

	<p>陰性者の両者に対して大まかに行われていた。今私たちは、リスクの高い HIV 陽性者と自分自身の感染の有無を知らない人たちと同様、リスクの高い HIV 陰性者の特別なニーズを把握し、重要視する時期である。それ故、陽性者と共に行う予防が今後の対策の鍵となる。</p>
<p>6. 提案したプログラムは、感染の有無を知らない人たちに HIV 検査を推奨するのにどのようにうまく働きかけますか？</p>	<p>HIV 検査は、HIV 陽性者及び陰性者にとって、HIV 予防教育を提供する機会であり、人々をヘルス・ケアと社会サービス (STD の検査を含む) に結びつけるものである。それ故、これまでに検査を受けたことのない人や、最近検査を受けていない人に到達することは重要である。</p>
<p>7. これまでに提案したプログラムはうまくいっていますか？</p>	<p>信頼できる過去の実績 (たとえば、契約の要請に見合う能力) からプログラムは、うまくいくと思えるか。しかしながら、新規プログラムは HIV 予防課との以前の契約を執行しなかったことで罰せられない。</p>
<p>8. 提案したプログラムは、費用効果がいいですか？</p>	<p>財源が不確かな時代において、サンフランシスコはプログラムが資金を適切に使用しているかを確認する必要がある。サンフランシスコは、正式は費用効果モデルを採用していないが、機関はプログラムの費用効果の秘話もしくは証拠を持っているかもしれない。HIV 予防の費用効果をさらに付け加えるなら以下を参照。Rand Corporation "Maximizing the Benefit: HIV Prevention Planning Based on Cost-Effectiveness" (http://www.rand.org/publications/DRU/DRU3092.pdf)</p>
<p>9. 個々のプログラムに対して分配される助成金は、効果的プログラムを実施し、SFDPH の行政的要請に見合うのに十分か？</p>	<p>対象施策層のサイズ、影響を与えられる層、管理経費とそのほかの要因は、資金の額を決定するときに配慮すべきである。たとえば、少ない対象施策層は、より大きな対象施策層より全体的に少なく要求する。手が届きにくい層の場合は、一人当たりに対する額はより多く必要となるだろう。多面的介入タイプのプログラムは、より評価資金が必要となるだろう。</p>
<p>10. どのようにしてサンフランシスコは HPPC の優先順に注目しながら利用可能な全ての資金を最良の方法で使いこなすことができるか？</p>	<p>資金が厳しくなるなか、サンフランシスコは利用可能な資金をどのように使い、いかに財源を多様化しニーズに見合っていくかを思慮しなければならない。</p>

表 6 HPPC 優先順位付けモデル 2004 年から 2008 年 (HPPC Priority-Setting Model, 2004-2008)

ステップ 1	BRP は、発生数により優先順位付けされるべきである (例、新規感染数の見積もり)
ステップ 2	<p>それぞれの BRP 内の小群層/余因子は、以下の一つあるいはそれ以上の基準にあてはまるなら、優先的に資金配分されるだろう；</p> <p>a) 小群層 (あるいは、余因子に影響を受けるグループ) の血清有病率が 8% あるいはそれ以上</p> <p>b) 小群層 (あるいは、余因子に影響を受けるグループ) の発生率が少なくとも BRP 全体の 1.5 倍であること。カウンセリング・検査のリピーターのデータや、非調整 ELISA カウンセリング・検査データと/あるいは発生率の研究に基づく。</p> <p>c) サンフランシスコで行われた少なくとも 2 つの関連研究から、グループはハイリスクな小群層 (BRP 全体より行動リスクが高い) あるいは、HIV 感染増加のリスクの余因子 (BRP 全体より余因子の影響を受ける人の間での行動リスク) であることを示している証拠があること。この証拠は、質的あるいは量的なものであるかもしれない。データは、広範囲な対象 (たった一つの機関のクライアントなどではなく) から収集されていなければならない。データ収集は 1997 年の初め以降に完結していなければならない。(もし、1997 年以降の関連したあるいは、地方の研究が完結していなければ、サンフランシスコの現在の感染流行を適切に表す場合は、それ以前あるいは、国レベルの研究も考慮に入れることもある。)</p>
ステップ 3	研究者や提供者、コミュニティ構成員からの行動やその他のデータを用いてハイリスクあるいは発生数の増加により施策層を特定する。
ステップ 4	資金配分のガイドラインを作成する。
ステップ 5	プロポーザルの技術的レビューおよび、プロポーザル選択過程、助成金授与で財源配分を行うときに考慮すべき留意点リストの開発を行う。これらの留意点は、提供者の臨機応変さを推進し、サンフランシスコが瀬戸際で、高いレベルの HIV 予防プログラムとサービスを保証するものでなければならない。

7. サンフランシスコの対策評価

評価は、事柄や施策対象層、プログラム、サービスあるいはその他の現象をより良く理解するための科学的調査方法を用いた情報収集と分析過程である。例えば、HIV 予防の評価の過程で、以下のように用いられる：

- ・ リスクに曝された施策対象層のニーズを同定する
- ・ HIV 予防プログラムや介入が効果的であるかどうかを示す
- ・ 新規 HIV 感染が増加しているのか減少しているのかを決定する

