダの現状調査自体からは単純に導くことはできないが、人権という普遍的価値として認められている国際標準に照らし合わせれば、国籍や滞在資格にかかわらずすべての人が緊急医療を享受できるような体制の整備は最低限必要であるといえる。

## E. 結論

### I. 移住者に対する医療保障

日本の状況と同様に、イギリス、カナダにおいても、移住者、特に非正規移住者の健康に関する権利は、保障されていない。それは、移住者に対する健康そのものや、それに対する保健・医療制度・対策は、入国管理政策により常に大きく左右されるものであり、また、種々の要素により複雑に影響を受け、純粹に移住者の健康は、純粹に希求される状況には置かれていない現実がある。

これに対し、国際条約や規約など、普遍性が高いものを基準とし、問題解決に向けた検討が必要である。そもそも国際規約や条約の中心に置かれる人間としての権利そのものが普遍的なものである。この普遍的な基準を持つことにより、安定した議論・検討を重ねていくことができると考えられる。

他国の移住者に対する医療・保健制度は、種々の要因との関係から、状況が簡単に一変し

てしまう可能性があり、基準になりうるものではない。また、この不安定さは、移住者の健康に、利益をもたらすことはない。

たとえば、緊急医療であれば、「国籍・在留資格を問わない緊急医療の提供を保障すること」、入国時の強制HIV検査であれば、「人の移動が受け入れ社会へのHIV/AIDSの脅威を加算することはなく、受け入れ国の社会保障サービスへの負担が、移住者の存在によりもたらされる利益を上回る場合のみ、強制HIV検査は妥当とされる」が基準となる。この基準が決定され、はじめて、国家がどのようにその責務を明確に把握し、その責務に実現に対し、どのような可能性が存在し、どのように実現していくかを検討していくことができる。

## II. 移住者に対する HIV/AIDS 対策

HIV/AIDS や性的健康に対する意識向上のためのプロジェクトが多く取り組まれているものの、対策・介入の結果として得られる効果に関する考察は、数多くはつきりと示されているわけではない。そうである以上、移住者に対する HIV/AIDS 対策の議論の余地はまだまだ大きいと考えられる。それは、イギリス、カナダ、日本、どの国にとっても同様のように見える。今後も各国比較・検討や個別の取り組みの検討・比較を通じて、様々な介入方法の長所や短所が明らかにしていく必要がある。

## F. 謝辞

当研究の実施にあたっては、厚生労働省「エイズ対策研究事業」の助成を頂きました。貴重な時間を割き、アンケート調査にご協力頂いた皆様には厚く御礼申し上げます。

附録 1 WHO 報告書 **International Migration, Health and Human Rights**<sup>11</sup> より、イギリスと

## フランスの移住者医療政策の相違に関する記事の抜粋<sup>39</sup>

非正規移住者に関して、各国政府が追求する目標には、大きな共通性が存在する。しかし、政府の政治的または法的対応には、大きな相違が存在しうる。フランスとイギリスの経験はこのことを示し、保健・医療と人権に関し、明確な関わりを持つ中で、非正規移住者の社会権に関する問題に異なるアプローチをたどっている。

フランスは、1893年の法律の可決から過去1世紀以上にわたり、伝統的に、社会的弱者のコミュニティに対し、法的地位や国籍に関わらず、保健・医療への無料のアクセスを保証してきた。1999年にも、フランス議会は、普遍的医療保障制度 *Conventure Maladie Universelle (CMU)* の導入を可決した。CMUは、経済的に恵まれない者すべてを対象とし、その保健・医療への平等なアクセスを提供することを目的としたものである。CMUは、安定かつ正規の居住性に基づいた保健・医療へのアクセスの保障を規定しており、したがって、非正規の移住者は省かれた。これに対し、非正規移住者に対する無料相談、治療、処方、国家医療援助 *AME: Aide Medicale de l'Etat* を通じて、維持された。しかし、2002年の法律改正により、AMEの受益者には、自らの治療費に対し、何割かの負担が求められるようになった。これにより、不安が創り出され、非正規移住者の医療へのアクセスを滞らせ、脆弱性を悪化させると考えられた。政府は、そのような強烈的な批判に面して、AMEの改編の実施を一時凍結した。非正規移住者への医療・保健の提供に関する政府の義務が認知されているにもかかわらず、現実的には様々な問題がアクセスを阻害している。それは、移住者コミュニティに情報が行き渡ってなく、認知されていないことや、送還への恐怖、複雑な過

程、病院資源に置かれる重い負担などが挙げられる。

一方、イギリスは、非正規移住者の健康権を法的には明確にしないという異なるアプローチを取った。イギリスの *National Health Services (NHS)* の受給資格は、イギリスでの定住者 (*Ordinarily resident*) であるかどうかに基づく。非正規移住者は、海外訪問者 (*Overseas Visitor*) とみなされ、原則的には、医療サービス費用を負担し、また、NHSによる治療は制限される。この際、緊急医療以外の医療に関し、NHSを通して治療の提供がなされるか、患者個人の自己負担として治療が提供されるかどうかは、GPに判断が任されている。多くの非正規移住者は自己負担患者となつては、支払いができない。

フランスもイギリスも、政治的かつ法的実践の中で、非正規移住を広く経験されている。しかし、おのおののシステムにおいても、非正規移住者の保健・医療へのアクセスは不十分なものである。フランスの法律が、複雑で限定的なスキームのみを通してアクセスを認めたことで、非正規移住者にスティグマを与え、一方、イギリスの法律は、問題を不明確にしたことで、保健・医療へのアクセスを不確かなものとした。

## 附録 2 イビドゥン・ファコヤ氏 (Ms. *Ibidun Fakoya, MSc.*) に対するインタビュー要旨採録

イビドゥン・ファコヤ氏はナイジェリア系イギリス人で、主に「アフリカ人 HIV 調査フォーラム」 (*African HIV Research Forum*) という組織において、イギリスに在住するアフリカ系の移住者と HIV/AIDS に関する調査、HIV/AIDS 予防・啓発事業を実施する NGO のトレーニング、およびプロジェクト評価に携わっている。

本研究では、文献調査に加え、イギリスで具体的に移住者と HIV/AIDS 問題に関与しているファコヤ氏を招へいし、インタビュー調査およびイギリスにおける移住者への HIV/AIDS 対策に関するプレゼンテーションを実施した。以下は、このうちのインタビューの要旨を採録したものである。

## **I. インタビューの実施に関する基本情報**

- 1.実施日時：2004年12月1日
- 2.実施場所：（特活）日本国際ボランティアセンター会議室 東京都台東区東上野 1-20-6 丸幸ビル2F左
- 3.質問者：鶴田浩史、小松隆一、枝木美香、稲場雅紀

