

対象者の感触をよくつかんでおく必要があります。不適切な人選では、多大な予算の浪費に終わる恐れがあります。

## 協働する

啓発プログラムは担当部局が単独で行うものとの思い込みがしばしば見られますが、その対象者に関心や関わりを持っているのは、ひとつの部局だけではありませんし、公的機関ばかりでもありません。啓発の幅を広げ、啓発をより有効にし、かつコスト(人・時間・費用)を節減するには、啓発に協力してくれる**パートナー**を見つけることです。

まず自分の地域でどのようなパートナーがありうるかをよく調べて、連絡先や責任者のリストを作成します。例としては、母子保健関係部局、労働衛生関係部局、教育関係部局、学校、自治会、婦人会、子ども会、民生委員・児童委員、商工会議所、青年会議所、ライオンズクラブ、ロータリークラブ、ソロプチミスト、会社、商店、労働組合、医療機関、職業団体(医師会、建築組合、美容師会など)、各種市民団体などがあげられますが、地域によって色々なパートナーがあるはずです。

協働する場合には、会議の開催が必要になりますが、単に、会議を形式的に開くのが協働ではありません。それぞれに役割と責任を持ち、それを実施するのが協働ということです。それは社会の中に支

えあうネットワークを築くことでもあり、最近の用語を使えば、**ソーシャルキャピタル(social capital)**を高めることとも言えます[18]。

また、協働すると言っても、それは相手の役割を「**肩代わり**」する、あるいは肩代わりしてもらおうということではありません。それでは、依存が生じるばかりか、将来流行が進んで、それぞれ本来の業務が忙しくなった時に、投げ出す(投げ出される)ことになりかねません。例えば、今は保健所等で出前授業をする時間が取れても、地域で流行が進んで相談・検査業務が忙しくなると、そんな余裕はなくなります。学校から、出前授業のニーズが高まるその時に、それを断るという対応をしなければならなくなるのです。肩代わりではなく、お互いの役割を高めあうというのが、協働の望ましい形です。

協働する場合の注意点は、必ず打ち合わせを行い、**メッセージの一貫性を保つ**ことです。例えば、前にも述べたように、一方でコンドームが予防にいいと言い、一方でコンドームは予防に不完全だと言うメッセージを送れば、対象者は混乱し、啓発への信頼をなくしてしまいます。

また、啓発プログラムの開発に際して、対象層に属する人々からの意見を求めることがあります。その場合は相手が対象層の平均的メンバーに近い人々であるかどうかをよく見極めることが大切です。

## 5-5 プログラムの実施と評価

### 5-5-1 実施体制を築く

啓発プログラムを実施するには、しっかりとした体制が必要です。そのためには、まず**実質的な責任者**を決める必要があります。そして、実施のためのプロトコル(実施計画書)を作成します。プロトコルは、本ガイドラインの構成に沿い、かつ役割分担(協働体制を含む)やスケジュールを明確にして系統的に記述します。

### 5-5-2 プロセス評価を行う

啓発プログラムの計画を立てても、それが計画通りに実行されなければ、またそれが対象者から受け止められなければ効果が上がることはありません。例えば、パンフレットを作成しても、配布されなければ、対象者に届かず、対象者の手に届いても、それが読まれなければ意味がありません。こうした過程を評価し、可能な限り**軌道修正**を行い、あるいは次年度の啓発に役立つ情報を集めるため実施するのがプロセス評価です。協働するパートナーがいる場合には、その活動についてもプロセス評価が実施されなければなりません。

プロセス評価のポイントは以下のとおりです。

#### ■ 実施状況の評価

プログラムが内容、スケジュール、予算面で、計画通り実施されているかを評価するものです。そのために、以下の項目についてできる限りの情報を収集します。

- 実施に関わった人数と費やした時間
- 講演やイベントの数
- 広報や他の会報・機関紙等でのキャンペーンの数・内容
- マスコミを用いたキャンペーンの頻度・時間帯など
- ポスターの貼付数や貼付場所
- パンフレット配布数と配布場所
- 協働パートナーの数や種類
- マスコミの反応(報道数や内容など)

実施状況については、実施計画に照らして定期的に点検し、遅れている分野や地域があれば、計画に沿うよう支援・指導します。

#### ■ 対象者の反応

プログラムに対して対象者からどのような反応(注目度、参加数、満足度)が得られているかを調べるため、以下の項目について可能な範囲で情報を集めます。

- 講演やイベントへの参加人数
- ポスター、広報、テレビプログラムなどを見た対象者の割合。ポスターを見た場所。

- パンフレットなどを手にした対象者の割合、保持している人の割合、読んだ人の割合。受け取った場所。
- 啓発プログラムへの反応として増えた電話（メール）相談件数や検査数（注：相手に啓発プログラムの何を見て[聞いて]来たかを質問する）
- 啓発プログラムに反応してきた人の属性や特性（注：狙った対象層に届いたかどうかを確認するため）
- 啓発プログラムへの対象者の満足度  
啓発プログラムへの反応や満足度はプログラム実施中にチェックして、反応や満足度が悪ければ、急ぎプログラムの強化・改善を図らねばなりません。