1) 現在の評価方法（2003 年まで）

今日、サンフランシスコの HIV 予防に対する評価方法は、主たる 3 つの領域で行われてきた：(1)記録された数、人口統計、HIV 予防サービスを受けた人のリスク行為、(2) 特定のタイプの介入に対する行動成果を測定すること、(3) サーベイランスと HIV 予防指標を通して流行を追跡すること(表 7)。

現在のサンフランシスコの HIV 予防評価方法は、パートナーシップ、協力、そしてフィードバ

ックループの原則に基づいている。HPPC および HIV 予防サービス課は、以下のパートナーと協力して行っていくよう努力、促進している。

- ・ サンフランシスコの HIV 予防利用者 (Consumers of HIV prevention services in San Francisco)
- ・ サンフランシスコで HIV の影響を受けたコミュニティ (The HIV-affected community in San Francisco)
- ・ サンフランシスコの HIV 予防提供者 (HIV Prevention Providers in San Francisco)
- ・ サンフランシスコ住民の予防調査を行っているカリフォルニア州立大学サンフランシスコ分校 (UCSF) AIDS 予防研究センター (CAPS) などの学術調査機関
- ・ アメリカ防疫センター (Center for Disease Control and Prevention (CDC))
- ・ カリフォルニア州 AIDS 局 (State of California Office of AIDS)
- ・ SFDPH(評価研究者、疫学者、プログラム・マネジャー、HPPC の支援スタッフなど)
- ・ HIV 健康サービス計画委員会 (HIV Health Services Planning Council)
- ・ コンサルタント (HIV 予防提供者と HPPC との契約者)

表7 サンフランシスコ評価フレームワーク（2003年まで）

評価の焦点	理論的根拠	情報源
数、人口統計、予防を受けた者のリスク行為の記録	<p>以下のものを確保している：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ HIV 予防介入がリスクの高い施策対象層に届いている（HPPCの優先度モデルの高い施策対象層） ・ HIV 予防提供者が契約で設定したゴールと目的に見合っている ・ HPPC 優先順位付けでは同定されなかった高リスク施策対象層へのサービスが記録され、将来的な優先層になる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ELI システム*に入力されたサービスデータ ・ 提供者の追跡報告書 ・ 特定の施策対象層によるニーズ査定
行動成果の査定	<p>以下のものを確保している：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者のニーズに合致しているか ・ 介入は、HIV 感染を引き起こすような行動に効果的に警告しているか ・ 資源は、影響を受ける人々に最も効果的な介入に割り当てられているか 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 提供者によって測定された行動成果 ・ 研究者による成果評価研究
流行の経過の追跡	<ul style="list-style-type: none"> ・ HIV 予防が新規 HIV 感染を抑えるという究極のゴールにどのくらい貢献したかを査定すること ・ 予防の焦点あるいは資源をシフトが必要な流行の変化を追跡すること 	<ul style="list-style-type: none"> ・ HIV 予防指標（例：コミュニティ対象の行動調査、STD 流行） ・ 新規感染の HIV カウンセリングと検査 ・ 人口統計研究 ・ AIDS 症例データ

* ELI：Evaluation Local Interventions；カリフォルニア州全体の web を基本としたデータ収集。・入力システム。CDC2000 評価ガイドに見合うよう構築。

2) 2004-2008年間のサンフランシスコの評価フレームワーク

評価作業は、空中に存在するものではない。評価は、継続するプログラムの改善を導くフィードバックの輪の一部である。ニーズの査定、過程評価、成果の追跡、成果評価などのそれぞれの段階で、情報は、HPPC および HIV 予防課へ提出される。これらの情報をもとに以下のようなことが行われる：

- ・ ニーズ査定の優先順位付けと成果評価研究
- ・ HIV 予防が新しく焦点を当てるべき領域の同定（例：IDU 以外のドラッグ使用者のリスク性行為への影響）
- ・ HPPC の施策対象層、対策、介入の優先順位の更新と改正
- ・ 流行傾向に見合った資源の分配
- ・ 施策対象層に対する最も効果的な HIV 予防介入を提供している人への助成
- ・ HIV の影響を受けているコミュニティに現在の流行情況と HIV 予防優先の情報提供

3) 評価の実施計画

2004年から2008年の評価活動は、CDC、州、サンフランシスコ公衆衛生局（SFDPH）の共同作業で行われる（HPPCは、最終評価には組み込

まれていないが、SFDPHの評価の要求事項は、HPPCの勧告に基づいている）。上記の3つのグループがHIV予防提供者、SFDPHおよびHPPCの評価の責任を担っている。3つのグループのタイプ別評価は、表8に示している（タイムフレームは省略）。表9から表13は、完了のタイムフレームと要求事項に合うために必要な活動を示している。評価活動が全体として首尾一貫してリンクしているテーマは、フィードバックループを作りあげており、評価や研究知見が、HIV予防の改善に用いられるよう継続的に普及が確保されている。それ故、幾つかの活動はHPPC、SFDPH、HIV予防提供者間で、情報やデータを共有し、協力体制をとっている。