## **II. イビドゥン・ファコヤ氏紹介**

イビドゥン・ファコヤ氏 (Ms. Ibidun Fakoya, MSc.) はナイジェリア系イギリス人で、ロンドン大学ユニヴァーシティ・カレッジ (University College London) の「移住の民族性と性的健康プログラム」 (Migration Ethnicity and Sexual Health [MESH] Programme) の調査執行担当者 (Research Administrator) であり、「アフリカ人コミュニティ HIV 調査プログラム」 (African Communities HIV Research Programme) と「アフリカ人 HIV 調査フォーラム」 (African HIV Research Forum) の事業の執行に責任を負っている。また、「全国アフリカ人 HIV 予防プログラム顧問委員会」 (National African HIV Prevention Programme Advisory Committee) の委員でもある。なお、ロンドン大学熱帯医学学校 (the London School of Hygiene and Tropical Medicine) で環境疫学と政策で理学修士号 (Master of Science) を取得している。

## **III. インタビュー内容**

### **a. イギリスに住む移住者の生活状況**

イギリスはインド系、トルコ系、アフリカ系など多くの移住者人口を抱えており、ファコヤ氏が中心的に関わっているのはアフリカ人コミュニティである。イギリスにいる数多くの移住者コミュニティのうち、HIV 問題の影響を最も受けているのはアフリカ人のコミュニティであるといえる。

アフリカ人コミュニティも、1960年代に旧英連邦諸国から移り住みそのまま定住した人もいれば、最近になって留学を目的に来た人もいる。留学生も卒業後、超過滞在となってもイギリスに住み続ける人は多い。

感染動向をみると、17,000人のアフリカ人が HIV 陽性者としてイギリスに在住している。その大部分はアフリカで感染したと思われる。

### **b. 在留資格**

アフリカ人の多くは、学生ビザで渡英する。その後、卒業後に難民申請をするケースも多く存在する。しかし、この難民申請は却下される場合が多く、その後、非正規移住者としてイギリスに残り、ウエイトレス、清掃係などの低賃金労働者として働く場合が多い。これらの移住者は登録されていないため、政府は非正規移住者の実体を十分把握していない。これらの非正規移住者は、基本的には医療サービスを受ける資格は有しておらず、社会福祉の対象ともならない。

### **c. 滞在期間と医療サービス受給権の関係について**

学生であれば、イギリスに6ヶ月以上住むと医療サービスを受けることができるようになる。もしくは、合法的に12ヶ月以上イギリスに住むと無料で医療を受けることができるようにな

る。滞在資格は 20 種類くらいあり、労働許可がある場合、家族が住んでいる場合などが含まれる。

NHS は、定住者に対しては、医療を無料で提供している。ただし、定住者でなくても、合法的に滞在している場合は、緊急医療、結核などの感染症への治療を無料で受けることができる。

非正規移住者であっても、HIV に関しては、検査とカウンセリングは誰でも無料で受けられる。しかし、HIV の治療を受けることはできない。政府は医療従事者に対して、診察に訪れた人の在留資格を確認しなければならないと指導しているが、医療の現場では、診察拒否は倫理に反することから、在留資格のない者に対しても無料で治療を施す医師もいる。この場合、NHS が後からクレームをつけることはない。なお、合法的滞在者は HAART を含む HIV 診療を無料で受けることができる。

#### d. 外国人の滞在に関わる HIV 強制検査

イギリスでは、外国人の滞在に関わる HIV 強制検査は行われていない。ただし、メディアの扇動により、外国人がイギリスにおける HIV 感染を広めているという風評が広がったことがある。そのため、2003 年にイギリスの NGO・CBO が共同して、強制検査を行うべきでないという報告書を編集・発表した。政府側は 2003 年にこの件に関して国会諮問を行ったが、結果はいまだに報告されていない。今後の見通しとしては、滞在に関わる HIV 強制検査をすることによる経済的なメリットは低く、実施される可能性は少ないだろうと予測される。

#### e. 欧州人権規約第 3 条と移住者の在留権

難民申請者については、もしイギリスで申請が却下されても、母国で治療を受けることが不

可能な健康上の問題を抱えている場合は、イギリスの在留権を得ることができるようになった。

#### f. 非正規移住者への対応

一例として、留学生としてイギリスに来て、卒業後もホテルのポーターをやりながら生活していたアフリカ人男性について述べたい。もし彼または彼女が、徐々に体調が悪くなり、一度路上で倒れたとする。その時に友人が病院へ連れて行く。病院で、彼は第一次診療を受けることができる。また、HIV の疑いがある場合、抗体検査を受けることもできる。しかし、それで例えば結果が CD4 が 200 以下であった場合、医師はそこで治療を中断することになる。これは典型的な例である。病院が医療費がかかることを告げた場合、患者としては、a) 難民申請者は無料で治療を受けることができることから、難民申請を行う、b) 母国に帰る、c) 行方不明になる、というパターンが多い。

#### g. 病院の入管への通報義務

詳細についてはデータを持っていないが、一般には、守秘義務が優先されるのが通常である。

#### h. 医療費を最小限にするような法律や福祉の存在

現状の制度では、医療費を減少させるような社会保障制度はない。難民申請者は無料で治療を受けられるので、難民申請をする場合が多い。ただし、難民申請は可能な限りにおいて迅速に行うべきとされているので、認められるケースは少ない。病院のソーシャルワーカーが手続きを助けることはあまりない。外国人支援を行っている NGO を紹介する程度に限られている。

#### i. アフリカ人コミュニティにおける活動の困難さ

イギリスでアフリカ人コミュニティの HIV/AIDS 問題と性的健康に関して活動する NGO の連合組織として、アフリカ HIV 政策ネットワーク (The African HIV Policy Network: AHPN) がある。この組織には、アフリカ人コミュニティで活動する CBO が約 150 団体加盟している。その中で、アフリカの地域ごとに「アフリカ保健フォーラム」 (Africa Health Forum) を組織し (現在 13 のフォーラムが存在)、顧問グループを設置している。それによって同じコミュニティの人々にアウトリーチし、保健の促進キャンペーンを行っている。パーティ、ワークショップ、セミナーの開催などをおこない、コミュニティ内の HIV に関する意識を高めている。

一方、南アジア・中東・北アフリカおよびアフリカの角地域、さらにラテンアメリカ出身者の HIV/AIDS について取り組む組織として、ナズ・プロジェクト・ロンドン (Naz Project London) がある。この組織は、黒人のコミュニティの性的健康についての意識を高める活動を実施している。

多言語、多文化に対応した HIV に関する啓発パンフレット、ポスターなどは数多くある。これらの教材は NGO が制作しているが、資金は政府が助成している。

全国アフリカ人 HIV 予防プログラム (National African HIV Prevention Programme : NAHIP) が受け皿となり、パートナー団体の NGO と共に HIV のケアや予防キャンペーンを共に行っている。この組織はアフリカ HIV フォーラムの中にある組織であるが、資金は政府から NAHIP を運営するために年間 40 万ポンド (およそ 8000 万円) が提供されている。(ちなみに、同性愛者のための組織として CHAPS というグループがあるが、同じようにゲイメンの

ための組織である CHAPS は 130 万ポンドが予算として提供されている。)