なお、啓発プログラムに曝露した人の割合を知るには、次項に述べるアウトカム評価のときに、必要な項目を加えて量的調査を実施することになります（調査方法は後述）。

### ■ 協働パートナーの評価

協働パートナーのプログラムについても、本体の啓発プログラムと同じように、実施状況と対象者の反応を報告してもらいます。

### 5-5-3 アウトカム評価を行う

啓発プログラムに効果があったかどうかを判定するには、目標とするアウトカムに変化があったかどうかを調べなくてはなりません。アウトカムとは、目標のところで定義した行動や態度、知識などがそれに該当とします。目標で定めた量的目標、あるいは「増加、減少」といった質的目標を達成されたかどうかを判定します。

アウトカム評価は、啓発プログラムの最後に行うものですが、次のサイクルの啓発プログラムからみれば形成調査に相当するものです。

アウトカム評価では以下の点に留意します。

- 目標は達成されたか？、達成されなかった場合はその理由
- 費用対効果は適切であったか
- 改善するべき点はないか（メッセージや資材、活動、パートナーとの協働、実施体制）
- 今のプログラムを継続すべきかどうか

## 5-5-4 調査方法

調査方法は、量的方法と質的方法 [19] に大別されます。表3に示すように、それぞれに長所と欠点がありますが、それらを組み合わせて行うことで、対象者をより深く理解することができます。

いずれの方法もある程度の知識と経験を要するため、専門家のアドバイスを受けることが勧められます。

### (1) 量的調査

量的調査とは、数や割合など、数値データを集めることです。

#### ■ 行政的に利用できるデータ

HIV検査・相談件数、エイズ発生動向調査によるHIV感染者/AIDS患者数、性感染症サーベイランスの感染者数、母性保護統計などがあります。地域のデータは、常に把握しておくべきです。そして、これらについては、属性(年齢、性別など)によ

る分析を行い、その特徴を捉えておく必要があります。

この中で、予防の観点でHIV感染者/AIDS患者に劣らず重要となるのは、性感染症のデータです。自治体の政策決定に必要なデータですから、必要があれば独自に強化して、精度の高いデータが得られるようにしなければなりません。

なお、人工妊娠中絶は、ここ数年減少して、多くの自治体で性感染症の動向とはずれた動きを示すようになってきました。中絶用ピルなどの浸透を反映している可能性もあるため、その減少の解釈には注意が必要です。

行政的に定期的に行われる訪問調査や電話調査、あるいは世論調査などがあれば、その中にプロセス/アウトカム調査に役立つ少数の簡単な項目をいれることで、大きな費用をかけずに、調査を実施することができます。まずは、その可能性を検討してみることです。

表3.量的調査と質的調査

	方法の例	長 所	欠 点
量的調査	報告票 質問票	頻度や割合などがわかる。 サンプリング次第で、偏りのないデータが得られる。	信頼性の高いデータを得るには多くのサンプル数が必要。 費用もかかる。
質的調査	個人面接 フォーカスグループインタビュー	価値観、考え方など、プログラム開発に役立つ情報が得られる。面接自体は、比較的短時間で実施できる。	多くのサンプルを扱えないので、データに代表性がない。 主観的になりやすい。

