

果的に予防を進めようとするサンフランシスコ
予防計画の仕組みを見る。具体的には疫学調査や
リスク行動情報、優先順位の考え方、資金配分、
評価方法などを見たものである。

結果

サンフランシスココミュニティ計画の主要点は
次のとおりである。

1) コミュニティ計画とはコミュニティの HIV
予防のための優先事項と必要性に対応するには、
その地域で決定し実行するのが最善であるとい
う概念である。

2) キープレーヤーは HIV 予防計画委員会
(HPPC) であり、HPPC が、コミュニティの声
を拾い上げ、訓練と支援を提供し、必要を訴える
声に対応し、適切・効果的かつ費用効果のよい対
策に必要な資源を確保する役割を担っている。
HPPC と市公衆衛生局とは強い協力関係にある。

3) ニーズに対しては多面的且つ多様なレベルで
応える

4) 計画と実施に次の五つの原則を掲げる

- ・ コミュニティに焦点を置く
- ・ 費用効果
- ・ プログラムや介入の対象施策層の限定
- ・ ハームリダクション
- ・ 連携と紹介

5) 施策対象階層によって HIV が与える影響は
異なっており、ニーズも異なる。

6) 施策対象層を決定する要素は行動と HIV へ
の暴露可能性である。

7) リスク行動によって人口を階層化し、優先順
位に従って助成金の割合を定める。

8) サンフランシスコの最優先の施策対象層には
①男性同性愛者、②バイセクシャルな男 性、③
男性と性行為を行うが異性愛者と自覚している
男性 が含まれる。

9) HPPC の資金管理により、必要とする階層に
資金が届くよう確保できた。

10) 対策評価は、

- ・ リスクのある施策対象層のニーズ

- ・ HIV 予防プログラムや介入の効果
 - ・ 新規 HIV 感染の減少効果など
- についてデータ収集し分析される。

10) プログラムや介入の評価はニーズ査定、過
程、成果、成果の追跡の各段階で行われ、継続
するプログラムの改善につながるようフィード
バックされる。

サンフランシスコ予防計画の概要は別添を参
照されたい。全文（原文）は以下を参照されたい。

[http://www.dph.sf.ca.us/HIVPrePlan/hppcho
me.html](http://www.dph.sf.ca.us/HIVPrePlan/hppcho
me.html)

考察

平成 16 年度以降、ブラジル、香港、タイ、
サンフランシスコ、カナダなどの政策・戦略を
収集した。HIV 流行の抑止に成功している国・
地域に共通に見られる原則が浮かび上がってき
た。それは、次のとおりである：

1) 流行状況やリスク行動の発生情報を把握す
ること、2) 疫学情報に見合った多面的多レベ
ルな施策を講じること、3) 対策には HIV によ
り影響されている人を含む多領域の人々が関わ
っていること、4) 政治・行政またはそれに代
わる者の強いリーダーシップがあること。

この原則がわが国の HIV/AIDS 対策にどの程
度当てはまるのか調査分析し、わが国の対策を
見直すことも意味があると思われる。

サンフランシスコでは施策層に優先順位が付
され資金配分がそれにより行われること、対策
の各段階で評価が行われ改善にフィードバック
されることが他国・他地域に先んじていた。国
ではなく市（郡）であり、しかも、予防に絞っ
ていることも先行実施を可能にしているのかも
しれない。

また、各国・地域で個別施策層として共通に
注視されているのが MSM であった。非静注薬
物使用によるリスク行動の発現の増加に対する
施策の必要性も高く認識されており、これらに
対し各国・領域が講ずる具体的施策はわが国に

とっても参考になるものと思われる。

研究の総まとめを行う平成 18 年度には日本を含めいくつかの国について、比較考証を行い、HIV 対策を成功に導く条件や要因をより詳細に同定していきたい。

参考文献

- 1.木村和子、海外をモデルとした HIV 医療体制の確立に関する研究、(In) 厚生労働科学研究補助金エイズ対策事業、HIV 感染症の医療体制に関する研究、平成 14 年度報告書（発行者白阪琢磨）
- 2.木村和子、高山麻希子、小松隆一、HIV/AIDS 対策評価方法の研究、(In) 厚生労働科学研究補助金エイズ対策事業、先進諸国におけるエイズ発生動向、調査体制、対策の分析に関する研究、平成 16 年度報告書（代表者 鎌倉光宏）
3. 木村和子、鎌倉光宏 HIV/AIDS 対策の策定：カナダの HIV/AIDS 連邦イニシアティブ策定に学ぶ、日本エイズ学会誌、7 (4) 332、2005
4. Ho Chi On, Billy、鶴田浩史、木村和子、香港の HIV/AIDS 戦略に学ぶ、(In) 厚生労働科学研究補助金エイズ対策事業、先進諸国におけるエイズ発生動向、調査体制、対策の分析に関する研究、平成 17 年度報告書（代表者 鎌倉光宏）
5. 鶴田浩史、木村和子、タイの HIV/AIDS 対策、(In) 厚生労働科学研究補助金エイズ対策事業、先進諸国におけるエイズ発生動向、調査体制、対策の分析に関する研究、平成 17 年度報告書（代表者 鎌倉光宏）
6. Canada Public Health Association, 2005 , Leading Together, Canada Takes Action on HIV/AIDS (2005-2010)
7. Document of World Bank, Report No:29146, IMPLEMENTATION COMPLETION REPORT (CPL-43920) ON A LOAN IN THE AMOUNT OF US\$165.0 MILLION TO THE FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL FOR A SECOND AIDS AND STD CONTROL PROJECT, May 30, 2004,

8. HIV Prevention Planning Council, 2004
San Francisco HIV Prevention Plan,
Harder+Company Community Research
April 2004

(別添)

サンフランシスコ HIV 予防計画の概要

1. サンフランシスコの概要と HIV/AIDS の疫学

サンフランシスコは、2002 年時点で人口約 791,600 人、カリフォルニア州で 4 番目、国全体で 13 番目に大きな都市である。サンフランシスコは、カウンティ (郡) でもあり、カリフォルニア州で最も人口密度が高い。市は、また多様かつ多文化層でなりたっている。市の住民の半数以上は有色人種で、3 分の 1 以上が合衆国への移民で、レズビアン/ゲイ/トランスジェンダー (性転換者) の大きなコミュニティが存在する。大金持ちや、人口の 3 分の 1 は年間 75,000 ドル以上の収入をあげるもの、その一方で 11% は貧困層が生活している。サンフランシスコの特徴は、先進的な考えと先進的な社会政治である。そのため、ホームレスやセックス・ワーカー、トランスジェンダーや、差別を経験したような人が市内に家庭を築いている。

HIV は、高所得者に対しても、低所得者に対しても、有色人種であろうと、白人であろうと影響を与えている。サンフランシスコは、感染流行により影響を多大な影響を受けてきた。サンフランシスコでは、あらゆる社会経済的背景の人に影響をもたらしている。サンフランシスコの HIV/AIDS 流行は、国全体のものとは少々様子が異なる。サンフランシスコでは、PLWA の 71% が MSM である (国全体では 45% が MSM) (2002 CDC's Cases of HIV Infection and AIDS in the United States)。2003 年現在では、およそ 18,000 人から 19,000 人が HIV/AIDS であるとされており、罹患率は 2.4% である。そのうち、サンフランシスコ公衆衛生省 (SFDPH) のパイロット研究によると、HIV に感染している人の 20% はケアを受けておらず、その大半は自分が感染していることを知らないでいる。サンフランシスコは、AIDS 流行が始まって以来 28,624 人が AIDS と診