プライマリー・ケア・トラスト (Primary Care Trust) も保健省からの予算を受けて、自由にプライマリー・ケアのための活動を行っている。また、カムデン (CAMDEN : ロンドン中央部の地方行政区) などもやはり HIV に関するブックレットなどを多数作って配布している。

パンフレットなどは、ターゲットを絞らないとメッセージが伝わらない。黒人のコミュニティに対しては、黒人のコミュニティの言葉、文化を重んじたものをつくるのが大切である。

他の民族に対する同じようなプロジェクトは少ない。HIV に関しては、アフリカ人が突出して感染者数が多いためである。しかし Naz Project (先述) は南アジア・中東系以外の他民族に対しても働きかけている。

#### j. コミュニティ活動の評価

多くのプロジェクト評価されないままにいる。

例えば、CAMDEN はクラブアフリカ (Club Afreaka) というとてもユニークで創造的なヘルスプロモーションを行っているが、プロジェクトの評価は適切にはなされていない。プライマリー・ケア・トラストは、政府から資金を得てたくさんの活動を実施しているが、評価されることはない。

NAHIP の活動はアフリカ HIV 調査フォーラムが評価を行う。構造評価を行った。NAHIP の活動には、a)アフリカ人コミュニティにおける HIV への意識を高める、b)アフリカ人用エイズホットラインを広める、c)HIV 感染を減少させるという 3つの目的があるが、三番目は評価が難しいので最初の二つについての評価となった。プログラム構成、キャンペーンのアプローチなどを調べ、利害関係者や助成団体に電話インタビューを行い、キャンペーンの前後にとつ

たアンケート結果を参考にし、感想文なども使った。アフリカ人コミュニティの評価活動の難しさは、外部の人間はアフリカ人コミュニティの文化やコミュニティのあり方を理解していないことが原因である。一度、評価に関するトレーニングを行ったこともある。ナズ・プロジェクト・ロンドンは大きな組織であり、毎年評価をおこない年次報告書にまとめて出版している。

イギリスでは、コミュニティ活動に関する評価は必要条件とされていない。行うか行わないかはそれぞれの団体の判断による。助成財団の意向も様々である。NAHIP は、助成金を継続して得るためには必ず評価を行わなければならないことになっている。一方、プライマリー・ケア・トラストの場合、政府から助成金をもらう際には評価が義務づけられていない。小規模な団体は、次年度に助成金を得るためにも活動評価を行わなければならないのが通常である。

#### k. アフリカ人の人口

イギリスにおいては全体の 2%程度であるが、HIV 感染者数を見ると 28%をしめている。現状では、アフリカにある NGO とのネットワークは積極的には行っていない。

#### l. アフリカ人コミュニティと VCT

アフリカ人のコミュニティでは、VCT に行くことは必ずしも一般的でない。症状が出ていない場合で HIV 陽性とわかるのは、多くの場合は妊婦検診によってである。VCT は、現在三カ所で NGO が実施してパイロットプロジェクトが進められている。一カ所は VCT を行っている NGO の事務所で、二つ目はスポーツセンターに、三つ目は、ヘルスセンターのような施設の中に設置している。イギリスで検査を受けたい場合は、GMU クリニックか、開業医のところ

へ行くのが普通。そこでカウンセリングも受けることができる場合が多い。

#### m. 通訳制度

医療通訳を政府機関が派遣する特別な制度はないが、通訳企業が病院に派遣している。病院から会社に依頼が行き、指定された日時に指定された言語の通訳が派遣される。費用は NHS が通常、負担する。しかし、必ず NHS が負担するとは限らない。通常、子ども（移民二世）が英語と母国語の両方をしゃべれる場合が多いので、子どもが通訳をすることが多い。しかし性感染症に関わる医療通訳の場合、子どもに通訳をさせるのは不適切だという意見もある。この制度は NHS が適用される患者には使えるが、適用されない患者は使えない。結局、医師の判断に寄るところが多い。滞在資格を聞かないで NHS を適用して治療を行う病院も多い。通訳派遣に関しては、ロンドン市内はかなり充実しているが、難民申請者の場合、全国に分散化されることになっているので、地方に送られた人たちは、通訳の確保やコミュニケーションにかなり苦勞しているであろうことは想像に難くない。（以上）

#### 注釈および参考文献

<sup>1</sup> インタビュー内容採録は、本論文附録 2 を参照。

<sup>2</sup> Health Protect Agency “*Focus on Prevention – HIV and other Sexually Transmitted Infections in the United Kingdom in 2003*” (2004)

<sup>3</sup> Home Office, UK, “*Control of Immigration: Home Office Statistical Bulletin*” (2004)

<sup>4</sup> Office for National Statistics, Census, UK, April 1991 and 2001, cited in *Ethnicity of Population and*

Migration of National Statistics Online  
(www.statistics.gov.uk)

<sup>5</sup> 附録 2-III-a を参照。

<sup>6</sup> All-Party Parliamentary Groups on AIDS,  
“*Migration and HIV: Improving Lives in Britain – An Inquiry into the impact of the UK Nationality and Immigration System on People Living with HIV*” (2003)

<sup>7</sup> 中石朋美、木村和子、金沢大学自然科学研究科  
修士論文 “HIV 感染外国人への医療体制の改善  
に関する研究—超過滞在・資格外就労外国人及  
び難民—” (2003)

<sup>8</sup> 附録 2-III-d を参照。強制検査を求めているのも  
一部のイギリス市民社会。

<sup>9</sup> Platform for International Cooperation on  
Undocumented Migrants, “*Right to Health Care for  
Undocumented Migrants in the UK*”  
(www.picum.org/Documentation/UK/BSRukhc.htm)

<sup>10</sup> Lucy Gardener, Naz Project London “*HIV/AIDS  
care and support for migrants in the UK*” chapter  
from *HIV/AIDS Care and Support for migrants and  
ethnic minority communities in Europe, AIDS &  
Mobility*” (2000)

<sup>11</sup> WHO, “*International Migration, Health and  
Human Rights*” (2003)

<sup>12</sup> 附録 2-III-f を参照。

<sup>13</sup> セントキッツ島は、カリブ海の島嶼国セント  
クリストファー・ネイビス連邦の領土を構成  
する主要な島の一つである。

<sup>14</sup> D v. *United Kingdom* 24 EHRR 423 (1997)

<sup>15</sup> Ivan Wolfers and Nel van Beelen, “*Vulnerable  
populations like Migrants and HIV/AIDS*” 第 1 6  
回日本エイズ学会学術集会・総会 公開国際シン  
ポジウム講演論文 (2002)

<sup>16</sup> European Project AIDS & Mobility, “*Access to  
Care: Privilege or Right? – Migration and HIV  
Vulnerability in Europe*” (2003)

<sup>17</sup> 附録 2-III-i を参照。

<sup>18</sup> 附録 2-III-i を参照。

<sup>19</sup> 附録 2-III-i を参照。

<sup>20</sup> 附録 2-III-i を参照。

<sup>21</sup> 附録 2-III-i を参照。

<sup>22</sup> Citizenship and Immigration Canada, “*Facts and  
Figures 2002- Immigration Overview*” (2003)

