

図3. 日本のHIV流行をめぐる状況のまとめ

れるわが国の検査体制の遅れを反映し、後者の一部にもその影響が指摘されている。

五. 流行の今後の見通し

残念ながら、わが国に今後の流行を楽観させる材料はない。それどころか、流行は引き続き拡大し、無防備な性的ネットワークを発達させた若者が、さらに流行の犠牲となっていくことだろう。HIV 流行は STD や中絶同様 4-5 年で倍増しており、予測では、生存 HIV 感染者は 2000 年に 1 万人を超え、2010 年には 5 万人近くに達するが、

周辺諸国の影響が加わればさらに加速することになる。すでに医療への負荷が高まり、エイズ診療拠点病院の受診者数は 2002 年には前年比 30%以上も増加した。最新の抗ウイルス療法による感染者の年間医療費が約 250 万円と見積もられる中、わが国の医療・福祉への影響の予見に立って、予防対策の見直しを急ぐべきであろう。

六. 日本社会の脆弱性

以上から明らかのように、わが国には流行に向かっており、ゆえに社会的脆弱性 (social vulnerability)、つまり「リスク行動を避ける能力や自由がない状態」が存在するはずである。では、それはどのような社会構造あるいは社会的条件であるのか。筆者らは、これまで、様々な対象について質的研究、行動調査 (量的研究) や予防対策研究を実施し、かつ様々な社会組織との協働や摩擦を経験してきた。図 4 は、そうした我々の調査研究のデータから明らかに

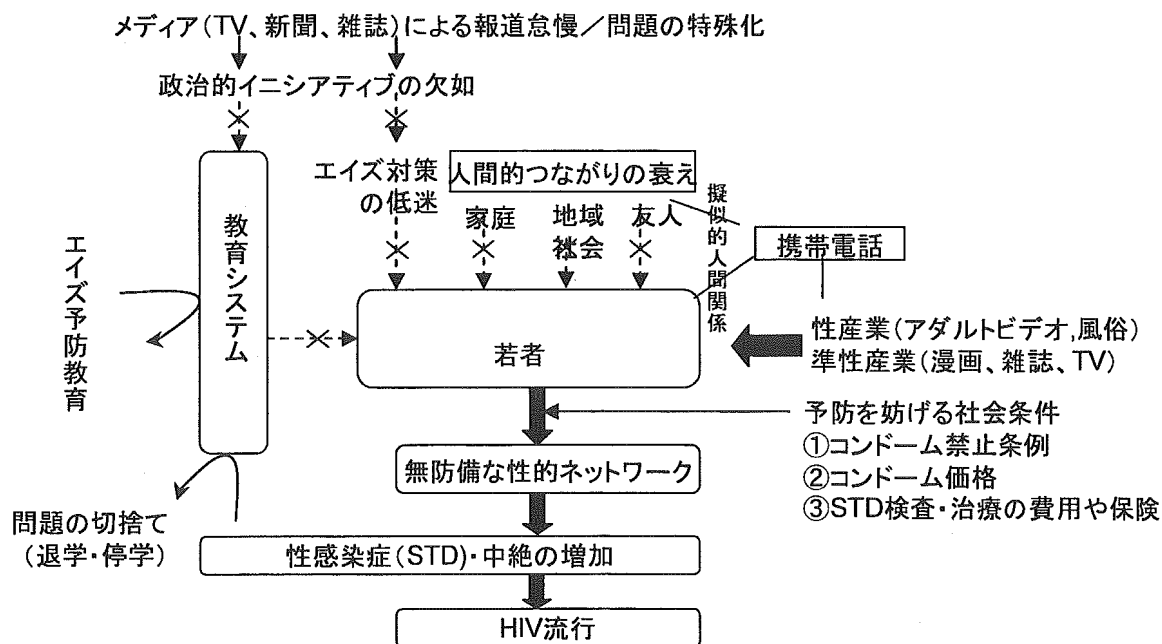


図4. 日本における社会的脆弱性の構造と条件(仮説)