表4.調査方法の種類

調査方法	方法	サンプルの代表性	長所・欠点
郵送調査	確率的に選んだ対象者に質問票を郵送し返送してもらう。	回収率が悪いので低い。	一般に回収率が悪い。郵送に費用がかかる。誰が記入したかわからない。
留め置き調査	確率的に選んだ対象者を訪問し、もしくは郵送で質問票を渡し、後日訪問回収する。	比較的高い	回収率は一般に高くなるが、訪問・回収にコスト(人・時間・費用)がかかる。誰が記入したかわからない。
面前自記式調査	確率的に選んだ対象者を訪問して質問票を渡し、その場で書いてもらう。	比較的高い	回収率は一般に高くなるが、訪問にコストがかかる。
訪問面接調査	確率的に選んだ対象者に面接し、調査者が記入する。	比較的高い	正確な回答を期待できるが、面接に応じてもらうのが難しい場合がある。実施にコストがかかる。
電話調査	電話番号を確率的に選んで電話で質問する。	比較的高い	信用が得られれば、高い回収率も正確な回答も期待できる。訪問を要しない分コストが低い。ただし、長い質問は難しく、最近では固定電話を持たない人や番号登録しない人も増えている。
簡易調査	接触できる範囲で面接調査や質問紙調査や電話調査をする。	低い	実施するのが容易で、時間や費用も少なくてすむ。
街頭調査	対象者が集まることの多い場所で面接調査もしくは質問紙調査を実施する。	低い	協力が得られにくいことがあるが、一度に多くのサンプルを得られる。長い質問は難しい。
シアター調査	集会やイベントに集まった人々に質問票で回答してもらう。	低い	低コストで一度に多くのサンプルを得られるが、催しの種類によっては、サンプルが大きく偏る危険がある。
携帯電話パネル調査	民間の調査会社等が有しているパネルを利用する。	低い	多数のサンプルが短期間に得られ、質問項目が少なければ比較的低コストでできる。現時点では自治体単位のサービスはない。サンプルは都会と若者が多い。
インターネットパネル調査	民間の調査会社等が有しているパネルを利用する。	低い	多数のサンプルが短期間に得られ、質問項目が少なければ比較的低コストでできる。現時点では自治体単位のサービスはない。サンプルはインターネット利用者に偏る。
オムニバス調査	民間の調査会社が実施している確率サンプルによる定期調査に質問を追加する。	比較的高い	多数のサンプルが短期間に得られ、質問項目が少なければ比較的低コストでできる。自治体単位のサービスはない。回収率はほぼ安定しているので、継続調査に向いている。

## ■ 調査の実施

既存のデータや調査が利用できない場合には、独立した調査が必要となります。調査方法には表4に紹介したように、色々なものがあり、それぞれに、方法もしくはコスト面などで長所・欠点があるので、現実的なものを選んで実施します。また、調査が行われることを、あらかじめ住民に周知しておくことができれば、調査が実施しやすくなります（特に、訪問調査や電話調査）。

自治体単位でできる調査は限られますが、電話調査、簡易調査、街頭調査、シアター調査などは実施できる可能性があります。電話調査以外は、サンプルにかなり偏りが出る可能性があります。適切な機会（例：PTAの集まり、成人式）を捉えれば、評価に役立つサンプルを得ることができます。この場合、重要なことは、毎年、同じやり方（場所、時間）を決めて実施することです。そうすれば、経年的な変化を捉えることができ、プログラムの評価に役立ちます。

## ■ 質問票の開発

なお、質問票を用いる場合は、その開発に細心の注意が必要です。質問票の作成は簡単と思う誤解がよくありますが、測定手段の開発に簡単なものではありません。例えば、「はい」、「いいえ」の回答に、「わからない」をつけるかつけないかで、回答

のパターンは大きく変わります。

また、質問の表現の微妙な違いで回答が変わる恐れがあります。対象者によっては、用語、漢字などに細心の注意が要ります。そして、評価に用いるという性格上、一度作れば、あまり大きな変更をすることはできません。開発にあたっては、専門家に相談することです。

## (2) 質的調査

### ■ 質的調査の利用

最近、公衆衛生の分野でも質的研究への関心が高まっています。啓発プログラムにおける質的調査は、メッセージの開発、セッティング、チャンネルの選択などを決める際に必要な、対象者の価値観、考え方、ライフスタイル、その他の文化特性を把握する上で非常に強力な手段になります。

プロセス評価やアウトカム評価などで、プログラムに対する対象者の印象や満足度などを調べる場合にも、質的調査が用いられます。

また、質問票を開発する上でも、質的調査を実施するのが、標準的なやり方になってきています。ただ、調査の性質上、多数のサンプルは扱えないため、極端な偏りが無いよう注意深くサンプリングを行わねばなりません。

## ■ 質的調査の方法

表5は、面接法を用いた質的調査の特徴を比較したものです。目的によって使い分けが必要です。いずれの調査でも、質問内容の主な流れを記したインタビューフロー（非構造化質問票）を作る必要があります。

質的調査のポイントは、相手にできるだけ自由に語ってもらうようにすることです。相手に「はい」「いいえ」で答えさせるだけの面接は、質的調査ではありません。大まかな質問の流れを決め、その範囲で自由に話してもらい、話がそれれば、うまく本来の話に戻すようにします。したがって、質的調査ができるようになるには、ある程

度のトレーニングが必要です。どの調査の場合も面接時間は1-2時間程度です。

質的調査のデータ分析には、研究の世界では、様々な質的分析法が用いられますが、多大の時間を要する手法であるため、業務の範囲で行うことは現実的ではありません。聞き取った中で、重要と思われる点を記録しておくだけでも十分役に立ちます。ただ、その場合でも、後から確認できるように、相手から了解を取れば、面接内容をテープなどへの記録するようにします。そして、プライバシーを保護するために、面接記録もテープもすべて匿名や仮名で行うようにします。