<sup>23</sup> Kinnon D, “*Canadian Research on Immigration  
and Health, Ottawa*”, Health Canada (1999)

<sup>24</sup> Health Canada, “*HIV/AIDS EPI Updates*” (2004)

<sup>25</sup> Health Canada, “*HIV and AIDS in Canada –  
Surveillance Report to December 31, 2003*” (2004)

<sup>26</sup> Public Health Agency of Canada, “*Leading  
Together- An HIV/AIDS Action Plan for All  
Canada-Draft*”, 正式版は 2005 年 2 月発行予定

<sup>27</sup> Canadian HIV/AIDS Legal Network, “*Questions  
& Answers- Canada’s Immigration Policies as They  
Affect People Living with HIV/AIDS*” (2003)

<sup>28</sup> Alana Klein, Canadian HIV/AIDS Legal Network,  
“*HIV/AIDS and Immigration Final Report*” (2001)

<sup>29</sup> The Committee for Accessible AIDS Treatment  
(CAAT), “*Improving Access to Legal Services &  
Health-Care For People Living with HIV/AIDS Who  
are Immigrants, Refugees or Without Status*” (2001)

<sup>30</sup> 木村和子, “*第 14 回国際エイズ会議参加報告  
書*” (2002) (api-  
net.jfap.or.jp/siryu/report/2002/repo\_04.htm)

<sup>31</sup> Interagency Coalition on Aids and Development  
“*HIV/AIDS and African and Caribbean  
Communities in Canada*” (2002)

<sup>32</sup> The Committee for Accessible AIDS Treatment,  
“*Resource Listing of Services for Newcomers  
Living with HIV/AIDS*” (2003)

<sup>33</sup> Ottawa Canadian AIDS Society, “*Ethno-cultural  
Communities and HIV/AIDS: Inventory of Targeted  
Programs and Services*” (1998)

<sup>34</sup> 移住労働者と連帯する全国ネットワーク、  
“*「多民族・多文化共生社会」に向けて—包括  
的外国人政策の提言・2002 年版—*” (2002)

<sup>35</sup> Canadian HIV/AIDS Legal Network, “*Statement  
re: 16<sup>th</sup> International AIDS Conference (Toronto  
2006) – Entry into Canada for people living with  
HIV/AIDS*”

<sup>36</sup> UNAIDS/IOM, “*UNAIDS/IOM Statement on  
HIV/AIDS-Related Travel Restriction*” (2004)

---

<sup>37</sup> WHO, Report of the Preparatory Meeting for a Consultation on Long Term Travel Restrictions and HIV/AIDS, Global Programme on AIDS (1994)

<sup>38</sup> International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of their Families (2000)

<sup>39</sup> Sylvie Da Lomba, "*Fundamental social rights for irregular migrants: a case study of irregular migrants' right to health care in France and England*", University of Leicester, U.K., paper delivered to conference titled Irregular Migration and Human Rights Conference (2003)



## イギリスおよびカナダにおける MSM (Men who have Sex with Men) を対象とした HIV 予防対策

研究協力者 日高庸晴 (京都大学大学院医学研究科、財団法人エイズ予防財団)  
小松隆一 (国立社会保障・人口問題研究所)  
分担研究者 池上清子 (国連人口基金東京事務所)

### 研究要旨

わが国における HIV 感染の拡大が懸念される MSM (Men who have Sex with Men) を対象とした HIV 予防介入・対策において、米国の研究では Opinion Leader theory を理論的背景としたモデルによる予防介入研究が HIV 感染リスク行動の低減に寄与するといった報告があるが、イギリスの場合は全ての研究が成功例となったわけではない。介入実施者側の問題、対象集団の地域性や文化的差などによって、同じモデルを適用した予防介入プログラムであっても顕著な介入効果が観察される場合とそうではない場合の両方が認められる。また、カナダのオンタリオで行われたコミュニティベースの予防介入の効果評価研究では、HIV 予防キャンペーンを行った地域に在住する MSM に行動変容が確認された。こうしたコミュニティベースの予防介入は必要であると考えられる一方、わが国では同様の生活空間としてのコミュニティは存在しないため、予防介入実施後の効果評価を行う際には、介入プログラムの曝露を受けた者を十分に取り込めるような、より綿密な研究デザインが必要と考えられる。これらのことは、行動変容に関する行動理論を援用した上で個人の持つ認知に訴えとともに、よりテイラー・メイドされた介入プログラムの策定が必要であるということを示唆している。

#### A. 研究目的

わが国においてサーベイランス開始以来依然として HIV 感染の拡大が懸念される MSM (Men who have Sex with Men) を対象とした HIV 予防介入・対策に資するために、イギリス・カナダにおける MSM を対象とした予防対策の取り組みについて、研究論文および政策面から検討することを目的とする。

#### B. 研究方法

イギリス：医学論文のデータベースである PubMed およびイギリス政府関連のホームページを通じて得られた論文や文書、疫学データなどをもとに、イギリスにおける MSM を対象とした予防介入研究に関してレビューを行った。PubMed による文献検索にあたっては HIV, Prevention or

Intervention, Gay, U.K. をキーワードに用いた。予防介入研究に関する文献は、介入の前後でその効果を評価している準実験的研究デザインあるいは RCT (Randomized Controlled Trial) による研究をレビューの対象とした。

カナダ：医学論文のデータベースである PubMed およびカナダ政府やカナダ国内のエイズサービス団体 (NGO 等) などのホームページを通じて得られた論文や文書、疫学データなどをもとに、カナダにおける MSM を対象とした行動疫学研究、予防介入研究および政府の施策に関してレビューを行った。レビューにあたっては、HIV 予防介入に関する論文などはデータベースで十分に散見することが出来なかったため、A 型肝炎や B 型肝炎に関する行動疫学研究も含めた。

### C. 研究結果

#### イギリス

##### 行動疫学調査

グラスゴーとエジンバラにおける 2,276 人の MSM を対象とした質問紙による行動疫学調査<sup>1</sup> (研究実施時期 1995 年 12 月～1996 年 11 月) では、全体の 75% が過去 1 年間に AI (Anal Intercourse) の経験があり、うち三分の一は過去 1 年間に 1 人のセックスパートナーであったが、42% は複数のセックスパートナーとの AI があった。多変量解析の結果、過去 1 年間に STI 既往がある者 (AI 経験者のうち 97%) はそうではない者より 2.4 倍 UAI (Unprotected Anal Intercourse) 経験割合が高かった (Odds ratio: 以下 OR=2.42、95%信頼区間: 以下 95%CI=1.65-3.55)。その他に、多変量解析の結果 UAI に有意な関連があった項目は、学歴 (OR=0.71、95%CI=0.54-0.92)、“ゲイシーン”にあまり行かないこと (OR=1.48、95%CI=1.00-2.18)、これまでに HIV 抗体検査受検歴があること (OR=1.40、95%CI=1.04-1.87) などであった。