断され、ニューヨーク、ロスアンゼルスについて 3 番目に多い。国の流行傾向と比較して、サンフランシスコでは、ヘテロセクシャル (異性間性交者)、IDU (注射による薬物使用者) および、有色の貧困者の感染は小さい。歴史的に、サンフランシスコでは HIV 流行はゲイ男性間で広がっている。HIV 感染のピークであった 1980 年代初頭から 1990 年代後半にかけ注射器針の交換や予防を行ったのでゲイの男性や IDU の間での新規感染者が減少した。

1990 年後半から流行は変化してきた。ゲイ男性の新規感染者が増加し、MTF (男性から女性への性転換者) の高い HIV 罹患率が報告されている。新規感染者のこれらの増加原因は、多数の人からなり、複雑なものである。HAART により健康的に長生きができることにより、一部の人たちをより性的に活発にしてきた。特に MSM (men sex with men) を始めとし、リクリエーション・ドラッグはハイリスクな性行動に導いてきた。性感染症の増加も HIV 罹患率に影響を与えている。特に MTF を始めとし、精神疾患や依存症治療が不十分なことや、経済的不安定もまた影響を与える要素である。

サンフランシスコは、HIV 流行を追うために以下の 4 つの基本的仮定条件を用いている (McFarland 2003) :

- 全てのデータには、潜在的に歪み(バイアス)がある
- どんな研究でも一つの研究だけでは全ての様子を示すことはできない
- 少ないデータより、より多くのデータの方がより良い
- 全てのサインが示しているなら、それ見る必要がある。それは、もし多種の資源が絡み合って証明しているならば、より現実の傾向を示していることになる

2. サンフランシスコの HIV 予防に対する新しいアプローチ

1) 背景：

1980年代以降、サンフランシスコでは近年10年あまり新規感染者の数が劇的に減少し、HIV 予防で多くの成功を収めてきた。これらの成功の一方では、MSM 間での HIV 感染が増加しており再び活発な HIV 予防が余儀なくされている。現在および将来的 HIV 予防プログラムは以下の分野に焦点を当てた新しいアプローチの精神を取り入れ、行っていく必要がある：

- ・ 肉体的、精神的、情緒的ならびにスピリチュアルな健全を含んだ総合的な健康 (health) と健全さ (wellness) の向上すること
- ・ 予防が、HIV 陰性者にも HIV 陽性者にも適切で、届くことを確実にすること
- ・ コミュニティと個人のニーズの総合的分析に合致する連携及びコーディネーションを確実にすることを強化すること。これは、PWHL 同様、感染する可能性の高い HIV 陰性者、および自分の感染の有無を知らない者を含めた向上したサービス連携を含む。例えば、プライマリ・ケア、STD 診断と治療、メンタル・ヘルス・サービス、依存症予防と治療・住居や経済的援助やソーシャル・サポートなどである。

2) プログラム・デザインと実行のためのサンフランシスコのフレームワーク

サンフランシスコ型アプローチへうまくもっていくためには、HIV 予防は多面的方角や多面的なレベルで現存するニーズに注目する努力を払わなければならない。Cohen & Swift (1999) の予防範囲フレームワーク(表 1)はもともと「傷害予防」のために作成されたものであり、コミュニティの健康と健全の向上のための効果的予防方針を決定する国家センター機関である「予防研究所 (Prevention Institute:

www.preventioninstitute.org/) で採用されているものである。

レベル 1 予防は、個人のために行動を変えることが有効である。もしうまくいけば、行動を変えた人たちは、HIV 感染を予防でき、さらに経済効果的であるにちがいない (Holtgrave et al 2002)。例として、あげるなら、レベル 1 予防は個人へのリスク・リダクションカウンセリング (IRRC: individual risk reduction counseling) と単発のグループ・セッション (SSG: single session groups) があげられる。

しかしながら、HIV 感染拡大は集団レベルの現象あるいは、集団レベルの傾向であるために個人レベルへのアプローチだけでは食い止めることはできない。そのためにレベル 2 からレベル 6 が必要となってくるのである。レベル 2 介入は、コミュニティ・レベルでの健康と健全さを増進していくことも目標としている。レベル 3 介入は、トレーニングの提供に力をいれ、レベル 4 介入は、提供者との連携に焦点をあてる。レベル 5 介入は、薬物中毒治療同様コミュニティ・レベルでの HIV に対する実践や現象 (例：差別、人権侵害) などのサービス提供の障害となるものに注目する。レベル 6 介入では、地域レベルで迅速検査の実施が可能になるよう効率を変更するような直接であれ、間接的であれ HIV 感染のリスクに影響を与えるような法の改革を目指す。このフレームワークをどのように実践できるかを示したのが (表 2) である。

表 1 予防範囲 (Spectrum of Prevention)

レベル 1：個人
行動変容を始め・維持できるような個人の知識・ 技術と可能性の強化
レベル 2：コミュニティ
HIV 予防メッセージと健康・健全推進の資源が届くよう集団を通じての地域教育・技術構築と行動変容の推進
レベル 3：個人の HIV 予防提供者
レベル 1,2 レベルに対するスキルと知識移転を行う人を教育する
レベル 4：HIV 予防提供者の集団
さらに大きなゴール達成とより大きなインパクトをもたらすために HIV 予防提供者とそのパートナーを集める
レベル 5：障害構造
PLWH や HIV 感染のリスクのある人たち（例：薬物依存者、精神疾患者）の多面的ニーズに似合う機関やシステムレベルでの実践の変革
レベル 6：政策と法律
HIV 予防の努力結果に影響を与えるような法律や政策を変えるための対策を進化させる
(Cohen & Swift, 1999)

表 2 予防範囲実践例 (Implementing the Spectrum of Prevention)

レベル 1：個人
基準に準じた HIV カウンセリング、検査、紹介または、迅速検査の提供
レベル 2：コミュニティ
感染リスクの高いグループに対する HIV カウンセリング、検査、紹介推進のためのソーシャル・マーケティング・キャンペーンの実施
レベル 3：個人の HIV 予防提供者
HIV 検査カウンセラーへの研修を提供
レベル 4：HIV 予防提供者の集団
HIV カウンセリング、検査、紹介サービスを自分の患者に結びつけるような市全体の基準となる

ような HIV 予防プログラムのプロトコールの作成

レベル 5：障害構造

HIV 検査を受けた精神疾患者や薬物依存者が治療資源によりアクセスできるような政策を進展させる

レベル 6：政策と法律

HIV 検査に常にカウンセリングと紹介を必須にするような州と国家レベルでの政策を明確にする政策を進展させる

3. サンフランシスコの計画と実施の原則

サンフランシスコ住民に対する効果的プログラムを生み出すには幾つかの原則がある。原則は、最新の科学の反映とどのように、HIV 予防を地域事情の中で行わなければならないかというサンフランシスコの主たる価値を反映している。HIV 予防提供者と HIV 予防局の両者は、HIV 予防のためのサービスの連携により原則が成り立つことを確信している。提供者たちは、自分たちのプログラムにこれらの要素を取り入れ、HIV 予防局は紹介ネットワークの開発と支援のためにリーダーシップを発揮し、提供者間（特に予防とケア・サービス）の連携を図らなければならない。

1) コミュニティに焦点をあてて

提供者が HIV 予防のためにコミュニティに焦点を当てる方法は多数ある：

- あらゆる予防プログラムは、時間をかけてコミュニティの信頼を培うことにより、コミュニティとうまくやっているように努力しなければならない。(例えば、スタッフは批判をせず、オープンで、情熱的で信頼でき、責任感がなければならない)
- プログラムの開始と実施の適切な時期にはコミュニティのメンバーに参加してもらうように招きいなければならない。
- 介入内容も伝達方法もその住民に文化的に適したものでなければならない。そのためには、その人たちの価値や信念を理解