表5. 面接による質的調査方法

調査方法	長所
個人面接法 (in-depth interview)	面接者と対象者が1:1で行う面接で、微妙な内容の場合には、この方法が向いています。
フォーカスグループ インタビュー (focus group interview)	面接者が10名以内の相手を円卓などお互いの顔が見えるようなセッティングで行うインタビューです。話を盛り上げる(グループダイナミクス起こす)ことができれば、個人面接よりも豊かな情報を得ることができます。参加者は、なるべく似た人々やお互いに話しやすい人々を集めるようにします。司会は難しく、かなりのトレーニングが必要です。

### (3) 評価デザイン

量的に効果評価をするためには、啓発プログラムが評価できるようにデザインされていなくてはなりません。介入の効果を判定するためには、色々なデザインがあ

ります。理論的にもっとも優れているのは、ランダム化(無作為)比較試験ですが、現実社会で行うのは不可能です。そこで用いられるのが、ランダム化をしない準実験デザイン[20]と呼ばれる評価デザインです。しかし、準実験デザインは現実的である反

面、色々なノイズが入りやすいという問題があるため、判断に注意が必要です。評価デザインについても、調査方法と同様、専門家のアドバイスを得ることが勧められます。

表6は準実験デザインの一部を示したものです。この中には、現実には用いにくいものもあえて入れていますが、それはその方が評価デザインの全体的な理論的理解に役立つと思うからです。

これらのデザインの中で、地域で一斉に行うことの多い自治体のプログラム評価

に実際用いることができるのは、①、③、④になるでしょう。①は通常の横断調査で、多変量解析などを用いて、効果を分析します。限界はありますが、疫学的因果関係の推論の条件に照らして検討すれば、効果についての示唆を得ることができます。③と④は似ていますが、③では同じ対象に何度も調査をお願いするという難しさがああり、サンプリングの同一性が保たれる限り、④の方が現実的なデザインであると考えられます。

表6. 準実験デザインの種類

評価デザイン	方法	問題(代表的なもの)
① 事後横断調査デザイン (one group posttest only design) X-O	事後調査(O)で、対象者の中にプログラム(X)に曝露された人々と非曝露者がいれば、両者間でアウトカムについて比較分析する。	曝露者と非曝露者の差は、曝露前から存在していた可能性がある。
② 比較群付き事後横断調査デザイン (posttest only design with comparison group) X-O <sub>a</sub> O <sub>b</sub>	プログラム(X)を実施した群(a)(例:地域や学校)としていない群(b)を、プログラム終了後、アウトカムについて調査し(O)比較する。	曝露群と非曝露群の差は、曝露前から存在していた可能性がある。
③ 前後追跡調査デザイン (one group pretest-posttest design) O1-X-O2	選ばれたある対象者群に、プログラム(X)実施前後で同じ調査をして(O1、O2)、アウトカムについて前後の違いを比較する。	事前調査が事後調査に影響する可能性がある(例:学習効果)。啓発プログラム以外の影響が調査間に入る可能性がある。
④ 前後横断調査デザイン (serial prevalence study) O <sub>a</sub> -X-O <sub>b</sub>	プログラム(X)実施前後でまったく独立した(=異なる)サンプル(a,b)を同じ方法で集めて調査し(O)、比較する。	啓発プログラム以外の影響が調査間に入る可能性がある。前後でサンプリング方法を統一する必要がある。
⑤ 比較群付き前後追跡調査デザイン (pretest-posttest design with comparison group) O <sub>a</sub> 1-X-O <sub>a</sub> 2 O <sub>b</sub> 1 O <sub>b</sub> 2	プログラム(X)を実施した群(a)(例:地域や学校)としていない群(b)で、プログラムの前後でアウトカムを調査し(O1、O2)、比較する。	曝露群と非曝露群の特性が元々異なっていた可能性がある。啓発プログラム以外の影響が調査間に入る可能性がある。



## 6.最後に

以上、啓発プログラムの方法や理論を紹介してきました。なじみのない内容も多く、また現実の施策の中で行うのが難しいと思われたかもしれません。しかし、啓発とは、いわば**社会に対する治療行為**であり、効果があるかどうか分からないプログラムを実施することは、本来あってはならないことです。そして、啓発は、本ガイドラインで述べたプロセスがひとつでも欠ければ、科学性を失ってしまうのです。しかし、とは言え、これら全てをただちに満たすことは容易なことではありません。