ロンドンのスポーツジムで 4 年連続実施された行動疫学調査<sup>2</sup> (研究実施時期 1998 年～2001 年) では、研究参加者の HIV 感染状況、過去 3 ヶ月間における UAI などについて経年的に観察された。その結果、5～7 ヶ所のスポーツジムにおいて、HIV 陽性割合は 14.1%～16.2% であり、HIV 感染状況を知らない相手あるいは感染状況が異なる相手との UAI 経験割合は、HIV 陽性者では 14.9%～38.8%、HIV 陰性者では 6.8%～12.1%、HIV 抗体検査未受検者では 2.1%～8.8% であった (表 1)。

表 1. UAI 率の年次推移 (抜粋)

	1998		1999		2000		2001	
	n	%	n	%	n	%	n	%
感染状況が異なる相手との UAI								
全体	121	14.5	106	16.8	136	18.4	174	23.6
カジュアルな相手との UAI								
HIV 陽性	18	15.3	15	14.9	23	19.2	45	38.8
HIV 陰性	33	6.8	40	10.1	49	10.7	53	12.1
抗体検査受検なし	5	2.1	6	4.5	14	8.8	14	7.7

また、三分の一以下は HIV 感染に対して楽観的であり、楽観的な HIV 陽性者および陰性者は他の者に比べてより UAI 経験割合が高かった。しかしながら UAI の経年的な上昇と楽観主義の関連は認められなかった。なおこの研究では個人情報 的 経 年 的 結 合 は 行 っ て い な い (unlinked individual questionnaires over time)。

ロンドンのジムにおいて 743 人のゲイ男性を対象に実施された質問紙による行動疫学調査<sup>3</sup> (研究実施時期 2000 年 1 月～2 月) では、全体の 80.9% がインターネットにアクセスしたことがあり、34.4% はセックスパートナーを見つける手段としてインターネットを活用したことがあった。インターネットを介してセックスパートナーを見つけることと HIV 感染状況 (121 人が HIV 陽性、465 人が HIV 陰性、157 人が抗体検査未受検) に有意な関連はなかった。インターネットでセックスの相手を見つける HIV 陰性の方は、過去 3 ヶ月間において HIV 陽性者あるいは HIV 抗体検査未受検者との UAI 経験割合が高く、インターネットでセックスの相手を見つける HIV 陽性の方は、インターネットでセックスの相手を見つけられない陽性者と比較して UAI 経験割合が高かった。また、インターネットでセックスの相手を見つける人の性感染症の既往割合は高かった (HIV 陰性の人 26.9% vs. 17.5%)。

ロンドンのジムでリクルートされた 879 人のゲイ男性と、インターネットを通じてリクルート

された1,218人を比較した質問紙による行動疫学研究<sup>4</sup>によると、インターネット群は、男性とだけの性経験割合は低く、男性とリレーションシップがある割合が低く、HIV抗体検査受検割合が低いことなどが示された。また、インターネット群はより若い傾向にあり、低学歴傾向であり、性行動面ではUAI割合が高く、インターネットを通じてセックスの相手を探す割合も高かった。

### 個人レベルおよびコミュニティレベルの 予防介入研究

#### スポーツジムでのピア・エデュケーション

Diffusion of innovation model および Popular Opinion Leader (POL) の活躍が期待される Opinion Leader theory を理論的背景としたピア・エデュケーションがロンドンのスポーツジムで実施された<sup>5</sup> (研究実施時期 1997年9月~1999年4月)。研究の目的はピア・エデュケーター(以下、ピア)を通じて HIV 感染リスク行動の低減の働きかけを行うことと、タンパク同化ステロイド (anabolic steroids: 筋肉増強剤の一種) 注射の実態について明らかにすることであった。本研究の対象となったジムに通う男性の91%が単一のジムを利用していると回答した。また、ジムにおけるゲイ男性の割合は正確には判らないが、あるひとつのジムは極端にゲイ男性が多いと考えられ、男性会員の40~90%がゲイ男性であると推定された。研究の実施にあたって介入群として5ヶ所、統制群として1ヶ所のスポーツジムが設定され、質問紙によるベースライン調査の後に研修を受けた27人のピアが介入を行った。介入期間は5ヶ月間であり、ひとりのピア・エデュケーターが少なくとも20人のゲイ男性に性的健康や HIV 感染リスク行動の低減について話しかけた。介入後の6ヶ月、12ヶ月、18ヶ月経過した時点で質問紙によるフォローアップ調査を実施することによって介入の効果評価を行った。質問紙の回収数はフォローアップの時期によって異なり、

それぞれ1,000部、916部、720部であった。効果評価の段階で測定された変数は1) 過去3ヶ月間における HIV 感染状況を知らない者との UAI の実態、2) HIV 抗体検査受検率、3) 過去6ヶ月間における注射針・器の共有状況であった。その結果、フォローアップされた者の属性は年齢の中央値は33歳、90%が白人であること、90%が就労中、70%が大学卒であった。HIV 抗体検査受検率については、ひとつの介入群ではベースライン時と比較して18ヵ月後のフォローアップ時に有意に受検率が上昇していたが (73.0%~79.6%、 $P=0.02$ )、この上昇は介入群と統制群同様に見られたものであった。HIV 感染状況が不明な者との UAI 経験割合も、介入群および統制群の双方において有意な変化は認められなかった。また、ステロイド注射経験割合は介入群・統制群ともに介入期間中に上昇傾向にあったが、注射針・器の共有をした者は6ヶ月後のフォローアップ時にはおらず、12ヶ月後と18ヶ月後に1名だけが介入群において観察された。

#### ゲイ・バーでのピア・エデュケーション

グラスゴーで実施されたゲイ・バーベースの予防介入研究<sup>6</sup>では、42人のピアが揃いのユニフォーム (Tシャツ、ジャケット、靴) で装い、ゲイ・バーでセクシュアル・ヘルスについて話しかけた。9ヶ月間の介入期間においてピアはグラスゴー地区の5つのゲイ・バーで1,484人に接触することが出来た。接触の際に語られた話題はセクシュアル・ヘルスに関連する健康問題全般に渡り、B型肝炎ワクチン、HIV 抗体検査や STI、コンドームや潤滑剤などに関することであった。

介入を行った7ヶ月後に実施した質問紙調査には1,442人のゲイ男性が回答した。その結果この介入プロジェクトを実施した Gay Men's Task Force (GMTF) のシンボルマークを知っている者は半数近くの42%にのぼり、36%は GMTF の略語の意味を正確に答えることが出来た。全体の

32%は少なくとも一度はピアとの会話があったと答え、そのうち53%は一度だけ、47%は二度以上の接触があったと答えた。ピアとの接触があった者の49%は性的健康や性行動について考え、26%はピアとの会話ののちに性行動に変化があったと報告されている。