するのと同様に文化的どのようにコミュニケーションをとっているのか、どのようにお互いが関わりあっているのかを知ることが要求される。文化的言語能力は、人種/民族および言語だけに拠るのではなく、さまざまな方法で決定される。

- HIV 予防プログラムに参加してくれる人を勧誘したり、コミュニティの信頼を築くという長丁場を乗り越えるためには、食事や食糧クーポン、交通用のパスやTシャツなどの誘因を配ることも有効である。さらに言うならば、スタッフやボランティアを勧誘・確保することは、コミュニティ・プログラムの施設設立や信頼推進の援助のためには必要不可欠なものである。

2) 費用効果

介入あるいはプログラムの費用効果は経費削減ができたかどうか (i.e. HIV 感染当たりの介入経費が HIV 感染者の生涯ケア経費より少ない) あるいは、費用効果 (i.e. HIV 感染当たりの経費が禁煙などの他の予防サービスに比べて少ないか) により決定される。サンフランシスコでは、できるだけ費用効果をあげるようにしている。現在サンフランシスコは、費用効果の地方モデルとして取り組んでいる。このことは、限られた HIV 予防の資源をどのように有効に利用するかを決めるのに役立つものである。HIV 予防の費用効果についてのさらに詳しい情報は、Randy Corporation, “Maximizing the Benefit: HIV Prevention Planning Based on Cost-Effectiveness” (www.rand.org/publications/DRU/DRU3092.pdf) 参照。

3) 対象施策層の人々を限定する

いかにターゲットとなる施策層の人々を限定するかは、いかに有効なプログラムであるかに影響を与える。一般的な規則としては、よりよく施策層の人々が限定された場合、より効果

的でより費用効果が高い。対象施策層の人々は、リスク行動、性別、年齢、性的指向、民族または文化的同一性、その他の要因、あるいは、幾つかのこれらの要因の組み合わせによって定義される。しかしながら、対象施策層の人々は自己申請によるので、提供者は必ずしも同じ方法で決定されているとは限らない。例えば、提供者が到達すべき対象施策層を MSM であるが異性愛者と思っているアフリカ系アメリカ人に限定したばあい、プログラムは性行為を行うアフリカ系アメリカ人の男性すべてを手が届く対象とする必要がある。なぜならば、この対象施策層の人々は自分自身が MSM であると自覚していないからである。とにかく、あらゆる人が同等に HIV 感染の影響を受けるのではないこの時代では、一般住民を対象とした介入は効果的あるいは費用効果がよいとはいえない。

4) ハーム・リダクション/リスク回避

予防のためのハーム・リダクション・アプローチは、危険に満ちた行動の存在を受入れ、無視したり本人や行動任せにするのではなく、行動の負の効果を減らすことを主な目的とする。「ハーム・リダクション」は薬物使用関連で最もよく使用されているが、性的リスク行為においても使用することができるアプローチである。

5) 連携と紹介 (専門医などへの紹介)

サンフランシスコの HIV 予防は、医療と社会サービスの大きなシステムの一部である。HIV の効果的予防のためには、おのおのの HIV 予防プログラムは施設内あるいは施設外の適切な資源にクライアントを結びつけるシステムの中に位置していなければならない。システムは、単に名前や電話番号を書いたカードを手渡すようなことにはとどまらない。紹介経緯は、紹介の手順をたどったり、紹介後のフォローアップを行ったりと、クライアントが紹介されたサービスにたどり着くことを支援する。影響を受けるコミュニティや個人にとっては HIV が主たる優先順位ではな

い。クライアントの基本的健康と社会サービスのニーズが合致していない場合にはその連携が必要となるからである。

4. 戦略と介入

HIV 予防のための戦略や介入は非常に多くのタイプが存在し、新しいものが常に開発されている。サンフランシスコやその他の大都市で用いられている主な戦略と介入は以下のとおりであるが、現在開発中の microbicides とワクチンが、可能になれば今後予防において重要な役割を果たすだろう。戦略と介入は、活動と健康教育とリスク・リダクションの枠を超えたアプローチにより、7つのカテゴリーに分類される。

- ・ カウンセリングと検査と紹介 (Counseling, testing and referral: CTR)
- ・ パートナーへのカウンセリングと紹介 (Partner counseling and referral services: PCRS)
- ・ 陽性者との予防 (Prevention with positives)
- ・ 健康教育とリスク・リダクション対策と介入
- ・ 一般への情報提供とコミュニティ・レベルでの対策と介入
- ・ 構造的介入
- ・ 周産期感染予防

1) カウンセリングと検査と紹介

(Counseling, testing and referral: CTR)

2004-2008 年の総合的ゴール

「HIV カウンセリングと検査、紹介をとおして、HIV 感染の有無（陰性と陽性）について早期に知ることを進めると同時に、感染と予防そして HIV 検査結果の意味についての情報提供を行うことを推進する。」

カウンセリングと検査と紹介 (CTR) は、自分の感染の有無を知る手助けとなる鍵となる介入

であり、適切な HIV 介入とケア・サービスに結びつけることができる。CTR は、疫学流行に対抗する重要なコンポーネントになってきている。上記に示した CTR の総合的ゴール達成のためには、提供者はリスクの高い人が検査を受ける気になる手立てを開発する必要がある。

2004 年以降、サンフランシスコは CTR に関連し、以下の 2 つの事柄に注目している；

- ・ HIV に感染した人に対し、医療およびその他の支援サービスへのアクセスを提供することを確実にする。
- ・ 迅速検査の可能性を拡大する

2) パートナーへのカウンセリングと紹介

(Partner counseling and referral services: PCRS)

2004-2008 年の総合的ゴール

「HIV に感染している全ての個人に対し PCRS を提供する」

パートナーへのカウンセリングと紹介サービス (PCRS) は、HIV 陽性者が自分のセクシャル・パートナー、あるいは注射針を共有していたパートナーに対し、HIV を感染させた可能性があることを告げ、CTR やその他のサービスを紹介するオプションを提供し、HIV 感染拡大を抑制しようとするものである。サンフランシスコでは、PCRS は視点が広く HIV 感染者と共に行動する HIV 予防プログラムとも協調することができる。サンフランシスコでは、PCRS は思ったほど利用されてこなかった。恐らくネガティブな印象がコミュニティ、特にゲイの間にあるからだろう。また、付け加えるならば、PCRS がどのようなものであるか確立しておらず、サンフランシスコの提供者から最大限この介入を引き出すような効果的トレーニング方法もないので、限界がある。

サンフランシスコの PCRS モデルは、すべて公の費用でまかなわれている CTR 提供者が PCRS を行うことが求めている。検査で陽性となった全てのクライアントは、パートナーに告げる方法を少なくとも一つ以上のオプションで与えられる。

サンフランシスコは、ライアン・ホワイト (Ryan White CARE Act) 基金で雇われている提供者や、自営の医療者、CTR でない提供者にも PCRS を行うことを強く求めている。感染している人のパートナーに届く方法は、少なくとも以下の3つがあげられる：

- ・感染者自身による紹介 (Self referral)：提供者は、HIV 陽性者が自分のパートナーに告白できる技術をつけるように手助けする。これは、サンフランシスコが紹介している基本的な方法である。
- ・二者の紹介 (Dual referral)：提供者が HIV 陽性者とそのパートナーの間に入ってファシリテーターの役割を果たす。
- ・提供者による紹介 (Provider referral)：提供者が名前を聞き、HIV 陽性者のパートナー情報と確認を行う。そして、パートナーに接触し、HIV に感染させられている可能性があることを告げる。この場合、パートナーには感染者の名前は告げない。そして、CTR を紹介する。