なってきた、あるいは、我々のアクションへの反作用として姿を現してきた構造や条件である。今後の議論の触媒となることを願って、ここに作業仮説として提示する。

ア. 政治的意思の問題

エイズ問題は、潜在的に流行し、顕在化した頃には、取り返しのつかない規模に拡大しているという歴史をくりかえしている。それゆえ、とりわけ初期に予見性を持った政治的リーダーシップが発揮されなければならないが、残念ながら、これまで中央・地方を問わず、政治分野から情報提供を求められたこともなく、薬害エイズの頃には発揮された政治的意思も今や潮が引くように消えてしまった。これでは、エイズ対策の大きな歯車は動かない。

イ. 教育システムの問題

教育システムについては、第一に、学校という組織が、現実を鋭敏に検知し適切に対応するメカニズムを一般に備えていないという問題がある。例えば、“問題”を抱えた生徒はしばしば保健室を訪れるが、養護教諭が管理職を含め、他の教員にその“問題”の存在を具体的に伝えることは少ない。なぜなら、そうした子供は退学・停学といった処分を受けるからである。また、性行動調査を、「寝た子を起こす」「刺激が強い」「子供を守る義務がある」と忌避する傾向が根強い。こうして、管理職は足元の現実を検知できず、従ってその上部組織も問題の大きさを切実に認識することができない。もはや無防備な性行動は普通化し、普通の子供が転落する時代である。こうした現実を教育システムが検知できる運営メカニズムを早急に導入しなければならない。

第二に、こうしたメカニズムも手伝って、エイズ教育が一般には若者の現実を十分に把握し得ていない教師によって担われてい

るという問題がある。そのために、エイズ教育は若者の現実即した“予防”教育となり得ていない。また外部からのエイズ予防教育を導入することに門戸を開かず学校も少なくない。90%以上の高校生が予防教育を望んでいるというデータを見て、即座に「身勝手な」と言った教育長もいた。そのために、上述のように、未だに若者の間には、STD や HIV 検査に関する知識が普及しないのである。教育システムの問題は非常に深い。

ウ. マスメディアの問題

わが国のマスメディア（新聞、テレビ）には、薬害エイズ問題の和解以来、エイズ問題に対する持続的な関心が存在しない。報道を怠ることで「エイズ問題は終わった」というメッセージを社会に垂れ流し、それが、わが国で政治、行政、国民にエイズ問題に対する関心が低調であることの原因のひとつとなっている。それだけではない。ときおり即席に作られるステレオタイプの番組では、派手な容姿・言動の若者を登場させることによって、問題がそうした“特別な”若者の問題であるかのような錯覚を生み出している。実際には、限りなく“普通化”しつつある性行動の問題を、“特別化”することによって、それが足元の普通の問題であることを社会が認識することを妨げている。我々がこの数年行ってきたフォーカスグループインタビューの中で経験してきたのは、例えば、クラミジアを「ミトコンドリアですね」と言った優等生、「避妊にはコーラック？」と言った男子高校生、「これまで7, 8人」と語った宿題とクラブ活動に忙しい真面目な女子高生の例に象徴される普通の高校生の性行動の驚くべき現実である。もはや“逸脱”が普通化し、ゆえにリスクが普通化した現実について地道な取

材と報道が望まれる。

エ. 純/準性産業等の問題と性規範の崩壊

周知のように、子供たちは性描写やポルノを売り物とする少年少女漫画・雑誌・TV番組・インターネット、アダルトビデオ(AV)などの純/準性産業からの過剰な性刺激に曝され、今や、50-70%の高校生が小学校時代にセックスの意味を知ったと回答し、後述するように、高校生の大多数が高校生のセックスを「構わないこと」と考える時代になった。また、本年度実施した中学生の実態調査では、中学生の段階ですでに多くが、高校生のセックスを「構わないこと」と考えていることも明らかになった。そして、小学生時代にセックスの意味を知ったと回答した中学生の割合は、低学年ほど高率であって、性問題はなお低年齢化が進行している。家庭には、表がサービス内容と写真、裏が女性募集という宅配性産業のチラシが無差別に宅配され、子供たちを日々の性的に刺激するばかりか、性の商品価値さえ教えているのである。我々の調査では、AVを小学生時代に12%、高校2年生までに約半数が経験し、コンドームを使わない性規範の形成との関連が示唆されている。また、小学生時代の漫画、雑誌、AV曝露と性経験率の間には明確な関連が認められた。地方の普通の女子中学生がグループインタビューで中学生のセックスはいけない理由として生徒たちがあげた、「まだ見せられる身体じゃないので相手に悪い」「義務教育の間はいけない」と言った言葉に象徴されるように、性規範の崩壊は行きつくところまでいった観がある。教育システムには、こうした風潮にこそ「子供を守る義務がある」と異議を唱えるべきであるし、政治的リーダーシップも発揮されるべきであろう。