ピアとの会話と関連があった項目はB型肝炎のワクチン接種(OR=1.66、95%CI=1.32-2.11)、HIV抗体検査受検(OR=1.32、95%CI=1.04-1.66)、過去1年間のHIV抗体検査受検(OR=1.43、95%CI=1.09-1.88)、STIの既往(OR=1.69、95%CI=1.12-2.54)、泌尿器系クリニックの利用(OR=2.25、95%CI=1.73-2.93)などであった。また、こういった介入効果はピアとの接触が多い方がより効果があった。

#### グループレベルの予防介入研究

STI感染の減少を目的として認知行動療法のアプローチを用いたRCT(Randomized Controlled Trial)による介入研究<sup>7</sup>がロンドンのセクシュアル・ヘルス・クリニックを基盤に実施された(研究実施時期:1995年9月~1997年11月)。343人の研究参加者は無作為に介入群と統制群に割り付けられ、介入群には標準的なケア(約20分間の性的リスク行動に関する個別カウンセリング)に加えて、介入プログラムとして1日のワークショップが盛り込まれ、6ヶ月後と12ヶ月後に郵送式の質問紙によるフォローアップ調査が行われた。この介入プログラムの実施に用いられた行動理論は、Transtheoretical model of behavioural change<sup>8</sup>、Model of relapse prevention<sup>9</sup>、Social learning theory および Motivational interviewing<sup>10</sup>である。フォローアップの結果、介入群の過去1ヶ月間のUAI割合はベースライン時37%であったが、6ヶ月後は24%、12ヶ月後は27%であった。また、行動変容のステージの移行割合は、ベースライン時の介入群の「行動期」割合は59%、統制群は61%、6ヶ月後ではそれ

ぞれ73%、57%へと有意な変化があった。しかしながら12ヶ月後のフォローアップ時の新規STI既往は介入群で31%、統制群では21%であった。

#### カナダ

##### 行動疫学研究

1996年10月、カナダのケベック州のモンリオールにおいてOmega Cohortと呼ばれるコホート研究が開始された。この研究はモンリオールのMSMにおけるHIV発生率とHIV感染に関連する心理・社会的要因を明らかにすることが目的であった。1997年末のベースライン調査の結果<sup>11</sup>によると、研究登録者数は810人であり、属性は年齢の中央値33歳(最低年齢16歳-最高年齢73歳)、74%が独身、44%が大卒、45%が社会人、20%が学生であった。年齢が29歳以下(355人)と30歳(455人)以上の性行動の違いは、30歳以上は過去6ヶ月間にサウナでセックスをした割合が高く(34% vs. 52%)、5人以上のカジュアルパートナーのいた割合は高く(30% vs. 44%)、レギュラーパートナーとアナルセックスをした割合が低いことであった(68% vs. 54%)。ロジスティック回帰分析の結果、過去6ヶ月間におけるカジュアルパートナーとの無防備なアナルセックスに関連があった項目は、男性のセックスパートナーと同居していないこと(Prevalence Odds Ratio: 以下POR=7.1、95%信頼区間: 以下95%CI=2.3-27.0)、これまでにレギュラーパートナーと無防備なアナルセックスをしたこと(POR=5.4、95%CI=2.4-13.2)、過去6ヶ月間に5人以上のカジュアルパートナーとセックスしたこと(POR=10.9、95%CI=5.5-23.1)、カジュアルパートナーとのアナルセックスの前のアルコールあるいは薬物の使用(POR=3.2、95%CI=1.5-6.7)、性的な出会いをうまく処理する行動統制感が低いこと(POR=1.1、95%CI=1.1-1.3)であった。

B型肝炎の有病率を推定することを目的とした行動疫学研究<sup>12</sup>がモントリオールで実施された(研究実施時期:1996年10月~1997年7月)。HIV陰性の研究参加者は653人であり、年齢の中央値33歳(18歳-73歳)であった。全体の48%がこれまでに少なくとも1回はワクチン接種歴があり、28%は3回接種完了、13%は2回、6.6%は1回のみであった。

A型肝炎の流行はMSMにおいてもこれまでに起こっており<sup>13</sup>、モントリオールのMSMを対象にA型肝炎ワクチン提供の介入研究<sup>14</sup>が実施された(研究実施時期:1996年8月~1997年11月)。モントリオールにおけるA型肝炎の発生率は1993年時点で10万人あたり4.6、1994年は5.0、1995年は12.5、1996年は19.5と上昇傾向にあった。A型肝炎ワクチンの無料接種はモントリオール市内のコミュニティクリニック10ヶ所、私営クリニック15ヶ所、開業医40ヶ所において提供された。キャンペーンは1)無料ゲイマガジンにポストカードの封入、2)ゲイ男性によく読まれている9種の雑誌への広告掲載、3)ゲイ・バーやゲイサウナ、ゲイ団体を通じてポストカードやフライヤー配布などの方法で行われた。キャンペーンの効果をコミュニティ・イベントにおいて質問紙調査によって評価したところ(N=425)、1996年のゲイ・パレードでは81%のキャンペーン認知率、1997年のゲイ・パレードでは86%であり、3ヶ所のゲイ・バーやサウナでの調査(N=697)では68%、76%、75%の認知率であった。なお、1997年のA型肝炎発生率は10万人あたり14.3であった。

#### コミュニティベースの予防介入

オンタリオで実施されたコミュニティレベルの予防介入の評価研究<sup>15</sup>では、バイセクシュアル男性の無防備な性行動をHIV予防介入のあった地域となかった地域に分けて分析した。対象となった研究参加者は、研究参加を呼びかける広告を

介して通話料無料の電話番号に電話をしてきて、インタビューに受けた1,314人である(研究実施時期:1996年3月~1996年4月)。HIV予防介入が行われた地域に住んでいるMSMは男性のレギュラーパートナー(OR=0.32、95%CI=0.21-0.52)およびカジュアルパートナー(OR=0.39、95%CI=0.21-0.74)との無防備なセックスが有意に減少した。しかし、女性とのセックスにおいては有意な違いはみられなかった。

#### マンガによる介入

トロントのレズビアン・ゲイ・バイセクシュアル男性のためのサポートグループによって、若年層のMSMを対象にセーフセックスについてマンガを用いた介入資材の開発<sup>16</sup>が行われた。このプロジェクトは、セルフ・エスティームを高め、性的健康を増進するような行動へつなげていくことが最終的な目的であった。MSMを対象にした予防啓発資材、介入資材はこれまでも多くあったが、MSM全体を対象としたものが多かった。MSMと一口に言っても多種多様であり、若年層と比較的年齢の高い層では、HIVや性感染症について求める情報やその形態などのニーズは異なっており<sup>17</sup>、結果として若者にフォーカスした、彼らが親しみやすい教育資材はあまりなかった<sup>18</sup>。登場人物やストーリー構築にあたっては、対象集団の肌感覚や文化的背景を反映させるために、個人インタビューやフォーカスグループ・ディスカッション、質問紙調査の結果が活用された。個人インタビューなどから得られた、マンガの登場人物がステレオタイプ的なゲイ男性像の描写は避けた方がいいことや、セックスパートナーとのコンドーム使用交渉の状況場面の情報などが、マンガのストーリー作成に役立てられた。