2004年の初頭にCDCは、新たに2つの要求事項を実施している。(1) プログラム評価とモニターシステム（Program Evaluation and Monitoring System: PEMS）：データ収集、入力および報告はwebベース・システムを用いること。PEMS使用の最終目的は、ELI用いての要求事項と合体させて、データ収集と入力における重複を避けるメカニズムを見出すことである。(2) データ収集と報告は、CDCが定めた20の実施指標（付表2）に関連して行うこと。

表 8 評価タイプと責任機関別のサンフランシスコの評価要求事項

	HPPC	SFDPH	HIV 予防提供者
ニーズ査定	<ul style="list-style-type: none"> 優先順位付けモデル第 3 段階*を用いたニーズ査定の優先決定を行う 	<ul style="list-style-type: none"> HPPC により優先順位付けられたニーズ査定を実施する 	<ul style="list-style-type: none"> 参加者募集による支援でニーズ査定に参加する
過程評価	CDC 実施指標による測定		
	<ul style="list-style-type: none"> SFDPH の CDC に対する年次報告書により実施指標ターゲット達成の進捗状況をレビューし、必要な行動ステップの勧告を行う SFDPH と協力して地域に適した指標と（あるいは）評価過程の開発を行う 	<ul style="list-style-type: none"> CDC に対し、指標ターゲットに向けた進捗報告を行う 地域に適した指標と（あるいは）評価過程開発と追跡を行う 	N/A
	ELI と PEMS 実施		
	<ul style="list-style-type: none"> SFDPH と協同で、CDC と州、地方の要請に合致しつつ、データ収集を合理化する方法を探究し実施する 	<ul style="list-style-type: none"> CDC と州、地方の要求に合致しつつ、データ収集を合理化する方法を探究し実施する <ul style="list-style-type: none"> HIV 予防提供者に対する ELI/PEMS 実施のための技術支援を行う 	<ul style="list-style-type: none"> データ収集の合理化に関し SFDPH にインプットする 予算が付いている全ての介入データを ELI/PEMS の要請に従って収集と入力を行う
	コミュニティ計画過程の評価		
	<ul style="list-style-type: none"> SFDPH と協同によるコミュニティ計画のための CDC 実施指標に基づく収集と報告を行う 	<ul style="list-style-type: none"> コミュニティ計画のための CDC 実施指標に基づく収集と報告を行う 類似性、包括性、代表性についてコミュニティ計画過程の評価を行う 	N/A
品質保証の実施			
<ul style="list-style-type: none"> 品質保証ポリシーと手順 	<ul style="list-style-type: none"> 費用効果を含めた品質保 	<ul style="list-style-type: none"> 品質保証ポリシーと 	

	開発についてSFDPHと協力する	証ポリシーと手順を開発し実施する（プログラム実施とデータ収集の両方）	手順を厳守する
	クライアント満足度の査定		
	回答なし	<ul style="list-style-type: none"> ・ HIV 予防提供者に対し、クライアントの満足度に関するサーベイあるいはその他の活動実施のための技術支援を提供する 	<ul style="list-style-type: none"> ・ クライアント満足度サーベイあるいはその他の活動の実施と結果報告を行う
成果モニター	<ul style="list-style-type: none"> ・ SFDPH から CDC への年次報告書により提供者の行動成果をレビューし必要な行動ステップを勧告する 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎年提供者の行動成果を CDC に結果報告する 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 少なくとも予算がついている介入の行動成果についての測定と報告を行う
成果評価	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一つの成果評価研究に優先順位をつける 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 成果評価研究を一つ完成させる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 成果評価研究を行うのに必要であれば SFDPH, HPPC に協力を行う
サーベイランス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 年 2 回報告されるサーベイランス・データを含んだ疫学傾向の発表を聞き、必要な行動ステップを開発する 	<ul style="list-style-type: none"> ・ CDC 実施指標に関するデータを含んだサーベイランスに対する HPPC と HIV 予防課のニーズに応じる 	回答なし

*優先順位決定モデル第3段階：リスクの高い層あるいは、研究者や提供者、コミュニティ・メンバーからの行動学とその他のデータから罹患率が伸びている層の同定

表9 ニーズの査定：要求事項、活動、タイムフレームと責任機関

責任機関	要求事項	活動 (タイムフレーム)
HPPC	1. 優先順位付けモデルのステップ3によるニーズ査定 の優先順位付け	1a. 現在のデータの検討 (毎年) 1b. 罹患率が増加しそうな層の同定 (毎年) 1c. SFDPH に対し 2 つまでニーズ査定を提案する (毎年)
SFDPH	2. HPPC によって優先順位付けされたニーズ査定の実施	2a. HPPC のニーズ査定 の検討 (毎年) 2b. ロジスティックスと資金が可能なものか査定する (毎年) 2c. 資金の確保 (毎年) 2d. ニーズ査定の実施 (資金留保) 2e. HPPC や他の研究者、コミュニティ構成員にたいして知見を配布 (終了後 6 ヶ月以内)
HIV 予防提供者	3. 参加者募集による支援で ニーズ査定への参加	3a. 機関クライアントがニーズ査定に参加資格があるか見極める (適切な場合) 3b. 資格があるクライアントを研究者に紹介する (適切な場合)