本ガイドラインをまとめた意図は、一挙にこうした啓発の方法や理論が実施されることを期待しているからではありません。私たちが期待するのは、これらの方法や理論の必要性が少しでも多くの人に共有され、「啓発を科学する」機運が少しずつでも高まっていくことです。

このガイドラインは机上の空論から生まれたものではありません。私たちの研究班がこれまでの予防研究の取り組みの中で実践して試してきたものです。その経験から確信を持って言えることは、このガイドラインに沿って実行できれば、非常に効果の高い啓発プログラムを生み出すことができるということです。その経験については、若者の啓発ガイドラインを参照してください。

本ガイドラインの一部からでもまず実行してみたいと思います。特に試みていただきたいのは、**啓発プログラム開発の基本精神(対象者中心主義)**に沿うことです。難しい方法や理論はさておき、街(町)に出て、なるべく多くの住民と交わり、その声に耳を傾けることから始めてみることです。それだけでその後の啓発プログラムが大きく変わるに違いありません。

## 文 献

1. UNAIDS/WHO. AIDS epidemic update. December, 2005
2. 厚生労働省エイズ動向委員会. 平成17年エイズ発生動向調査年報
3. Andreasen AR. Marketing social change. Jossey-Bass, San Francisco, 1995
4. Kotler P, Roberto E, Lee N. Social marketing 2nd edition. Sage Publications, Thousand Oaks, California, 2002
5. Siegel M, Doner L. Marketing public health. Aspen Publishers, Gaithersburg, Maryland, 1998.
6. McKenzie-Mohr D et al. Fostering sustainable behaviour. New Society Publishers, Gabriola Island, 1999
7. National Cancer Institute. Making health communication programs work. <http://www.nci.nih.gov/pinkbook>
8. Centers for Disease Control and Prevention. HIV Prevention Strategic plan through 2005. January, 2001
9. 木原正博、小松隆一. エイズ対策の体系と今後の国際援助戦略について. 国際協力研究 19:1-11, 2003
10. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI surveillance. Guidelines for second generation HIV surveillance. WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5, UNAIDS/00.03E, 2000
11. 木村博和他. HIV/AIDS医療費に関する研究. 厚生労働省「HIV感染症の動向と予防モデルの開発・普及に関する社会疫学研究班」平成14年度報告書掲載
12. UNAIDS. A scaled-up response to AIDS in Asia and the Pacific. UNAIDS/05.15E, 2005
13. UNAIDS. 2004 report on the global AIDS epidemic-4th global report. UNAIDS/04.E16, 2004
14. Reported Case of HIV/AIDS by year in Taiwan 1984-2005. CDC, Taiwan.
15. 橋本修二他. HIV感染者数とAIDS患者数の中長期展望. 厚生省「HIV感染症の動向と予防介入に関する社会疫学研究班」平成13年度報告書
16. 世界保健機関(木原雅子、木原正博訳). WHOの基礎疫学. 三煌社、東京、2001
17. Glanz K. et al. Health behavior and health education-theory, research and practice 3rd edition. Jossey-Bass, San Francisco, 2002.
18. 国際協力事業団国際協力総合研修所. ソーシャルキャピタルと国際協力ー持続する成果を目指して. 総研/JR/02-19, 2002
19. ポープ K, メイズ N (大滝純司監訳). 質的研究実践ガイドー保健・医療サービス向上のために. 医学書院、東京、2001
20. Isaac S, Michael WB. Handbook in research and evaluation-3rd edition. EdITS, San Diego, 1995

# 付録:グLOSSアリー

## 1. 社会疫学 (socio-epidemiology)

主任研究者らが、2000年に京都大学で創始した学問的アプローチで、人々の健康の向上を目的として、従来の疫学・統計に加えて、社会学的視点、質的方法、準実験的方法、行動理論、コミュニケーション理論、教育法、ネットワーク科学などを統合した、科学性と実践性を追及する学問的パラダイム。

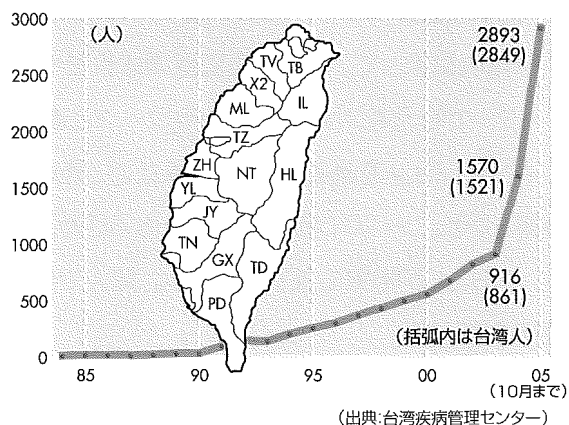
## 2. ソーシャルマーケティング (social marketing)