PCRS は、サンフランシスコでは本人が HIV 感染に気づいていない人におよそ 20% たどり着くことができる効果的な介入である。HIV のための PCRS 研究では、これまで HIV 感染と診断されていなかったパートナーの 8% から 39% が検査を受けたと報告している (Golden 2002)。ニューヨーク市での研究では、回答した人全てが、もし自分が感染したならば、自分のパートナーに感染の可能性を知らせたいとしている。

3) 陽性者と共に行う予防 (Prevention with positives)

2004-2008 年の総合的ゴール

「陽性者と共に予防を行っていくための HIV 予防、ケア及びその他の提供者の能力構築」
最近まで、HIV 陽性者個人のニーズを取り入れたユニークな HIV 予防にはほとんど注意が払われてこなかった。予防介入には常に HIV 陽性者を与えるが、介入はいつも健康の維持やパートナー

の感染の有無、HIV 感染認知による鬱への対処法とか、そのほかの HIV 感染者に関連した事柄に常に注意を払うものではなかった。HIV 予防介入の最近の評価でわかったことは、多くの機関は、たとえ陽性者を交えた予防プログラムや介入を正式に行っていないとしても、HIV 陽性に関するメッセージや内容を盛り込む工夫をしている (DeMayo 2003)。

2003 年に HIV 予防計画委員会 (HPPC) は、HIV Health Services Planning Council (Care Council として知られている) と陽性者との予防プログラムに関するデザインと実施についての合同会議をもった。以下の定義で両委員会の合意を得ることができた；

陽性者と共に行う予防は、HIV 陽性者の特別な予防ニーズを強調した介入である。HIV 陽性者と共に行う全ての予防プログラムにおいて、計画段階から実施まで HIV 陽性者を巻き込まなければならない。

陽性者と共に行う予防の主なゴールは、以下の通りである；

- ・ HIV と STD の感染拡大の抑制
- ・ HIV 陽性者が身体的、感情的、性的、リプロダクティブ・ヘルスそして福利をよりよくし、維持できるような援助
- ・ 自分が感染していることを知らない HIV 陽性者に自分の感染を知る手助けすること

合同会議で、委員会は陽性者と共に行う予防を發展させるために、以下のような優先順位と推進すべき事柄を取り決めた；

- ・ 検査からケアへの連携の強化
- ・ 情報ギャップに注意を払う
- ・ HIV 陽性者のための薬物使用と精神疾患サービスを發展させる
- ・ PCRS の利用増加
- ・ HIV 予防をケア・サービスの中に取り入れる

4) 健康教育と危険回避行動 (Health Education and Risk Reduction Activities)

2004-2008年の総合的ゴール

「個人を HIV CTR に結びつけ、コミュニティに構造と政策変革を創造するより大きなプログラムの一部としての健康教育と危険回避行動を含む」

CTR、PCRS 及び陽性者との予防に焦点を当てた改新の中で、サンフランシスコは、個人レベル、グループ・レベル、コミュニティ・レベルの健康教育と危険回避行動を広範囲にわたり引き続き支援していく。この分野の全ての活動は、性的かつ（あるいは）注射による薬物関連危険行為抑制に効果的であることが証明されている。効果を最大限引き出すのは、これらの対策と介入が空洞化しないことである。個人と CTR、PCRS とを結びつけるような適切な連携や、陽性者との予防が必須であるような組合せで用いることである。

健康教育とリスク回避行動の中心は、場をベースにした個人へのアウトリーチ (venue-based individual outreach: VBIO) である。VBIO は、現状では幅広い HIV 予防とその他のサービスへの個人のアクセスを手助けする出発点にしかすぎない。VBIO 自体、そのゴールがリスク回避情報の提供やコンドーム提供の場合はそれだけで介入になりえる。CTR や個人に対するリスク回避カウンセリング (individual risk reduction counseling: IRR) などのアウトリーチ・モデルを用いた他タイプの介入を行うとき、面会の約束をとりつけるのが困難な層（例：ホームレス）に大変効果的である。サンフランシスコでは、VBIO は継続的に高いリスク層に到達するために、高い優先順位でなければならない。

5) 一般への情報提供とその他のコミュニティ・レベルの介入

2004-2008年の総合的ゴール

「個人が集まった大きなグループあるいはコミュニティ全体に対して影響を及ぼすようデザインされた、地域に関連し、適切な HIV 予防メッセージと介入を推進すること」

大衆情報キャンペーンは、一般にある事柄についてのコミュニティの知識を高めることが目的である。対照的に、コミュニティ・レベルの介入は、より幅広い目標を持っている。つまり、人々の知識や態度、信念、技術、行動に影響をもつようなソーシャル・ネットワークや社会的規範を変えることを目的としている。個人レベルとは反対に、グループ・レベルでは、このような介入は HIV 予防のリスク抑制メッセージをいきわたらせることにより特定の行動変革を企てる。

ソーシャル・マーケティングは、情報やメッセージを提供する以上のものである。健康を推進するための行動や態度、社会的規範を目標に掲げ、個人個人や社会にとって何らかの利益がある商業的ソーシャル・マーケティングを用いた包括的コミュニティ・レベルのアプローチである。

6) 構造的・政策的戦略 (Structural and Policy Strategies)

2004-2008年の総合的ゴール

「構造と政策改革のためのゴールを発展させることと、これらのゴールを達成できるような活動を実施するために提供者間の協力を図る」

構造的・政策的戦略は、HIV リスクに影響を与えるような社会的・政治的かつ経済的な改革を目的とする (CAPS Facts Sheet 2003, “What is the role of structural intervention in HIV prevention?”)。たとえば、ホームレスに関する市の政策は、誰がホームレスで、何人のホームレスがいるかに、またホームレスが HIV のリスク増加に影響を及ぼす。別の例をあげると、サンフランシスコでは薬物やアルコール依存の個人に対する治療が十分ではない。セックス時の薬物使用がリスク行為と明らかに関連していることから、薬物治療は HIV 予防対策にとって必要不可欠なものである。このような事柄は全て、構造的ある

いは政策的改革に寄与している。

これまでの HIV 予防の構造的、政策的戦略の例をあげる；

- ・タイ国における売春宿で性行為の際にコンドームの使用を強制した「100%コンドーム使用キャンペーン」
- ・処方箋なしに薬局で注射器交付を許す法律の

成立を唱える

- ・サンフランシスコにおいて、注射針の交換を合法化し、(一般ファンドから) 資金をつけるよう唱える
- ・セックスに対して好印象をもてる環境 (sex-positive environments) のセックス・クラブの推進と支援ならびにより安全なセックスの推進
- ・薬物治療のウェーティングリスト解消のため資金配分

このようなタイプの戦略は、政府資金が付きにくい場合アドヴォカシーが含まれることがしばしばある。HIV 予防提供者は、たとえ特別な援助金による介入でなくとも、日々社会的そして政治的事柄においてアドヴォカシーに関わっている。最終目標は、サンフランシスコにおいてこれらをコーディネートすることと、最大限の影響を及ぼすように社会的そして政治的な改革のために一般的なターゲットを開発することである。今後5年間 HPPC と SFDPH は、この分野においてリーダーシップと協調を発揮するだろう。

7) 周産期感染予防

2004-2008 年の総合的ゴール

「HIV の周産期感染の排除」

サンフランシスコにおける周産期感染は、稀である。1997 年から 2002 年の間での HIV に感染して生まれた乳幼児はたったの 4 人である。目標は、CTR や PCRS を下記の 4 つのグループに対