表 10 過程評価：要求事項、活動、タイムフレームと責任機関

責任機関	要求事項	活 動 (タイムフレーム)
過程評価を計画すること		
SFDPH (HPPC と HIV 予防提供者からのインプットにより)	1. CDC と州、地方の要求に合致しつつ、データ収集を合理化する方法を探究し実施する	1a. 2004 年 HPPC 評価委員会と協力して、提供者とクライアントの負担を最小限に抑えながら、ELI と PEMS の両方の要求に合うプランを開発する (2004 年 1 月 - 3 月) 1b. 計画実施のための資金その他の資源の同定と確保を行う (2004 年 4 月 - 7 月) 1c. 計画実施 (2004 年 7 月から開始し現在も継続)
CDC 実施指標により測定すること		
SFDPH (HPPC からのフィードバックを得て)	2. 実践指標のターゲットに向けての進展を CDC に報告	2a. CDC 実施指標のベースラインとターゲットの同定を行い、CDC に報告提出 (毎年 7 月 15 日までに) 2b. 関連 ELI/PEMS データの分析 (毎年 2 月までに) 2c. CDC 実施指標のターゲットに向けての進展の年次報告を公表し、HIV 予防努力の改善と実施指標に基づくデータ収集の改善に関するフィードバックを入手する (毎年 3 月) 2d. 実施指標のターゲットに向けて進展報告を提出する (毎年 4 月 1 日までに)
	3. 地方に密着した指標と (および) 評価過程の開発と追跡	3a. 地方の成功と改善分野を文書化するような指標/評価過程を同定する (2004 年 1 月 - 12 月) 3b. これらの指標を測定できるデータや資源の利用可能性を査定する (2005 年 1 月 - 3 月) 3c. これらの指標の定期的な追跡を実施する (2005 年 4 月から現在も継続)
ELIP と EMS の実施		
HIV 予防提供者 (SFDPH からの技術支援を受けて)	4. 助成された全ての介入について ELI/PEMS の要求に基づく情報の収集と入力	4a. 助成されている全ての介入について、サービス係最新文書により特定されたような要求情報を収集する (継続中) 4b. 収集されたデータを 2 週間以内に ELI

		システムに入力する（継続中） 4c. ELI のデータ収集の調整を行ない、PEMS の要請に合うように入力する（必要に応じて）
コミュニティ・プランニング過程を評価すること		
SFDPH (HPPC からのインプットを受けて)	5. コミュニティ・プランニングのための CDC 実践指標について情報収集し報告する	5a. CDC 実践指標のためのターゲット開発とターゲット測定計画のために、2004年 HPPC 評価委員会と協力する（2004年1月-6月） 5b. フィードバックのために HPPC に実践指標の進展に関するデータを報告する（毎年） 5c. 実践指標の進展について CDC に報告書を提出する（毎年）
	6. 類似性、包括性、と代表性を加味したコミュニティ・プランニング過程を評価する	6a. HPPC の過程を観察し、HPPC にフィードバックを提供し、HPPC と共同司会を務める外部の過程評価者と契約を行う（毎年1月までに）
品質保証を行うこと		
SFDPH (HPPC からのインプットを得て)	7. 費用効果の査定を含んだ、品質保証ポリシーと手順の開発と実践（プログラムの実践とデータ収集を含む）	7a. (1) 介入/プログラムの提供と (2) 要請されたデータ収集と入力用の品質保証ポリシーと手順を開発するために2004年 HPPC 評価委員会と協力する（2004年7月から12月） 7b. 品質保証ポリシーと手順について提供者を研修する（2005年1月-3月） 7c. 提供者契約に新規の品質保証の要求を盛り込む（2005年7月開始し、継続中）
クライアント満足度を査定すること		
HIV 予防提供者 (SFDPH の技術協力を受けた)	8. クライアント満足度調査あるいはその他の活動の実施と報告	8a. 契約で特定されているクライアント満足度調査あるいはその他の活動を実施する（毎年） 8b. モニタリング報告書でクライアント満足度活動の結果を報告する（毎年）

表 11 成果モニタリング：要求事項、活動、タイムフレームと責任機関

責任機関	目 標	活 動 (タイムフレーム)
HIV 予防提供者(SFDPH の技術協力を受けて)	1. 少なくとも助成金を受けた介入の一つについての行動成果についての測定と報告	1a. 行動成果が測定できる介入を一つ選定する (プログラム開発期間中) 1b. HIV 予防課のプログラム管理者と協力して成果目標を記載し、成果目標の測定のための計画をデザインする (契約協議期間中) 1c. 成果目標に関するデータ収集 (継続中) 1d. モニタリング・レポートに成果目標に関するデータを報告する (毎年)
SFDPH (HPPC からのインプットを得て)	2. 提供者の行動成果について検討し CDC への報告	2a. 提供者モニタリング報告から行動成果を集め、成果に向けての全体的な進捗を査定する (毎年) 2b. 提供者行動成果データを HPPC に報告し活動ステップのフィードバックを受ける (毎年) 2c. 提供者行動成果の結果について CDC に報告する (毎年)