1980年代後半から商業的マーケティングの専門家であったKotlerによって提唱され、その後1990年代前半までにAndreasenによって、行動理論を組み合わせることで体系化された行動変容の方法論。購買行動と健康行動の類似性に着目してマーケティングのノウハウを予防対策に導入するとともに、健康行動の固有性に配慮した工夫が凝らされている。米国の国立がん研究所のがん予防啓発のガイドライン (ピンクブック) の基本概念として採用され (<http://www.nci.nih.gov/pinkbook>)、また、カナダ政府のHealth Canadaの健康・環境行動変容の基本戦略として採用され、多くの成功事例が蓄積され公開されている

(<http://www.toolsofchange.com/English/firstsplit.asp>)。

## 3. 台湾の静注薬物使用者における流行

台湾のHIV/AIDSサーベイランスの動向は2003年まで、ほぼ日本に類似する数と傾向で推移してきたが、2004年に入って、薬物静注者の感染例が激増するに至った。図に示すように。新規HIV感染例は、2003年には、930例であったものが、2005年には2900名におよぶなど、アウトブレイクと言える状態に陥っている。



## 4. 行動段階モデル (Stage of Change Model)

ProchaskaとDiClementeによって1979年に発表されたモデルで、それまで発表されていた主要な行動理論を統合したもので、Transtheoretical model (TTM、汎理論モデル)とも呼ばれる。行動を「する/しない (on/off)」という単純な現象ではなく、段階を持つプロセスと考えた。この理論では6つの行動段階 (無関心期、関心期、準備期、行動期、維持期、最終期) が登場し、人間の行動はこの段階を一方的に進むのではなくその間を行きつ戻りつするとされる。Andreasenはこのモデルをソーシャルマーケティングに取り入れるにあたり、本文に示したように4つの段階に簡略化した。

## 5. 警告受容プロセスモデル (Precaution Adoption Processing Model)

Weinsteinによって1992年に現在の形で発表されたもので、このモデルによれば、行動に関して人の状態は7つに分けられる:第1行動期(何も知らない時期)、第2行動期(知っているが自分には無関係と思う期)、第3行動期(決断について考える時期)、第4行動期(行動をすると決断する期) / 第5行動期(行動をしないと決断する時期)、第6行動期(行動を起こす時期)、第7行動期(行動を維持する時期)。このモデルは、行動段階モデルとは各期の内容が異なるが、第2行動期を定義し、それを乗り越えるための対策としてのリスクパーソナライゼーションの意義を明確にした点が注目される。

## 6. 消費者情報処理モデル (Consumer Information Processing Model)

Betton, McGuireらによって、1979年に発表された理論。健康行動ではなく、消費者行動を説明するために開発されたが、健康行動にも有用で、社会心理学分野では広く用いられている。この理論によれば、情報が行動に結びつくには、情報が処理され「知識化」される必要がある。そして、情報が知識化されるには、その情報が役に立ちかつ新しいものと受け止められることや処理できるものであること(量、わかりやすさ、見やすさ)が必要であるという。

## 7. 情報拡散モデル (Diffusion Innovation Model)

Rogerによって、1971年に提唱されたもので、イノベーション(新しい知識・技術)は、オピニオンリーダーからそれ以外へと、ネットワークと通じて「2段階」で拡散していくとする。情報が広まるには、イノベーションであることが必要だが、そのためには、以前の情報より優れていること、対象の価値観、文化、ニーズに合ったものであること、理解の難しくないものであることなどが必要であるとする。なお、人が組織に属する場合は、個人ではなくその組織がイノベーションを受容しないと、本人の受容は難しい。

## 8. 準実験デザイン (quasi-experiment)

無作為割り付けを行わずに、ある介入の効果を判定するのに用いられる研究(評価)デザインの総称。これまでの疫学の教科書ではほとんど扱われることがなかったが、米国の国立がん研究所のがん予防啓発のガイドラインにも引用され、時間と資源の限られた現実社会での評価を論じる上では不可欠のデザインである。丁寧に行われれば分析疫学レベルあるいはそれ以上のエビデンスが得られるが、様々なバイアスが混入する恐れがあるため、その限界を十分わきまえて用いる必要がある。

## 地方自治体のエイズ啓発プログラムのためのガイドライン

---

2006年3月31日 発行

代表者 木原 正博

連絡先 京都大学大学院医学研究科  
社会健康医学系専攻社会疫学分野  
〒606-8501 京都市左京区吉田近衛町  
TEL:075-753-4350 FAX:075-753-4359