オ. エイズ対策の問題

多くの場合エイズ対策は、世界エイズデーという“点”に集約され、日常的な活動を欠いている。また対策も、魅力のないポスターやパンフレット、講演が延々と繰り返されるばかりである。しかし、数々の調査で示されてきたように、それでは必要な知識も増えず、むしろSTDや中絶は急速に増えている。そうした“評価”を踏まえて、予防対策の見直しが必要である。エイズ検査機会も限られ、先述のように早期発見早期治療が進まないという先進国にはまれな現象が生じている。しかし、最近、厚生行政で科学的予防を普及させようとする動きや、検査体制の見直し、またコミュニティ活動の直接的支援に踏み切るといった新しい流れがあることには、注目しておきたい。

カ. 予防しにくい社会条件の存在

我々の把握している限り、少なくとも10の府県で青少年へのコンドーム配布あるいは販売を禁止する条例が存在しており、現実には若者のコンドームの入手を困難にし、対策の実施を妨げている。自治体によっては、同じ役所の中で、ある部局ではコンドーム配布・販売を取り締まり、別の部局ではコンドーム配布するという笑えない現実が存在していた。また、コンドームは若者にとって高価であり、例えば1ヶ月の小遣いが平均2,3千円の地方高校生に継続的購入は容易ではない。STD検査や治療も高額であり、かつ保険証が使いにくいために利用が難しい。また地方では、「面が割れて」コンドームが買いつらい状況がある。そうした若者にセーフターセックスやセクシャルヘルスを説くのはあたかも飢餓の人に食事指導をするに等しい。こうした条件を改善し「予防しやすい」社会作りをする責任が大人社会にはある。

キ. 人間的つながりの希薄化

人間的つながりが乏しい時代になった。孤食という言葉が生まれるほどに家族のつながりの崩壊が進み、地域社会の人間的つながりを維持してきた様々な活動も急速に廃れた。学校での子供と教師の間につながりも廃れ、そうした人間的つながりが持っていた規範・情報を伝える機能を現代社会では期待しにくくなった。昨年度までの我々の調査結果から明らかなように、親とのコミュニケーションが少ない生徒ほど性交経験率が高い。また、本年度の中学生の研究では、高校生セックスの容認する生徒の割合は、親とのコミュニケーションが少ない生徒ほど顕著に高い(図5)。性交経験率との関連は海外でも繰り返し指摘されている。社会的なつながりから切り離された若者たちは、学校から正確な情報を伝えられることもなく、純/準性産業からの過剰な情報に吹き曝され、性行動へと駆り立てられるのである。