表 12 成果評価：要求事項、活動、タイムフレームと責任機関

責任機関	目 標	活 動 (タイムフレーム)
HPPC	1. 2004 年までに一つの成果評価研究を優先する	1a. 成果評価のための可能なトピックをリスト化する (2004 年 6 月) 1b. リストにあげた研究から一つを優先するために HPPC 運営委員会にリストを提出する (2004 年 8 月) 1c. 投票のため優先研究を HPPC で発表する (2004 年 12 月)
SFDPH	2. 2008 年までに成果評価を一つ完成させる	2a. 主任研究者を同定する (2005 年 3 月) 2b. 研究提案書を作成する (2005 年 12 月) 2c. 資金確保 (2006 年 3 月) 2d. 研究の実施 (2006-2008 年)

表 13 サーベイランス：要求事項、活動、タイムフレームと責任機関

責任機関	目 標	活 動 (タイムフレーム)
SFDPH	1. HPPC と HIV 予防課が必要とするサーベイランス・データを報告	1a. HPPC、HIV 予防課スタッフと HPPC 技術支援コンサルタントの求めに応じ情報提供 (継続中)
HPPC	2. サーベイランス・データや必要な行動ステップを含んだ疫学的傾向について年 2 回の発表を聴取	2a. SFDPH やその他の疫学者や研究者からの発表を要請する (1 月までと 6 月までの年 2 回) 2b. 発表素案の検討とフィードバック (2 月までと 7 月までの年 2 回) 2c. 発表を計画する (3 月までと 8 月までの年 2 回)

References

- Bamberger JD, Unick J, Klein P, et al. (2000) Helping the urban poor stay with antiretroviral HIV drug therapy. *Am J Public Health* 90(5):699-701.
- CAPS. CAPS facts sheets. UCSF Center for AIDS Prevention Studies, San Francisco, CA. <http://www.caps.ucsf.edu/FSindex.html>
- Ciccarone DH, Kanouse DE, Collins RL, et al. (2003) Sex without disclosure of positive HIV serostatus in a US probability sample of persons receiving medical care for HIV infection. *Am J Public Health* 93(6): 949-954
- Cohen L, Swift S. (1999) The spectrum of prevention: Developing a comprehensive approach to injury prevention. *Inj Prev* 5(3):203-207.
- Dilley JW, Woods WJ, Sabatino J, et al. (2003) Availability of combination therapy for HIV: Effects on sexual risk taking in a sample of high-risk gay and bisexual men. *AIDS Care* 15(1):27-37.
- Golden MR. (2002) HIV partner notification: A neglected prevention intervention [editorial]. *Sex Transm Dis* 29(8):472-475.
- Kahn JG, Gurvey J, Pollack LM, et al. (1997) How many HIV infections cross the bisexual bridge? An estimate from the United States. *AIDS* 11(8):1031-1037.
- McFarland W. (2003) Current trends in the HIV/AIDS epidemic in San Francisco: Data for priority-setting. Presentation to the HPPC, June 11, 2003.
- Morin S, Vernon K, Harcourt J, et al. (2003) Why HIV infections have increased among men who have sex with men and what to do about it: Findings from California focus groups. *AIDS Beh* 7(4):353-362.
- Wold C, Seage GR 3rd, Lenderking WR, et al. (1998) Unsafe sex in men who have sex with both men and women. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 17(4):361-367.

付表1 サンフランシスコの評価資源

1. HPPCにより優先順位をつけた幾つかの研究とニーズ査定をSFPHは完結してきた。以下のようなものがあげられる；
 - The Transgender Community Health Project Study (Clements et al 1999, Clements-Nolle et al 2001)
 - The Prevention Case Management(PCM) Outcome Study (Sebesta 2003)
 - The Party & Play Study (Pendo et al 2003)
 - Needs assessments with men who have sex with make-to female (MTF) transgendered persons (Coan et al),
 - Latino immigrant (MSM) (Harder+Company 2004a), Native American two spirit individuals, and make and MTF homeless and marginally housed sex workers in the Tenderloin (Harder+Company 2004ba)
 - Investigation of the High HIV Prevalence in the Transgender African American Community in San Francisco (2003)
 - As assessment of existing Prevention with Positives programs (DeMayo 2003)
 - HIV prevention capacity assessments in two San Francisco neighborhoods: Bayview/Hunter's Point

(Harder+Company 2004c) and Tenderloin
(Harder+Company 2004d)

2. The HIV Prevention Section, in collaboration with HIV prevention providers, the State Office of AIDS and technical assistance consultants, has implemented Evaluation Local Interventions (ELI), a web-based data system for tracking the demographic and behavioral characteristics of HIV prevention consumers.
3. The HPPC and the HIV Health Services Planning Council have jointed forces to explore opportunities for assessing, implementing, and evaluating prevention with positives programs, as well as collaborate in conducting needs assessments.
4. HIV prevention providers have been measuring behavioral outcomes for their HIV preventions for several years.
5. CAPS and other UCSF researchers have supported the HPPC in its needs assessment efforts by sharing survey protocols, brainstorming to avoid duplication of efforts, and making recommendations for recruitment and implementation.
6. Evaluation has documented the effectiveness of needle exchange, which has helped promote continued local funding for needle exchange programs. This has helped keep HIV incidence stable and relatively low among IDUs in San Francisco.
7. The implementation of regular HIV Consensus Meeting resulting from a collaboration between SFDPH, the HPPC, and researchers, has generated critical data for the HPPC's planning and prioritization process.