し推進し、この数をゼロにすることである。

- ・ 周産期ケアを必要としている女性
- ・ 周産期ケアなしに、出産した女性
- ・ 周産期ケアを必要としている/出産した女性の男性パートナー
- ・ 現在妊娠していない出産可能なハイリスクな女性

もし妊婦が出産前に HIV 感染を知ったなら、薬により感染を抑制できる機会が可能となる。妊娠していない女性の場合はまた自分の感染を知ることによって妊娠を決意するかどうか、考える情報を得ることが可能となる。

介入やプログラムの類型に関係なく、全ての HIV 予防提供者は上記のようなグループを含む、ハイリスクな個人全員に対して CTR サービスを紹介する手筈を有していなければならない。付け加えるならば、全ての公衆衛生施設は、あらゆる妊婦に HIV 検査の重要性を説き、HIV 検査の提供を確保するような段取りを実施しなければならない。

5. 地域評価分析

(Community Assessment)

目的

サンフランシスコの施策対象階層に HIV がどのように異なる影響を与えているかを論じる。感染者あるいは HIV 感染リスクのある施策対象階層によってニーズが異なること、そしてこれらの人たちに対し HIV 予防を行う方法の優先順位について述べていく。これは、2004-2008 年の HIV 予防に対する新しい方向性を示すものである。

過去数年間、HIV 予防計画委員会 (HIV Prevention Planning Council: HPPC) が区分けされた 8 つの危険行動施策対象層 (Behavioral risk population: BRPs) に対し資金管理を行ってきた。これは、現在でも最も感染リスクの高いグループに資金が届くことを確保できる最適な方法であることがわかった。

施策対象グループを決定する最も重要な要素は行動と HIV に暴露される可能性である。

サンフランシスコで HIV 予防を必要とする施策対象層

(1) 男性同性愛者 (Gay Men)

近年、研究は性的指向 (例: ゲイ、バイセクシャル) に対して行動 (例: 男性と性行為を行う男性) によって対象グループを定義づけている。他の研究では、彼らのニーズや事柄を論述する場合には、ゲイとバイセクシャルの男性を一つのグループとしている。ゲイ男性のニーズに焦点を当てた研究は大変少ないが、サンフランシスコでは、男性と性行為する男性 (MSM) のほとんどはゲイ男性であるゆえ、MSM の研究は当面の問題に関連したものである。

1-1) ゲイ男性の HIV 予防ニーズはどのようなものか。

サンフランシスコでは、都市部での新規感染者の大半はゲイの男性であり、バイセクシャルや異性愛者と自分では思い込んでいる MSM に比べ、MSM 間での罹患率がもっとも高くなっている (HIV/AIDS Statistics and Epidemiology Section, August 2003)。このことが BRP 1 (MSM, MSM/F) として予算が優先されることを物語っている。この対象人口は、当面は流行に影響を与えるための予防努力と資源に焦点を当てる必要がある。

・行動

ゲイ男性の危険な性行為の近年の増加は、新規 HIV 感染の増加を大体説明している。カウンセリングと検査情報と、多数の最近の研究は、ゲイ男性間の無防備な性行為が多く行われていることを示唆している。クロス・セクションで行われている市全体からあがってくる情報は、数年にわたる流行を示す最も良いデータである。

・補助要因とその他の事柄

多くの出来事や流行がなぜよりゲイの男性が HIV 感染増加を引き起こすようなリスクのある性行為にふけているかを説明してくれる手助けとなる。HIV 予防プログラムはこれらの事柄に取り組み、効果をあげるためのシナジー的努力が必要である。

・無防備な性行為を受け入れるコミュニティの信念:

「男性が避妊具をつけない (barebacking)」傾向が、いかに無防備な性行為が日常化しているかを物語っている (Morin et al 2003)。その他の流行としては、性行為とドラッグの使用で、これは無防備な性行為をしばしば導くと同時に、無防備な性行為がコミュニティの標準にシフトしている証拠でもある。

・ 治療に帰する HIV の脅威の軽減: サンフランシスコでケア・サービスを受けている HIV 陽性のゲイ男性の 88 パーセントは、HAART 治療を受けており (Bamberger et al 2000)、HIV は死に結びつく疾患から管理可能な疾患へと認識が変わってきた (Morin et al 2003)。現実には、治療が可能だという知識ゆえにリスク行為が増加しているのは、リスク行為を行うゲイやバイセクシャルな男性のほんの一部かもしれない (Dilley et al 2003)。

・ 沈黙: ゲイ・コミュニティでは HIV についての論議はほとんどなされてなく、安全行動への社会的支援は抑制されていた (Morin et al 2003)。このような傾向は、性交を行う時に感染の有無について話し合う意欲に影響を与えるかもしれない。ある国レベルの研究では、HIV 陽性の 42 パーセントのゲイとバイセクシャルな男性が最近関係した 5 人のパートナーのうち少なくとも一人に対し、HIV 感染の事実を告げずに性交をおこなったと報告している (Ciccarine et al 2003)。

これらの新しい現象に加えて、1990年代を通してゲイ男性の HIV 感染のリスクに影響を与えるような事柄が、幾つかある。これらの傾向(流行)は感染流行がおこっているこの時点で特に注意を払うことが重要となってくる。

サンフランシスコのゲイ男性の間では、IDU 以外のドラッグ使用が高い。ドラッグ使用は、無防備な性行為に非常に結びつきやすい。メタンフェタミン (スピード) とポッパーの二つがゲイ男性の間でリスクのある性行為に最も密接に結びついてきた。ニューヨーク市で行われたエクスタシーの研究同様に、バイアグラもまた危険性行為や STD 高罹患率と関係してきた。ケタミン (Special K) と GHB もまた人気のあるレクリエーション・ドラッグである。多剤併用 (polydrug use と呼ばれる) もゲイ男性やバイセクシャル男性の間では一般的なものであり、HIV 感染と関係してきた。またゲイ男性の間では一般的となっているのが飲酒であり、セックスの判断に影響を与える。ドラッグ使用だけが、安全でないセックスをもたらすものではなく、HIV 感染者に対しては特にそうであるが、実質的に健康に害をもたらす物である。巡回パーティや、クラブ、その他の機会に「パーティを楽しむ」ゲイ男性はことにリスクの高い現役薬物使用者である。HPPC によって優先的に行われた研究によると、深夜パーティを楽しんだ人口が、サンフランシスコの HIV と STD の感染率増加に寄与しており、HIV 予防メッセージが効果的に到達していないことを示している。

非注射薬物使用者に加え、スピードとその他の薬物注射使用者もセックスのリスクから視野にいれなければならない。過量投与の恐れのある若年のゲイやバイセクシャルの注射薬物使用者もまた HIV リスクが高い。深夜パーティを楽しむ MSM 群は、注射薬物使用者率 (35%) と注射針の共用率 (58%) が高い。

予防提供者がいかに薬物使用者に対応するかが重要である。はじめに、スピード等の薬物治療提供者は全ての人種・社会経済的背景を友好的に受入れることが必然である。MSM が HIV 予防や

薬物治療サービスにアクセスさせるためにはお金であろうが、その他のものであろうがインセンティブが必要である。次に、ゲイ・コミュニティにポッパー以上にスピードの影響についてもっと教育する必要がある。医療提供者や HIV 予防提供者は、ポッパーの複雑なリスク・リスクのある性交を増強するだけでなく、免疫組織を抑制し、より感染しやすくなるということについてゲイ男性に対して教える必要がある。ポッパーについて情報を身につけているゲイ男性をピアとして教育し、アウトリーチやソーシャル・マーケティング・キャンペーンの助けになるだろう。