#### ソーシャルマーケティング

How Do You Know What You Know (キミが分かってること、どうやって分かっているの) 国家

HIV 予防キャンペーン<sup>19</sup>がバンクーバーの NGO 等によって 2004 年に実施された。このキャンペーンは、HIV 感染状況を知らない男性同性間におけるアナルセックスでコンドームを使用しないことは HIV 感染リスクがあることをポスター広告に表示した“critical inner voice”を通じてゲイ男性に訴えかける試みである。ポスターには裸の男性 2 人が登場し、アナルセックスの被挿入側の男性は「彼がもし HIV 陽性だったら、そう言ってくれるだろう」と考え、挿入側の男性は「彼がもし HIV 陰性なら、そう言うだろう」と考えている“critical inner voice”がテキストとして表示されている。あるいは、上半身裸の男性の側面の写真に（コンドームを使わないでセックスをしている男性が）「僕まだ感染してないよ。免疫があるにちがいない」といったテキストが表示されているポスター、「彼はタチ（アナルセックスにおける挿入側）。タチは感染しないんだよ」と、HIV に感染しないのは自分は HIV に対して免疫があるから、あるいは、アナルセックスの挿入側は感染しないと明らかに誤解している状況を描写している。このポスターやフライヤー（チラシ）は駅や屋外の大型広告掲示板、地下鉄の駅構内、トイレ内の広告、インターネットなどに掲示された。“critical inner voice”の表記にあたっては英仏語の両方が用いられた。

もともとこのキャンペーンは 1999 年秋～2000 年春および 2001 年にサンフランシスコ・エイズ財団とソーシャルマーケティングのデザイナーによってサンフランシスコ全体で実施され、カナダでも同様のキャンペーンが行われた。サンフランシスコでは屋外大型広告掲示板やバス停に併設の大型広告掲示板、地下鉄駅構内やトイレ、雑誌広告を介してキャンペーンが実施された。

#### D. 考察

##### イギリス

##### ピア・エデュケーション

ピア・エデュケーションは Diffusion of innovation model および Popular Opinion Leader (POL) の活躍が期待される Opinion Leader theory を理論的背景としており、米国の研究ではこのモデルによる予防介入研究が HIV 感染リスク行動の低減に寄与するといった報告があるが、イギリスの場合は全ての研究が成功例となったわけではない。グラスゴウのゲイ・バーで 9 ヶ月間に渡って実施されたピア・エデュケーションは介入プログラムによる効果が示された一方、ロンドンのスポーツジムでの介入プログラムは効果を示すことがなかった。その理由としてジムスタッフから Opinion Leader と見なされて実際にピア・エデュケーターのトレーニングを受けたにも関わらず、介入期間中にピア・エデュケーターとして活動した人がとても少なくなってしまったこと（本来のピアの数が減少）、セックスについて見知らぬ人と話すことはなかなか困難であることなどが介入効果を上げられなかった理由として指摘されている。加えて、ピア自身も 5 ヶ月間という介入期間は対象となるジム利用者と信頼関係を築く上で十分な時間ではないという印象を持っていることも報告されている。

これらのことから、アメリカで開発された行動科学の理論はどのような状況においても活用可能な万能なものではなく、不安定要素を含んだものであることを示唆していると言えよう。つまり、介入実施者側の問題、対象集団の地域性や文化的差などによって、同じモデルを適用した予防介入プログラムであっても顕著な介入効果が観察される場合とそうではない場合の両方があるということである。多くの研究経験を踏まえて、そのような条件を検討し、各種理論の効能と限界を知ることが不可欠である。

また、1 日ワークショップという形で実施されたグループレベルの予防介入プログラムは、1 日という時間は短すぎるという議論もあったようだ。しかし、参加しなければならぬワークショ

ップの回数を増やすと全回参加者はごく少数になってしまうということが予備調査の結果から示されており、議論の末、1日で完了するワークショップが行われたという。このワークショップでは、Transtheoretical model of behavioural change、Model of relapse prevention、Social learning theory、Motivational interviewing といった行動科学の理論が援用されていた。先のグラスゴーにおけるピア・エデュケーションにおいても、ピアと接触頻度が高い者ほど、行動変容の効果が高まっていたという報告がされている。このことが示すとおり、行動変容の働きかけを行う際には個人をフォーカスしたうえで、より綿密に行うことが効果的であることが判っている。これらのことは、対象とする個人の状況や特性に合わせた、よりテイラー・メイドされた介入プログラムが行動変容の働きかけに効果的であるということを示唆しているものと言えよう。

#### 本邦への応用可能性

Hard to reach population のひとつである MSM は、行動疫学調査および介入のためのフィールド確保そのものが難しい。確率サンプリングが難しい対象集団の場合、venue sampling や snowball sampling といった手法によって研究フィールドを確保することが多いが、イギリスではスポーツジムやゲイ・バー、セクシュアル・ヘルス・クリニック等のセッティングにおいてこれらの取り組みがなされていることが文献により示された。本邦においてこれまで実施されてきた MSM 対策の多くが、ゲイ・バーなど MSM が利用する諸施設に密集している商業地域を“コミュニティ”と設定して取り組みを行っていることから、比較的類似したセッティングであると考えられる。しかしながら、本邦のスポーツジムにおいて MSM を対象としたピア・エデュケーションを実施することは極めて困難であると考えられる。そのため、ジムのように比較的定期的に人が通う場

所であり、かつ MSM 割合が高いと推定される場所や施設が見つければ、ロンドンのジム同様にピア・エデュケーションの実施も可能であると考えられる。また、日本のゲイ・バーは少人数の顧客を対象としたカウンターのみと比較的小規模な経営形態が多いため、クラブのような大きいバーの経営形態であるイギリスやアメリカと同じように夜間の営業中に、ゲイ・バーの中でピア・エデュケーションを実施することは難しいと考えられる。わが国においてはゲイバーやクラブを参加者事前募集型の予防介入プログラムの会場として活用した事例はあるが、“フィールド”密着型のピア・エデュケーションを行うのであれば、バーの店内で行うのではなくバーの密集している地域の路上や建物の軒先などを活用することが現実的な実施方法ではないだろうか。

また、1日ワークショップのような対面型の介入は「勉強会」といった形式で本邦の MSM 対策においても実施されつつあるが、行動科学の理論を用いたプログラムの効果評価などはこれまでにされていない。今後は介入プログラム立案の段階において、行動科学や心理学の理論を援用したプログラムを設定し、その上で効果評価を行っていくことも課題であると考えられる。

#### カナダ

先進諸国では MSM を対象にしたコホート研究がこれまでに多く実施されてきているが、わが国においては同種の研究はこれまでに実施されていない。コホート研究の利点は、研究参加者を経年的に追跡することにより、開始時点で収集された情報や介入への曝露の有無と、後の時点に発生するイベントを個人レベルでリンクすることで因果関係を証明しやすくなる点である。研究の実施にあたっては、研究者と研究参加者の信頼・契約関係や実施体制の構築が必要となる。わが国の MSM における HIV 感染が拡大している現在、コホート研究の実施は必要であると言えよ