---

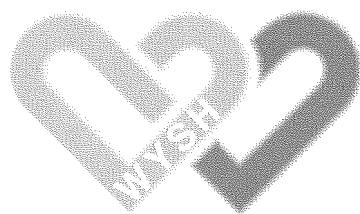
本ガイドラインの内容を無断で複写・複製・転載すると、著作権・  
出版権の侵害となることがありますのでご注意ください。



**Socio-epidemiology and HIV Prevention**

# 地方自治体における 青少年エイズ対策/教育ガイドライン

—若者の性行動の現状と  
WYSHプロジェクトの経験—



Well-being of Youth in Social Happiness

厚生労働省「HIV感染症の動向と予防モデルの開発普及に関する社会疫学的研究班」  
若者予防グループ(WYSHプロジェクト)

代表 木原雅子

## はじめに

本ガイドラインは、私たちの研究グループがこれまでに実施してきた数多くの若者の性行動調査のデータ、予防プロジェクト(WYSHプロジェクト)の概要及びそこから得られた経験をまとめたものです。

性行動は「性的ネットワーク」の理論を軸にまとめました。それによって、性行動のデータが統合的に理解され、現在の若者の性行動の性感染症/HIV流行における意味がより明確になるばかりでなく、予防にとって何が必要なのかが自ずと明確になると考えられるからです。データから明らかのように、若者の性行動の現状は深刻であり、アジアHIV大流行を目前に控えて、対策は一日を争うといっても過言でないように思われます。そして、私たちの分析結果は、その背景には、私たち大人が作り上げた脆弱な社会があることを示しています。若者の性の現状は、その必然の結果とも言えるものなのです。

エイズ予防はわが国にとって容易な課題ではありません。なぜなら、それは現代社会の脆弱性そのものを問うことでもあるからです。技術教育だけではなく、日本社会が失ったものを再構築する努力が求められていると思われます。こうした視点から私たちは、数年来予防対策の開発を試みてきました。社会疫学(socio-epidemiology)という科学的手法に基づいて予防教育モデルを企画・実施・評価し、エビデンスを蓄積し、そして、「社

会分業」という戦略概念に沿って、様々なプログラムを開発しつつあります。本ガイドラインは、その途上の成果をまとめたものであり、言い換えれば、まだ完成途上のものということでもあります。従って、本ガイドラインは、これに従えば機械的に対策ができるといったマニュアル本を意図したものではありません。このガイドラインにこめた私たちの願いは、こうした開発途上の経験を紹介することによって、科学的予防対策の理念の共有と、各自治体での多様な試みと交流を促し、それによって、わが国の社会文化にふさわしい対策の完成のプロセスを加速することにあります。

予防プログラムは、社会疫学が含む様々な理論や方法から構築されています。しかし、本ガイドラインでは、方法や理論は概略にとどめ、それよりも、私たちが実践から得てきた具体的な経験をなるべく詳しく紹介するようにしました。そうした情報の中に現実の活動に役に立つものがあると思われるからです。啓発に関する方法や理論のより詳しい内容については、私たちの研究班でまとめた姉妹編のガイドラインである「自治体のエイズ啓発プログラムのためのガイドライン(2005年度版)」を参照して下さい。

本ガイドラインが、地方自治体の施策の参考となり、わが国の予防対策の発展に貢献することを心から願ってやみません。



## 利用される皆様へ

---

本ガイドラインは、厚生労働科学研究費補助金「HIV感染症の動向と予防モデルの開発普及に関する社会疫学的研究班」若者予防グループ(分担研究者 木原雅子)のガイドライン作成委員会が、これまでに得られた研究成果に基づき作成したものです。本ガイドライン内容は、若者の状況、社会環境の変化、研究の蓄積の進展に応じて、随時更新改定が行われる予定であることをご理解の上、エイズ予防対策/教育の参考資料としてご利用いただければ幸いです。