ゲイ男性の間の、特に孤立、孤独、低い自己評価というような精神衛生問題が性交の状況下で危険を冒す方へ導く。否認 (特に若年者の間) と自分は感染は不可避と思うことがゲイの世界で一般的になっており、これらがセックスの最中に危険行為へと導いていく。

ゲイ男性間の STD 感染率の最近の増加がリスク行為の増加を示し、新規 HIV 感染に寄与している。HIV 感染をより簡単に引き起こす直腸淋病や梅毒の流行が現れている。ある研究によると、MSM の間での直腸淋病は、肛門性交中の薬物使用と最も関係している。

セクシャル・パートナー探しのためのインターネット使用が新規感染の増加の要素であることが認識されてきた。オンラインによりパートナーと出会う MSM はより多くのパートナーを持ち、より無防備な肛門性交をする傾向がある。そして彼らは、これまでに金やドラッグと性を交換したり、過去に HIV 陽性者とセックスをした経験があることが多い。インターネットは、またリスク抑制や予防の機会にも扉を開く。たとえば、MSM がオンライン・パートナーとの性的出会いにおいて、知らない相手やインターネット・パートナーとは、コンドーム使用などによる特別な危険抑止策をとり、「良く知っている」相手とは無防備はセックスを行うというようなことがある。また MSM オンラインでは、「安全なセックスのみ」とか HIV 陰性者の相手だけなど特別なリク

エストをすることもできる。MSM やその他の人でインターネットでセックスを求める人は、オンライン・パートナーを持たない人に比べ、より STD オンラインについて情報にアクセスする傾向がある。インターネットは無制限に性的出会いを許しているが、ゲイ男性が社会的支援を見つけたり、安全なセックス・メッセージを広める場所でもある。インターネットは、HIV 感染の生物学から薬物使用の影響までの範囲の事柄を学ぶことにより、ゲイ男性間の健康や健全をプロモーションする無限の機会でもある。

最後に、異なる年齢のゲイ男性は異なったニーズをもっており、一つのタイプや年齢グループを超えたアプローチは必要ない。年齢は、一つの文化的反応であり、提供者は年齢に適切なプログラムを確認して動かなければならない。

1-2) ゲイ男性に対する HIV 予防の優先は何か。

HPPC は、ゲイ男性の健康とポジティブ・セクシャリティを踏まえた HIV 予防に対する健康と健全を支援している。つまり、ゲイ男性のための HIV 予防プログラムは、精神衛生や薬物乱用カウンセリング、STD 検査と治療を含む健康に関係したサービスと強い連携がなければならない。これらのすべてのサービスは、文化的に適切な方法で提供されなければならない。できるならば、サービスはコミュニティに根ざしたもので、ゲイ男性が居住したり、たむろするところにあるべきである。ゲイ男性に関するある研究では、HIV 予防プログラムは社会的支援とコミュニティの様子を強化することに焦点を当てるべきであるとしている。

ゲイ男性の研究では明らかに性行為のリスクの増加とそれに伴う HIV 感染の増加が示されている。この流行の新しい時代において、なにが原因で増加し、どのような有効な予防策があるかに関する研究が少ない。

(2) バイセクシャルな男性

2-1) バイセクシャルな男性のニーズに合った HIV 予防とは

バイセクシャル男性に限られた流行データはほとんどない (バイセクシャル男性は、MSM 全体のデータに含まれる)。カウンセリングと検査情報から、バイセクシャル男性の方がゲイ男性より HIV 感染率が低いとされている。しかしながら、バイセクシャル男性のサブ・グループの一つである注射による薬物使用者では明らかに HIV 感染にリスクが高いことがわかっている。

バイセクシャル男性の HIV 予防のニーズを考える際に二つの主な疑問がわいてくる：(1) ニーズは、ゲイ男性のものとは異なるのか？ (2) 女性の間で新規 HIV 感染後、男性および女性とのセックスはどのようにおこなわれるのか？

一つ目の疑問に対しては、サンフランシスコ基本調査ではしばしばゲイとバイセクシャル男性は区別なく報告される。それ故、特にサンフランシスコでは、バイセクシャル男性の HIV リスクを詳細に述べることはチャレンジングなことである。バイセクシャル男性は、ゲイ男性間同様に、ハイリスクな性行動の経験が増加する傾向にある。

二つ目の疑問に対しての答えは複雑である：どの程度バイセクシャルな男性が MSM と女性の HIV 感染の架け橋になっているのだろうか？なぜなら、サンフランシスコの女性の新規感染者数があまりにも少ないからである (静注薬物利用者でない女性は年間 10 人以下と推測される)。このことは、女性がバイセクシャルの男性を含めて他人から HIV を感染させられる率が低いことを示している。新規感染者が年間 10 人以下であるが、少なくとも数名は男性とも女性ともセックスをする男性と性関係を持っている可能性がある。ボストン調査では、男性とも女性ともセックスを行う男性は、男性パートナーと比べ、女性パートナーとのセックスにより無防備であると指摘している (Wold et al 1998)。別の研究では国レベルで年間 40,000 人の新規感染者農地 200 人から

600人の女性がバイセクシャルな男性とのセックスにより HIV に感染したとしている (Kahn et al 1997)。結論として、バイセクシャル男性と彼らの女性パートナーのリスク行動がサンフランシスコで認められているが、女性間の HIV 感染への影響は恐らく低いレベルである。

2-2) バイセクシャル男性への HIV 予防の優先は何か。

バイセクシャル男性の HIV 予防へのアプローチは、ゲイ男性へのものと似通っているに違いない。なぜなら、可能な調査から彼らのニーズはゲイ男性のものと似かよっているからである。バイセクシャル男性に対し、同様の戦略と介入が優先されるが、バイセクシャル男性には、男性パートナーに対してと同様、女性パートナーに対するより安全なセックスに力を注がなければならない。

バイセクシャル男性とゲイ男性と異なった HIV 予防を行うとしたら、サンフランシスコのバイセクシャル男性の特別なニーズについてもっと調査が必要となる。

(3) 男性と性行為を行う異性愛者と自覚している男性 (Heterosexually identified men who have sex with men)

3-1) 誰が、男性と性行為を行う異性愛者と自覚している男性なのか。

男性と性行為を行う異性愛者と自覚している男性は、サンフランシスコでも国においても、コミュニティ・レベルやメディアで注目を浴び始めている。2003年にニューヨーク・タイムズ紙は、彼らを「床下に押し込められた二重生活 (Double Lives on the Down Low: DL)」と呼び国中の注目を浴びた。DL はコミュニティでは、彼らの女性パートナーや、友人、家族に知られないように内緒で男性とセックスをしていると考えられている。

HIV 予防機関は、どのようにして DL を特定の層であると断定するか、また、どのようにして個

人が自分のセクシャル・アイデンティティや行動が DL であると認めるかを理解する必要がある。この人口層は、単一のものではなく、男性と秘密時にセックスをし、結婚し、子どもがいる者もいる。彼らの中には、食物や住居あるいは、薬物と交換するような経済的理由により男性とセックスするものもいる。ある者は、刑務所や監獄で男性とセックスを行ったものもいる。一般的には、これらの男性は、自分自身の考えや、世間や家族の規範や価値のため秘密事に男性とセックスを行うのが一般的である。これらの人口層は、大変多様で男性とのセックスに関して秘密事なので、HIV のリスクが高いと思われるが、同時に予防メッセージをおくるには大変困難である。