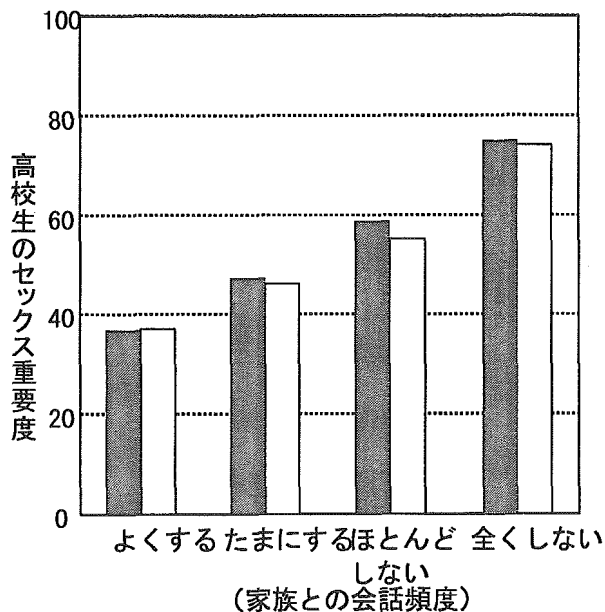


図5. 高校生のセックスを容認する中学生の割合と親との会話度

ク. 世代間のギャップ

性意識に関して、極端な世代間のギャップが存在する。例えば高校生のセックスを認めるかという質問に対し、生徒の70-80%は「構わない」「どちらかといえば構わない」と答えているが、同じ質問に、肯定的な教師や保護者は数%に過ぎない。また、いつごろセックスとは何かを知ったかという質問に高2男子の55%、女子の67%以上が小学生時代と答えているが、自分の子供がいつセックスとは何かを知ったと思うかという質問に小学生時代と答える保護者は27%に過ぎなかった。この大きな意識のずれは、近年の社会変化の“結果”であるが、余りに急速に生じたためにそれがシステムを硬直化させる“原因”に転化している。教育だけに限るまい。おそらく政治、行政、家庭、地域など様々な場面にこのギャップは通底し、若者と社会体制を司る大人たちとの理解を妨げている。本来日本社会が自ら生み出した事態ではあるが、それがエイズ時代を前に日本社会を自縛自縛の状態に陥れている。

七. 最後に

以上、量的データと質的データを交えて述べた。学校教育や普及啓発対策からの情報提供もなく、家庭・地域社会からのつながりを絶たれ、あまりにも過剰な性刺激や性の商品化の波に曝され、しかも予防しやすい社会条件もないために、若者は無防備な性的ネットワークへと向わざるを得ないというのが我々の仮説である。この仮説が正しく、現在の社会構造や条件が変わらなければ、残念ながらわが国がHIV流行を免れることはないだろう。振り返れば、近年若者に生じた変化は性行動だけではない。喫煙、飲酒、薬物、学級崩壊、孤食、携帯・

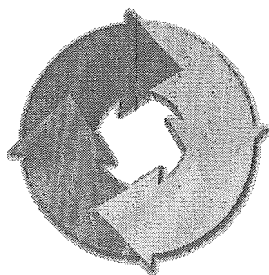
ゲーム中毒と数えきれない。こうした問題からそれぞれ若者を照射するときに、その重なりに浮かびあがる共通の問題がある。そうした、恐らく大人にも共通する日本の現代社会の本質に向き合い、それに対処することをエイズ流行は求めているのである。

(以上、世界2004年1月号寄稿論文を一部改変)

参考文献

1. 山崎修道、木原正博監訳. エイズパンデミック(原題:AIDS in the World II). 日本学会事務センター、1998
2. 平成 11-14 年度年度厚生労働省 HIV 社会疫学研究班報告書
3. 木原正博, 木原雅子. HIV の疫学. 性感染症/STD(熊澤淨一, 田中正利編) pp224-235, 南山堂, 東京、2004
4. 木原雅子, 木原正博. 若者の性行動. 性感染症/STD(熊澤淨一, 田中正利編) pp89-100, 南山堂, 東京, 2004
5. 木原正博他. アジア太平洋地域のエイズ流行の現状と展望. 日本性感染症学会誌 14:12-20、 2003
6. UNAIDS/WHO. AIDS epidemic update. December 2003
7. UNAIDS. HIV/AIDS-China's Titanic peril. June 2002
8. Stover et al. Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response?. Lancet 360,73, 2002
9. National Intelligence Council, USA. The next wave of HIV/AIDS: Nigeria, Ethiopia, Russia, India, and China. September, 2002

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



Socio-epidemiology and HIV Prevention

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

主任研究者：木原正博

2005年度厚生労働科学費補助金 エイズ対策研究事業
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

主任研究者

木原正博 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 教授

分担研究者

木原雅子 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 助教授

和田清 国立精神・神経センター精神保健研究所 薬物依存研究部長

小野寺昭一 東京慈恵医科大学泌尿器科 教授

特別研究協力者

岩木エリーザ 特定非営利活動法人 CRIATIVOS-HIV・STD関連支援センター 代表

藤原良次 プロジェクト オブ PCM 代表

井上洋士 三重県立看護大学看護学部 助教授

目次

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

1. はじめに	4
2. エイズ対策における啓発とは	5
2-1 エイズ対策の体系	5
2-2 プログラム連関	5
2-3 エイズ対策における啓発の目的	6
3. 流行の情勢と啓発の意義	7
3-1 流行期と啓発	7
3-2 啓発の緊急性	7
BOX 1 流行期分類	7
4. 啓発の基本精神－対象者中心主義	8
5. 啓発の方法と理論	9
5-1 啓発とマーケティング	9
(1) ビジネスの世界	
(2) 啓発とビジネスの違い	
5-2 啓発のプロセス	10
5-3 形成調査	10
5-4 プログラムの開発	11
(1) 何のために	11
目的・目標を決める	
(2) 誰に	12
セグメンテーション	
ポピュレーション戦略とハイリスク戦略	
行動段階(ステージ)	
セカンドオーディエンスの決定	