## ガイドライン作成委員

### 委員長

---

木原雅子 京都大学大学院医学研究科社会疫学分野 助教授

### 委員

---

木原正博 京都大学大学院医学研究科社会疫学分野 教授

国友隆一 (株)ベストサービス研究センター 代表取締役

サマン・ザマニ 京都大学大学院医学研究科社会疫学分野 研究員

モルタザビ・シェハラザド 京都大学大学院医学研究科社会疫学分野 研究員

### 作成協力者

---

藤井久丈 (社)全国高等学校PTA連合会会長

村嶋輝一郎 (社)全国高等学校PTA連合会平成16年度健全育成委員長

吉川泰子 (社)全国高等学校PTA連合会平成17年度健全育成委員長

田崎さえ子 長崎県県央保健所専門幹

楠田為世子 長崎県上五島保健所専門幹

光武幸代 長崎県佐世保市保健所主幹

今田雄次 広島県安芸高田市立甲田中学校校長

塚本幸雄 千葉県四街道市立千代田中学校教頭

# 目次

## 地方自治体における青少年エイズ対策/教育ガイドライン

はじめに

### 第Ⅰ部 青少年の性行動の現状と背景

<b>1. HIV・性感染症の流行の現状</b> .....	1
〈1〉アジアのHIV流行	
〈2〉日本のエイズ—若者における増加	
〈3〉日本の性感染症/人工妊娠中絶の動向	
.....	
BOX 1 これだけは知っておこう!!—性的ネットワークの概念— .....	3
.....	
<b>2. 若者の性意識/性行動の現状</b> .....	6
〈1〉性行動の早期化	
〈2〉性行為のタイプの変化	
〈3〉性的パートナーの多数化	
〈4〉ネットワーク化	
〈5〉コンドーム使用の実態	
〈6〉コンドーム販売量の減少	
〈7〉集団間のネットワーキング	
〈8〉ネットワーク参加への準備状態	
<b>3. 若者の性行動の社会的背景</b> .....	11
〈1〉性情報の氾濫と予防情報の不足	
〈2〉携帯電話等	
〈3〉人間的つながりや生きがい	
〈4〉コネクティッドネスモデル	

### 第Ⅱ部 地方自治体における予防対策

<b>1. エビデンスなきエイズ対策/教育からの脱却</b> .....	16
<b>2. 予防対策の視点</b> .....	17
<b>3. WYSHプロジェクト</b> .....	18
<b>3-1. WYSHプロジェクトの戦略と方法・理論</b> .....	18
〈1〉WYSHプロジェクトの戦略 .....	18
● エコロジカルな視点	
● 社会分業	

<2> WYSHプロジェクトの方法と理論 .....	20
● 形成調査	
● プログラム開発	
.....	
BOX 2 プログラム開発の重要なポイント .....	21
.....	
● 評価	
3-2. WYSHプロジェクトの実際 .....	23
<1> 保健所等における取り組み .....	23
A. ポピュレーション対策 .....	23
■ ポスター・パンフレットによる地域啓発 .....	23
開発のプロセス	
配布と貼付	
依頼方法(例)	
プロセス評価	
1) 実際のポスター・パンフレットへの暴露状況	
2) パンフレットの波及効果	
アウトカム評価	
■ セカンドオーディエンス対策 .....	27
B. ハイリスク対策 .....	29
■ 相談事業の充実 .....	29
メール相談の導入	
まちかど相談室〔サテライト保健所〕	
■ 受けやすい検査・治療体制の整備 .....	30
保健所等での検査	
医療機関での検査・治療の紹介	
■ 学校との連携 .....	30
<2> 学校における取り組み .....	31
■ WYSHによる授業 .....	31
WYSH教育モデル	
WYSH教育モデルのメッセージ	
WYSH教育モデルの授業構成例	
■ 保健室における取り組み .....	34
情報提供	
個別相談	
保健所・医療機関・地域との連携	
最後に .....	35
参考文献 .....	36

## 1. HIV・性感染症の流行の現状

### 〈1〉アジアのHIV流行

アジアでは、1990年前後に、東南アジア諸国で流行が勃発しました。薬物注射のまわし打ちやセックスワークという感染経路によって広がり、今やインド、中国、インドネシア、パプアニューギニアと、アジア太平洋地域の隅々にまで拡散してしまいました。男性同性間性行為による流行も、最近になって、アジア各地で流行が進んでいることが明らかになっています。

しかし、アジア地域の流行は、これからが本番です。それは、薬物使用の蔓延と性行動の活発化という新しい現象が最近若者の間に生じてきたからです。薬物使用としては、旧来のヘロインに代わって合成麻薬が急速に拡大し、その加熱吸引や服用による使用が広がり、薬物欲しさの売春や薬物を使用した性行動がHIVの性感染の危険を高めています。これまでのリスク行動と新しい行動が相乗的に作用して、アジアのHIV流行は新たな段階に突入していくこととなります[1]。

### 〈2〉日本のエイズ —若者における増加

他のアジア諸国同様、日本でもHIV流行は確実に進行しています。2004年以降、厚生労働省のエイズ発生動向調査に報告されたHIV感染者、AIDS患者の年間報告件数は、合計1000件を超えるようになりました[2]。感染者で増加しているのは日本国籍者であり、性感染がほとんどで、感染はほとんどが国内感染と推定されています。報告地は、依然、関東甲信越地方（東京を含む）が半数以上を占めていますが、近年、近畿地方からの報告が急増し、東海地方、九州地方からの報告も増加し、流行が全国に拡散している様子がうかがわれます。年齢別に見ると、どの年齢でも増加が続いていますが、若い年齢ほど報告数も多く、また増加の程度も大きいのが特徴です。