3-2) 異性間性交者と自覚している MSM に対する HIV 予防のニーズは何か。

この人口層が HIV/AIDS にどの程度影響を与えているかを推定するのは、困難である。なぜなら、自分たちは、異性間性交者だと認識しており、男性と性行為を持ったことを告白しないため、現状はデータには反映されない。しかしながら、1997年から2000年の間に異性間性交者であると認識しながら男性と性行為を持った男性 1,749人が、HIV 検査を受けていることが報告されている (全ての検査者の 3.5%)。内 62人が HIV に感染しており、HIV/AIDS 統計と疫学部の検査者の 3.5%の感染率に当たる。検査を受けようとした人は、検査を受けなかった人に比べより危険行為を行っていたと考えられる。

一般には、調査やデータはこれらの対象人口では、性的行動と静脈注射を行うことが HIV にさらされる危険行為とみなされている。しかしながら、セックスなのかドラッグなのかどちらが重要な要素かは不鮮明であると同時に、このグループは自分達の行動を秘密にして恐らく最小限にしか報告していないことからどの程度危険に曝されているのかも明白ではない。

2002年に HPPC は、自分では異性愛者と思っている MSM のニーズ・アセスメント調査を行っ

た。ニーズ・アセスメントからの結果は、以下の通りである。

- ヘテロセクシャルであると思っている男性は、ゲイ男性に比べHIVに関する知識レベルが低く、危険に対しての認識が低い。
- ヘテロセクシャルであると思っている男性と彼らの男性パートナーとの性的関係ではドラッグ使用が実在する。ドラッグを用いている時には、コンドームの使用もしくは、コンドームについて話し合うことがより軽減する。場合によっては、偶然の出会いではなく、ドラッグの支払いのためにセックスを行うこともある。
- ヘテロセクシャルであると思っている男性と彼らの男性パートナーとの性的関係や遭遇は、普通は二重生活をしているために「尋ねない、話さない (don't ask, don't tell)」という秘密事に行われている。
- ヘテロセクシャルであると思っている男性と彼らの男性パートナーの間には、性的な会話がいつもあるわけではない。また、会話があったとしてもいつも安全な行動につながるとは限らない。ヘテロセクシャルであると思っている男性は、HIVについて話し合うことはタブーと思っているので、HIVについて話し合うことはない。さらに言うなら、たとえヘテロセクシャルであると思っている男性と彼らの男性パートナーがHIV感染を打ち明けたとしても、彼らは無防備なセックスを行う。
- ヘテロセクシャルな男性は、刑務所内や、軍隊内、サバイバルセックス、グループや、クラブ、バー（ゲイ・クラブとゲイでないクラブの両方）、道端、公園、インターネット、ト

ラックの停留所、セックス・クラブ、公衆浴場、学校、コインランドリーや成人向け本屋などで、男性を見つけ、セックスを行う。

ゲイやバイセクシャル男性のフォーカス・グループ参加者は、このような男性たちにHIV予防のメッセージを届ける最善の方法は、このような男性の真実を描いたソーシャル・マーケティング・キャンペーンを行うことだと提案している。

ヘテロセクシャルであると思っているMSMのためのHIV予防は、(1)個人レベル、(2)コミュニティ・レベルの2つのレベルでリスクを強調しなければならない。個人レベルでは、多くのこれらの男性は、教育、手助け、そして彼らの男性や女性パートナーとの安全なセックスに従事することを見据えた支援を必要としている。恐らく、彼らは内的にあるホモホビアや二重生活を行うという精神的病に対処できるような心理社会的支援が必要であるかもしれない。コミュニティ・レベルでは、ホモホビアや、ドラッグ乱用、貧困などハイリスクに導く環境に焦点を当てる必要がある。恐らく彼らの男性パートナーはこのグループの個人レベルに対し、またコミュニティ・レベルのソーシャル・マーケティング介入を手助けし、HIV予防のメッセージを提供してくれる最善の位置にいるだろう。

6. 優先順位付けモデルの歴史

1995年に初めて、サンフランシスコの優先順位付けモデルが開発された。これまでの歴史は(表3)に示すとおりである。

表 3 HPPC の優先順位付けモデルの歴史 (History of the HPPC's Priority Setting Model)

年 度	モデルの内容	強み (Strengths)	限界 (Limitation)
1995	<ul style="list-style-type: none"> 対象層のリスク・レベルは以下のようにして決定された： <ol style="list-style-type: none"> (1) 暴露の可能性 (2) 身体的余因子 (3) 行動的余因子 	<ul style="list-style-type: none"> リスクに対する生物学的影響と社会影響の両方を定期的に報告した 	<ul style="list-style-type: none"> 特に資金の優先順位付けの基準がないので、資金の優先性は主観的だった
1997	<ul style="list-style-type: none"> 12 のリスク行動層 (Behavior Risk Population: BRP) をつくり、年間の予想新規 HIV 感染数に応じてランク付けをした 	<ul style="list-style-type: none"> リスクに曝された対象層の行動に焦点を当てた 優先順位付けのための特別疫学基準を作成した 計画の有効的手法を用いた 	<ul style="list-style-type: none"> 現存データが BRP に格付けできなかったために、効果的に優先順位をつけることが困難であった それぞれの BRP 内のハイリスク小群層を重要視しなかった
2001	<ul style="list-style-type: none"> 1997 年モデルの 12 ランクの BRP は、年間の予想新規 HIV 感染数に応じた 8 ランクの BRP に統合された おのおのの BRP において 8%以上の感染が認められたものを小群層とし、資金を確保した BRP は、3 つ層にグループ分けし、それぞれの層に割合に応じて資金の配分をおこなった 	<ul style="list-style-type: none"> リスクに曝された対象層の行動に焦点を当てた 優先順位付けのために特定の疫学的基準を含めた 計画のための有効な手法を用いた 資金確保のためリスクの高い小群層を特定した 現在の疫学状況に基づき資金配分を指示した BRP フォーマットに報告されたデータと予測を使用した 	<ul style="list-style-type: none"> モデルは、現実の世界で起こっていることを取り上げる HIV 予防のための包括的アプローチ推進の代わりに、BRP の世界に置き換えて物事を見すぎる傾向があった
2004	<ul style="list-style-type: none"> 8 つの BRP は年間の新規感染者予想数によりランクづけされる 小群層と余因子の両方で、罹患率、発病率と行動データが確認され、資金の優先順がきめられる BRP は、4 階層に分けられ、それぞれの層に対 	<ul style="list-style-type: none"> リスクに曝された対象層の行動に焦点を当てた 優先順位付けのために特定の疫学的基準を含める 計画のための有効な手法を用いる 資金の優先順位を決定するためにリスクの高い小群層と余因子を確認する 疫学状況に基づき資金の 	<ul style="list-style-type: none"> 疫学者たちはそれ以降新規感染において、大きな変化はないとしているが、3 年前に合意した予測に基づいたものである

	<p>する資金の分配割合が 勧告される</p>	<p>配分を指示する BRP フォーマットに報告さ れたデータと予測を使用 ・リスク行動だけに限らず、 個人、コミュニティの広範 囲にわたるニーズについて 語るコミュニティ評価を伴 う</p>	
--	-----------------------------	--	--

1) 2004年から2008年までの優先順位：

2004年から2008年のための優先順位付けモデル (Priority-Setting Model for 2004 through 2008) は、2001年モデルを強化し、HPPCにより2003年に新しい優先順位付けモデルが作成された。優先は以下の方法で決定されている。優先順位に基づいてまとめたものが(表4)である。2004年から2008年のための完全版 HPPC 優先順位づけモデルは、(表6)に示す。これは、2003年初頭に2つのフォーカス・グループの参加者からのインプットをもとに、HPPC 計画政策委員会 (HPPC Plan Policies Committee) により作成され、HPPCにより承認された