付表2 CDCのHIV予防プログラム実践指標(CDC Performance Indicators)

プログラム実践指標	関心のある領域
HIV 全般	
A1: 新規 HIV 感染者数	
A2: 13 歳から 24 歳の新規に診断された HIV 感染者数	
カウンセリング、検査と紹介サービス (Counseling, Testing and Referral Services)	
B1: HIV カウンセリング・検査・紹介サイトから報告された全ての検査のうち HIV 陽性結果が新規に同定・確認された割合	全 HIV 陽性検査数
B2: HIV 陽性結果が新規に同定・確認されたもののうちクライアントに告知された割合	HIV 陽性状況に関する知識
B3: B1 で定めた管轄内ターゲットと同数もしくは、より高い罹患率を報告した施設の割合	目標とされたサービス
パートナーに対するカウンセリングと紹介サービス (Partner Counseling and Referral Services; PCRS)	
C1: PCRS 通告の後に HIV 検査を受けて未知あるいは HIV 陰性だった接触者の割合	サービス利用へ接触
C2: 接触者のうち、HIV 陽性結果が新規に同定・確認された割合	新規 HIV 陽性が同定された接触者による感染知識
C3: 接触を取った全ての者のうち感染既知で確認された接触者の割合	HIV 感染既知者へのコンタクト
周産期感染予防 (Perinatal Transmission Prevention)	
衛生局の協力合意を通して周産期 HIV 感染予防のための補助金によって管轄されたものだけを対象とする	
D1: 妊娠期間中に HIV 検査を受ける妊婦の割合	妊婦の感染状況に関する知識
D2: 周産期 HIV 感染予防のための適切な介入をうけている HIV 感染した妊婦の割合	周産期 HIV 感染を最小限に抑えるための治療の提給
D3: 乳児に垂直感染した HIV 感染妊婦の割合	周産期 HIV 感染
あらゆる管轄範囲	
D4: 妊娠期間中に HIV 検査を受ける妊婦の割合	感染状況に対する妊婦の知識
コミュニティ計画 (Community Planning)	
E1: 疫学的プロファイルに示されている層と(あるいは)包括的プランで優先層である最もリスクの高い層(危険度 10 まで)の人口層の割合、各人口層の状況を反映するため最低 1 名は CPG メンバーに加わっていること	代表者
E2: CPG メンバーが承認した HIV 予防計画過程で起こったキーとなる属性の割合	コミュニティ計画の実施

E3: 包括的 HIV 予防計画の中で CDC が特に優先的として補助金をつけた衛生局内の予防介入と(または)その他の支援活動の割合	コミュニティ計画の優先性と予算の優先性の関係
E4: 包括的 HIV 予防計画の特に優先順位が高い予防介入と(または)その他の支援活動のうち衛生局の助成金による割合	コミュニティ計画の優先性と資源配分との関係
評価 (Evaluation)	
F1: CDC のプログラム公示に従って衛生局に管理データを報告する提供者の割合	プログラムをモニターする能力
能力開発 (Capacity Building)	
G1: 科学的 HIV 予防介入のデザイン、実施、評価についての衛生局主催の能力開発支援で少なくとも一度以上、特に研修やワークショップを受講したことのある提供者の割合	科学的 HIV 予防介入のデザイン、実施、評価についての能力開発支援
将来的には、科学的 HIV 予防介入のデザイン、実践、あるいは評価能力がどのくらい強化されたかを測定できるような指標を開発する必要がある。	
健康教育/リスク・リダクション (Health Education/Risk Reduction)	
H1: 個人レベルに対する介入 (individual level intervention: ILI)、グループ・レベルの介入 (group level intervention: GLI)、予防ケース・マネジメント (Prevention Case Management: PCM) の各セッションの予定回数を完了した者の割合	維持
H2: ILI、GLI、PMC などの特定の介入を实际受けた者のうち、介入の必要があるターゲット層の割合	ターゲット層への到達
H3: カウンセリング・検査、STD スクリーニング・検査、ILI、GLI、PCM のうちの一つでもアクセスした人当たりに対するアウトリーチ平均接触数	アウトリーチの影響とサービス利用
HIV 感染した人への予防 (Prevention for HIV Infected Persons)	
I.1: 予防ケース・マネジメントの予定セッション回数を完了した HIV 感染者の割合	感染者の維持
I.2: 予防ケース・マネジメントに一定期間参加後に、性行為もしくはドラッグによるリスク行動の軽減あるいは、感染していないか感染状況不明のパートナーと予防行動を維持したと報告した HIV 感染者の割合	感染者間における PCM の影響

付表3 ニーズ査定とプログラム評価資料

(Needs Assessment and Program Evaluation Resource)

On-Line Needs Assessment Resources

• National Minority AIDS Council needs assessment guide

http://www.nmac.org/tech_assistance/ta_resources/Org_Effectiveness/NdsAmt.pdf

- Synergy Project APDIME Too Kit

<http://www.synegyaid.com/apdime/index.htm>

On-Line Program Evaluation Resources

• National Minority AIDS Council needs assessment guide

http://www.nmac.org/tech_assistance/ta_resources/Org_Effectiveness/NdsAmt.pdf

- UCSF Center for AIDS Prevention Studies, "Developing and Evaluating HIV Prevention Programs"

http://www.caps.ucsf.edu/tech_assistance/ta_resources/Org_Effectiveness/ProfEva.pdf