う。

また、HIV に感染するということは他の STI の感染機会も併存しており、STI の感染により HIV の感染確率が増加することもある。つまり、STI 感染予防介入を行うことは、結果として HIV 予防にも資すると言え、HIV 予防介入と STI 予防介入は同時に行うと効果的である。実際にわが国の MSM 間において A 型肝炎および梅毒の流行がこれまでに確認されている。一方、A 型および B 型肝炎ワクチンについてはあまり知られていないが<sup>20</sup>、予防には有効であり、STI の多くは治療薬があることから、HIV 予防メッセージに抵抗を持たれる場合は、肝炎予防や STI 予防・治療を先に呼びかけることもひとつの戦略であると考えられる。

オンタリオで行われたコミュニティベースの予防介入の効果評価研究では、HIV 予防キャンペーンを行った地域に在住する MSM に行動変容が確認された。このことから、コミュニティベースの予防介入は必要であると考えられる。しかしながら、カナダやアメリカは MSM が比較的多く住んでいる居住地域に、ゲイ・バーなどの商業施設が密集している場合が多く、いわゆるゲイ・コミュニティを形成しており、介入研究の実施容易性があると考えられる。わが国では同様のコミュニティは存在せず、ゲイ・バーやクラブが軒を連ねる商業施設地域を多くの MSM が生活空間にしているとも言い難い。生活空間としてのコミュニティではなく、商業施設をその単位として捉えたコミュニティの場合、顧客の流動性などがありうる。そのため、予防介入実施後の効果評価を行う際には、介入プログラムの曝露を受けた者を十分に取り込めるような、より綿密な研究デザインが必要と考えられる。

予防啓発資材の開発にあたっては、トロントで行われたマンガを用いたプロジェクトのように、対象集団のニーズに即した資材を開発することが重要であろう。ベースライン調査などの行動疫

学調査の結果に基づいた、必要とされる情報（例えば知識や規範など）について盛り込んだ予防介入がわが国の MSM 対策の中でも実施されてきているが、介入資材開発のためにインタビューやフォーカスグループを設定することはこれまでにあまりなかった。予防介入を行うには対象集団の肌感覚に適した内容である必要があり、例えば描写される人物が“年寄り”すぎたり、行動や態度などが現実離れしているようであれば、予防介入のメッセージとしての機能は何ら持たなくなってしまうであろう。対象とする MSM の地域性、文化的差を考慮するために、資材開発の過程のなかでインタビューなどを行って「対象者の望むデザイン」として出来上がっているかどうかを常に確認することが必要である。つまり、資材開発および制作者側の考えのみではなく、対象集団の声を活かした開発が望まれる。また、マンガを用いた予防介入はわが国の MSM 対策の中では、4コマなど比較的短い、挿絵的なマンガとして用いられている。テキストではなく、ビジュアルとして若年層が受け入れやすいマンガの利点を活かして、トロントの事例のように、ストーリーの構成段階から対象集団の意見をインタビューなどを通じて取り入れた上で、比較的長編のマンガ介入も、今後実施可能かつ期待できると言えよう。

ソーシャルマーケティングの手法を用いた大規模な予防キャンペーンの実施にあたっては、一目見てインパクトのあるメッセージ性の強い内容が必要になる。その際、個人の持つ健康信念や HIV 感染リスクに関する知識、態度に訴えかけるようなビジュアルが効果的であると考えられる。近年、一部の地方自治体などでは若者対象のポスターなどが作成されるようになってきている。しかしながら、わが国の多くの行政や公的機関作成のパンフレットやポスターは、予防メッセージを送りたい対象を MSM など HIV 感染に対して最も脆弱な集団に絞り込んで作ったものは比較的少なく、その分個別化も十分ではなく、メッセー



ジは弱まってしまっていることが多い。パンフレットやポスターなどの資材開発にあたっては、行動変容に関する行動理論を援用して、個人の持つ認知に訴えかけるような内容が必要である。

サンフランシスコで実際に使用されたキャンペーンパッケージをそのままカナダで活用した事例は、同じ英語圏かつ隣接した国同士といった特殊な事情も考慮しなければならないが、よくできたキャンペーンパッケージをほかの地域で活用することは、コストパフォーマンスも高いと考えられる。

MSMを対象としたプロジェクト事例

若者	MSM	SW	外国人	IDU	女性	プロジェクト期間	地域特性	対象者属性	活動内容の詳細	評価(質的、量的指標など)	指標の改善	文献名	代表者	コメント
	○					5ヶ月の間介入、6・12・18ヶ月後にオーツ調査	London	MSM	スポーツ・ジムにおいてピア・エデュケーターを通じてHIV感染リスク行動の低減の働きかけを行うこと。	1)過去3ヶ月間におけるHIV感染状況を知らない者とのUAIの実態、2)HIV抗体検査受検率、3)過去6ヶ月間における注射針・器の共有状況		Peer education has no significant impact on HIV risk behaviours among gay men in London. AIDS15:535-538, 2001	Elford J	
	○					9ヶ月の間介入、7ヶ月後にオーツ調査	Glasgow	MSM	ゲイバーにおけるピア・エデュケーション ピア・エデュケーターは揃いのユニフォームを着用。 ゲイバー店内において、セクシュアル・ヘルス(性的健康)全般に関して話しかけることよって行動変容を促す。	1)ピア・エデュケーターとの接触回数に於いての自己申告、2)行動変容の自己申告、3)セクシュアル・ヘルス・サービスの利用率		The Gay Men's Task Force: the impact of peer education on the sexual health behaviour of homosexual men in Galsgow. Sex Transmitted Infection 77:427-432, 2001	William son LM	

○			London	MSM	<p>セクシュアル・ヘルス・クリニクにおいて RCT を実施。 介入群は 20 分のカウセンシング +1 日ワークショップ、統制群は 20 分のカウセンシングのみ</p> <p>介入プログラムで用いられた理論 Trans theoretical model of behavioural change Model of relapse prevention、 Social learning theory Motivational interviewing</p>	<p>過去 1 年間および過去 1 ヶ月間の UAI 割合、HIV 感染状況を知らない相手との UAI 割合、STI の新規罹患状況、セルフ・エスティーム、セルフ・エフィカシー、行動変容のステータスなど</p>		Imrie J	
○		電話インタビューを (実施約 1 月間)	Ontario	MSM	<p>バイセクシュアル男性の無防備な性行動を、HIV 予防介入のあった地域となかった地域に分けて分析した。(効果評価研究として実施)</p>	<p>女性のレギュラーおよびカジュアルのセックスパートナーとの無防備なセックス、 男性のレギュラーおよびカジュアルセックスパートナーとの無防備なセックスの実態</p>	<p>Leave CA, Allman D, Meyers T, Veugelers PJ : Effectiveness of HIV Prevention in Ontario, Canada: A multilevel Comparison of Bisexual Men. American Journal of Public Health, 94:1181-1185, 2004</p>	Leave CA	