- ・ リスク行動層 (Behavioral Risk Population: BRPs) : 人口学的な区分ではなく、リスク行動によって人々を区分した。リスクが高い行動をする人から順に(表4)に示している。
- ・ 小群層と余因子 (Subpopulation and Cofactors) : それぞれの BRP の中でリスク行動グループと事柄において優先順位付けして

いる。BRPとは異なり、これらのグループは人口統計学的 (小群層)、あるいは HIV のリスクを押し上げるような余因子により決定されている。

- ・ 資源分配階層とガイドライン : BRP は層にグループ分けされる。そしてそれぞれの層に対し資金割合が勧告される。リスクレベルの高い層ほど、助成金の割合が高く勧告されている。
- ・ その他の考慮すべきことがら : 追加として、プロポーザル選択と資金配分のためのその他の考慮すべきことがらは表5に述べている。市当局の HIV 予防課が HIV 予防のためのプログラムのプロポーザルを要請した場合は、資金配分決定に際しこれらのことがらを考慮に入れる。

表 4 サンフランシスコにおける HIV 予防のための優先的資金配分の要約

リスク行動層 (Behavior Risk Population: BRP)	人口統計学的に優先的 小 群 (Prioritized Demographic subpopulations)	優先される余因子 (Prioritized Cofactors)	資源分配階層	推奨資金割 合+
1. MSM, MSM/F	<ul style="list-style-type: none"> ・ゲイの男性 ・アフリカ系アメリカ人 ・アジア系/太平洋西部 地域出身系アメリカ人 ・ラテン系アメリカ人 ・アメリカ・インディア ン ・白人 ・年齢 29 歳以下 ・年齢 30 歳以上 	<ul style="list-style-type: none"> ・ドラッグ使用 (IDU 以外) ・スピード使用 ・ポパー使用 ・ホームレス/生活困窮 者住居 ・監禁 ・セックス・ワーク ・STD ・インターネット使用 ・HIV+のパートナーを 持つこと ・IDU のパートナーを 持つこと 		
2. TSM,TSM/F, TSF, TSM/T, TSF/T	<ul style="list-style-type: none"> ・MTF のアフリカ系ア メリカ人 ・MTF のアジア系/太平 洋西部地域出身系アメ リカ人 ・MTF のラテン系アメ リカ人 ・MTF のアメリカ・イ ンディアン ・MTF の白人 ・年齢 29 歳以下の MTF ・年齢 30 歳維以 上の MTF 	<ul style="list-style-type: none"> ・入手可能な正式デー タは、どの小群に財政 を優先させるかには、 十分な根拠を提供して いない。 	1	73-81%
3. MSM-IDU MSM/F-IDU	<ul style="list-style-type: none"> ・ゲイの男性 ・バイセクシャルの男性 ・アフリカ系アメリカ人 ・アジア系/太平洋西部 	<ul style="list-style-type: none"> ・ドラッグ使用 (IDU 以外) ・スピード使用 ・ポパー使用 		

	<p>地域出身系アメリカ人</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アメリカ・インディアン ・白人 ・年齢 29 歳以下 ・年齢 30 歳以上 	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームレス/生活困窮者住居 ・監禁 ・セックス・ワーク ・STD ・インターネット使用 ・HIV+の男性パートナーを持つこと ・IDU のパートナーを持つこと 		
4. FSM-IDU, FSM/F-IDU, FSF-IDU	<ul style="list-style-type: none"> ・入手可能な正式データは、どの小群に財政を優先させるかには、十分な根拠を提供していない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・セックス・ワーク 	2	18-22%
5. MSF-IDU	<ul style="list-style-type: none"> ・アフリカ系アメリカ人 ・年齢 30 歳以上 	<ul style="list-style-type: none"> ・入手可能な正式データは、どの小群に財政を優先させるかには、十分な根拠を提供していない。 		
6. TSM-IDU, TSM/F-IDU, TSF-IDU, TDT-IDU, TSM/T-IDU, TSF/T-IDU	<ul style="list-style-type: none"> ・MTF のアフリカ系アメリカ人 ・MTF のアジア系/太平洋西部地域出身系アメリカ人 ・MTF のラテン系アメリカ人 ・MTF のアメリカ・インディアン ・MTF の白人 ・年齢 29 歳以下の MTF ・年齢 30 歳以上の MTF 	<ul style="list-style-type: none"> ・入手可能な正式データは、どの小群に財政を優先させるかには、十分な根拠を提供していない。 	2	18-22%
7. FSM, FSM/F, FSF	<ul style="list-style-type: none"> ・アフリカ系アメリカ人 ・年齢 30 歳以上 	<ul style="list-style-type: none"> ・セックス・ワーク ・STD ・HIV+のパートナーを持つこと ・IDU のパートナーを持つこと 	3	1-5%
8. MSF	<ul style="list-style-type: none"> ・アフリカ系アメリカ人 ・年齢 30-39 歳 	<ul style="list-style-type: none"> ・IDU のパートナーを持つこと 	4	<1%

+ 全資金が利用可能な場合のパーセント

表5 プロポーザル選定と資金配分の原則ガイド

質 問	合理的なもの
1. 提案したプログラムは効果的ですか？	立証された効果で、新規感染を抑制するという究極のゴール達成に最高の好機をもたらすプログラム。特に行動変容を導くようなものだとおさらである。報告書の例として、現存するプログラムの評価や類似のプログラムの評価などを含んだものである。
2. 提案したプログラムは、個人のニーズの範囲にどのぐらい焦点をあてましたか？	HIV 予防は、もはやコンドームや漂白キットの配布やそれらの使用方法を示すような、単なる教育に関するものだけではない。ドラッグの使用や精神疾患、貧困、スキルズ・ビルディングやその他の多くに事柄を含むリスクに影響を与えるような多様な要素に注意を払わなければならない。プログラムは、手が届きたい層の事柄や余因子に注意を向ける能力を示さなければならない。
3. 提案したプログラムは、プログラムでは得られないサービス・ニーズにクライアントをどのようにうまくリンクしていますか？	プログラムは、クライアントのニーズを全て提供することはできないので、HIV 予防プログラムがプログラム内あるいは外の媒体と連携する方法をつくりあげなければならない。付け加えるなら、HIV 予防プログラムは、効果的な連携と施設でのフォロー・アップ手続きを持たなければならない。そして、適切な連携ネットワークを築き、維持できる能力を示す必要がある。また、文章による紹介の仕組みも持つ必要がある。
4. 資金援助された BRP のニーズからかけ離れた生活状況の人々に対し、提案プログラムは、どのようにうまく働くか？	プログラムは、たとえ BRP に当てはまらない人にサービス提供することになっても、彼らの生活状況下で一緒にやっていかなければならない。たとえば、女性の IDU のためのプログラムでは、たとえ正式には女性のためにだけ資金がつけられたプログラムであったとしても、彼女たちの男性セクシャル・パートナーも同様にクライアントにすることが最適な HIV 予防であるとわかるかもしれない。HIV 予防のためのクライアント中心アプローチが強く望まれる。
5. 提案したプログラムは、どのように HIV 感染者の予防ニーズにうまく働きかけますか？	流行拡大を抑えることは影響を受ける全ての人々、つまりハイリスクな HIV 陰性者、自分の感染を知っている HIV 陽性者、自分で感染を知らない HIV 陽性者に働きかけることになる。過去においては、HIV 予防は、HIV 陰性者に焦点を当てて行われていた時期に引継ぎ、陽性者、