- Synergy Project APDIME Too Kit

<http://www.synegyaid.com/apdime/index.htm>

- Sociometrics Corporation

<http://www.socio.com/eval.htm>

Resources for Training on Evaluation

- Academy for Education Development, Center for Applied Behavioral and Evaluation Research, Washington DC

<http://www.caber.aed.org/>, 202-884-8796

- California HIV/STD Prevention Training Center, Berkeley, Ca

<http://www.stdhivtraining.org/cfm/staff.cfm> , 510-883-6600

- Sociometrics Corporation, Los Altos, Ca

<http://www.socio.com/eval.htm>,

650-949-3282

米国カリフォルニア州における

MSM (Men who have Sex with Men) を対象とした HIV 予防介入

日高庸晴 (財団法人エイズ予防財団、京都大学大学院医学研究科)

小松隆一 (国立社会保障・人口問題研究所)

池上清子 (国連人口基金東京事務所) (分担研究者)

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、米国カリフォルニア州の研究を検討し、MSM を対象にした成功事例として、カリフォルニア州で行われた介入研究を分析した。HIV 抗体検査複数回受検 MSM 対象の個人介入では、Unprotected Anal Intercourse (UAI) の経験率が、標準的なカウンセリングのみをおこなった場合には 1% (介入 12 ヶ月後) しか下がらなかったが、標準的カウンセリングと自己正当化カウンセリングを組み合わせた場合、40% (介入 12 ヶ月後) も下がっていた。アフリカンアメリカンの MSM を対象にしたグループ介入では、三回のグループセッション参加者の UAI 割合は、ベースラインに比べて介入 18 ヶ月後 25% 減で、統制群の 6% 減を大幅に上回った。さらに、若いゲイ男性が中心となったコミュニティ介入の事例では、介入群の不特定相手との UAI 割合は 9.1% 減り、恋人など特定の相手とは 14.2% 減った。一方、統制群は、不特定相手との UAI 割合は 4.6% 減、特定相手とは 1.2% 減にとどまった。MSM に対する介入は、既存のコミュニティ介入だけでなく、個人や小グループ介入実施の促進が必要であると考えられる。個人介入においては、HIV 抗体検査場面における個別健康教育の有効性を指摘し、MSM 向けの検査マニュアルや医師・保健師研修の充実が必要である。グループ介入を応用する際には対象集団の持つ特徴に特化したプログラムを設定すること、およびピアだけでなく MSM 支援の専門家を養成・登用することが必要であり、小規模・短期的であってもコホートを設定して効果評価を実施することが重要である。また、コミュニティレベルでも、健康行動の理論的背景を持つ介入デザイン、介入や評価における専門家登用、スタッフ・その財源の確保など不可欠である。

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・対策の実施に資するために、米国カリフォルニア州における MSM を対象とした予防対策の取り組みについて、介入研究事例を検討することを目的とする。本年度は米国の都市の中ではカリフォル

ニア州に特化して情報収集を行うこととした。カリフォルニア州の選定理由は米国で HIV 予防研究・対策が最も進んでいる州の 1 つであるためである。

B. 研究方法

医学論文のデータベースである PubMed および米国カリフォルニア州サンフランシスコ公衆衛生

局、サンフランシスコエイズ財団のホームページを通じて得られた情報や論文、疫学データをもとにカリフォルニア州における 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 or MSM 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 (evaluation) している準実験的研究デザインあるいは RCT (Randomized Controlled Trial) による研究を対象とした。

カリフォルニア州サンフランシスコ市ではソーシャルマーケティングの手法に基づいたポスターなどを用いた大規模な予防キャンペーンが定期的に行われている。しかしながら、大多数を対象に実施したキャンペーンに実際にどれだけの効果があったのかを検証する効果評価が伴っているとは必ずしも言い難い。一方、わが国の MSM 対策においてコミュニティレベルの予防介入は近年積極的に実施されているが、個人を対象とした対策は十分に行われていないのが現状である。その点に鑑み、わが国の MSM 対策の中で小グループおよび個人対象の介入実施にあたって援用可能と考えられる介入研究の成功事例を中心に紹介する。その上で、コミュニティレベルの MSM 介入研究については効果評価が伴った一事例を紹介する。

C. 研究結果

HIV 抗体検査複数回受検 MSM 対象の個人介入

HIV 抗体検査を複数回受検 MSM において HIV 感染リスク行動が増加していることを鑑み、サンフランシスコで実施された Randomized Controlled Trial (RCT) による介入研究¹である (研究実施時期: 1997 年 5 月~2000 年 1 月)。本研究の目的は、どのようなカウンセリング的関わりが直近の Unprotected Anal Intercourse (UAI) および今後のハイリスク行動の減少に寄与するかを検討することであった。本研究はサンフランシスコにおける匿名 HIV 抗体検査場において無作為による

介入群割り付けによって実施された。

対象はサンフランシスコ市内匿名 HIV 抗体検査場を訪れた 18 歳~49 歳の MSM であり、過去半年間に 1 度は HIV 抗体検査受検があり、過去 12 ヶ月間の間に HIV 感染状況を知らない相手あるいは HIV 陽性者と UAI 経験があり、かつ過去 12 ヶ月間は非 Injection Drug User (IDU) 者とされた。

介入内容

参加者は無作為に 4 つのグループに分けられ、HIV 抗体検査時の標準的なカウンセリングに加え、以下のような介入が実施された。グループ 1) 標準的な HIV カウンセリングのみ、2) 標準的な HIV カウンセリングおよびセクシュアル日記、3) 標準的な HIV カウンセリングおよび自己正当化カウンセリング 1 回、4) 標準的な HIV カウンセリング、自己正当化カウンセリング 1 回およびセクシュアル日記とされた。3) および 4) の自己正当化カウンセリングは抗体検査のプレカウンセリングおよびポストカウンセリングの間に行われた。

効果評価の指標は、相手の HIV 感染状況がわからないあるいは HIV 陽性の不特定の相手との間における向こう 90 日間における UAI の有無とされた。全てのグループに 6 ヶ月後と 12 ヶ月後にフォローアップ調査を実施した。

セクシュアル日記

グループ 2) と 4) に実施されたセクシュアル日記は、90 日間にどんな種類の性行動があったか、コンドームの使用状況、セックスパートナーとの関係性、セックスパートナーの HIV 感染状況について記した。

標準的な HIV カウンセリング (統制群)

CDC のガイドラインに基づいて HIV 抗体検査時に提供されるカウンセリングであり、抗体検査受検理由や現在の HIV 感染状況、これまでの検査受検歴、現在のリスク要因、行動変容などについて

てカウンセリングの中で扱われた。

介入カウンセリング

カウンセラーはメンタルヘルス専門のカウンセリングの資格を持つ者であり、介入については調査者のスーパービジョンを受けている。スーパービジョンの過程では、予備セッションを録音したものを文字にして、2人の調査者によってプロトコルに沿ったカウンセリングが提供されているかどうか確認された。またこの介入研究におけるカウンセリングは録音され、内容が確認された。

介入のためのカウンセリングは1対1の面接であり、時間は1時間ほどであった。面接の前にカウンセラーは研究参加者の自己正当化アンケート回答結果についての要約を受け取った。このカウンセリングは「導入」「現在の話」「批判的検証」「終了」という4部から構成されていた。「導入」部分において参加者は、リスク行動を低減しても満足できる性的生活を今後続けていくために、この面接に何を期待するかを話した。「現在の話」の部分では直近のUAIについて話すことを促され、この点は出来る限り詳細に話すようすすめられた。「批判的検証」においてカウンセラーは、自己正当化アンケート回答結果に含まれていなくても参加者が語らなかった話についても話をするように促した。その後、カウンセラーと参加者は「(セックスの) その場 On-line」「それ以外の時 Off-line」におけるリスク認知の違いについてディスカッションした。また、参加者が今後どのように自分の行動管理ができるかについても話し合われることが多かった。「終了」の部分では参加者がこのセッションでどのように感じたか、セッションの満足度合いなどについて話し合われた。

研究参加謝金：ベースライン調査時に15ドル、6ヶ月後のフォローアップ時に20ドル、12ヶ月後のフォローアップ時に25ドルが謝金として支払われた。セクシュアル日記については13ドル、1

日の記述につき0.5ドル支払われた。

結果

248人が研究に登録され、白人、年収3万ドル以上、大卒以上の割合が高かった。年齢の中央値は33歳であり、過去のHIV抗体検査受検回数の中央値は5回、過去12ヶ月間のアナルセックスの相手は5人、過去90日間のアナルセックスの相手は2人であった。無作為に割り付けられたグループ1)と2)、およびグループ3)と4)はそれぞれベースラインの段階で属性はHIVリスク行動に差はなかった。

フォローアップ効果評価

介入後6ヶ月後のフォローアップ調査では、4つの全てのグループにおいてUAIの報告は減少していた。1)標準的なHIVカウンセリングのみ群ではベースライン時にUAI割合が45%であったが、6ヶ月後は31%であり、14%の減少となった($p=0.086$)。3)標準的なHIVカウンセリングおよび自己正当化カウンセリング1回群はベースライン時にUAI割合が66%であったが、6ヶ月後は21%であり、45%の減少となり、標準的なHIVカウンセリングよりも効果的であった($p=0.002$)。4)標準的なHIVカウンセリング、自己正当化カウンセリング1回およびセクシュアル日記は統制群よりも22%より効果があり、ベースライン時にUAI割合が61%であったが、6ヶ月後は25%であり36%の減少であった。しかしながら、2)標準的なHIVカウンセリングおよびセクシュアル日記群は統制群と比較すると有意な介入効果は認められなかった。介入後12ヶ月後のフォローアップ調査でのUAI割合は、1)群は1%のみの減少率($p=0.856$)、2)群はベースラインより26%減少($p=0.013$)、3)群はベースラインより40%減少($p=0.001$)、4)群は28%の減少($p=0.031$)であった。また、3)および4)群のUAI割合は12ヶ月後の効果評価時に6ヶ月次より上昇していることが確認された。観察さ