(3) どういうメッセージを 14

- メッセージとは何か
- メッセージと行動段階
- メッセージと文化・嗜好・価値観
- 既存のメッセージの利用

(4) 何を使って 16

- セッティング
- チャンネル
- 資材の開発
- サービスの改善

(5) どのように行うか 20

- マルチチャンネルで
- プロンプト効果の活用
- オピニオンリーダー(キーパーソン)の活用
- ロールモデルの活用
- 協働する

5-5 プログラムの実施と評価 22

- 5-5-1 実施体制を築く
- 5-5-2 プロセス評価を行う
- 5-5-3 アウトカム評価を行う
- 5-5-4 調査方法

6. 最後に 29

- 文献 30
- 付録:グロッサリー 31

1.はじめに

世界で最初のエイズ患者が確認されてから四半世紀以上が経ちましたが、エイズ流行はなお拡大を続け、生存HIV感染者数は、2005年末で4000万人を超えてしまいました[1]。流行はアフリカからアジアへと舞台を拡大しており、今後十年という近い将来の間に、アジアは世界最大の感染者数を抱える地域になるとの予測がなされています。その影響はすでに中国や台湾などの近隣諸国に現れつつあり、わが国がアジア流行の影響に曝される危険が迫っています。

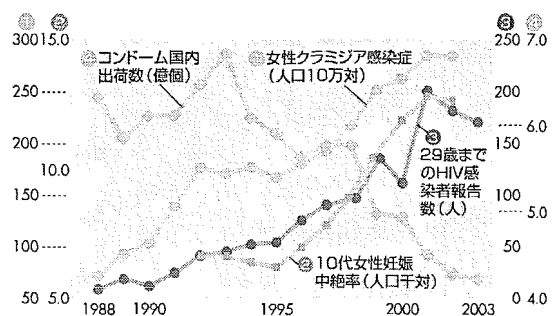
翻ってわが国を見れば、コンドームの国内出荷量が激減する中で性感染症患者やHIV感染者の報告数が上昇を続けており[2] (図1)、**有効な啓発プログラム (communication program) の開発と実施は緊要の課題**と言って過言ではありません。

啓発の対象となる集団や行動は多様です。そして、対象集団や行動のタイプによって、啓発プログラムの内容は大きく異なります。このガイドラインの目的は、それら各個別のプログラムを詳述することではなく、それらの啓発プログラムに共通する原則や方法を提示することです。本ガイドラインは、私たちの研究方法論である社会疫学 (socio-epidemiology) の中核をなす**ソーシャルマーケティング**と呼ばれる手法をその

基礎としています。ソーシャルマーケティングは、健康行動のみならず環境保全行動など様々な行動変容に有効な科学的アプローチとして、近年多くの国で多くのプログラムに用いられ、高い行動変容効果のあることが知られています。私たち社会疫学研究班では、いち早く、ソーシャルマーケティングを導入して若者の啓発モデルを開発し、その有効性を確認してきました。ここで紹介する啓発の方法は、最も広く受け入れられているいくつかの代表的な教科書[3-6]及び米国国立がん研究所のガイドライン[7]を参考にし、それに、私たちが日本で蓄積してきた経験を織り込んで作成したものです。

アジアエイズ流行を目前にして、差し迫って求められているのは真に有効な対策であり、有効であるためには科学的でなくてはなりません。本ガイドラインが、自治体による今後の科学的啓発の展開に生かされることを願っています。

図1.日本におけるHIV、クラミジア、妊娠中絶、コンドーム出荷量の変化



2. エイズ対策における啓発とは

2-1 エイズ対策の体系

図2に示したように、エイズ対策は、監視（サーベイランス、モニタリング）、予防、検査、治療、差別偏見の撤廃という5つの要素からなります [8,9]。

監視とは、HIV/AIDSの動向やそれと関連の深い行動（例：性行動や検査行動）や事象（例：性感染症）のサーベイランス、対策の実施状況のモニタリングのことです。

予防には、地域、職場、学校などにおける個別もしくは集団を対象とした予防プログラム、マスメディアを用いたキャンペーンが含まれます。

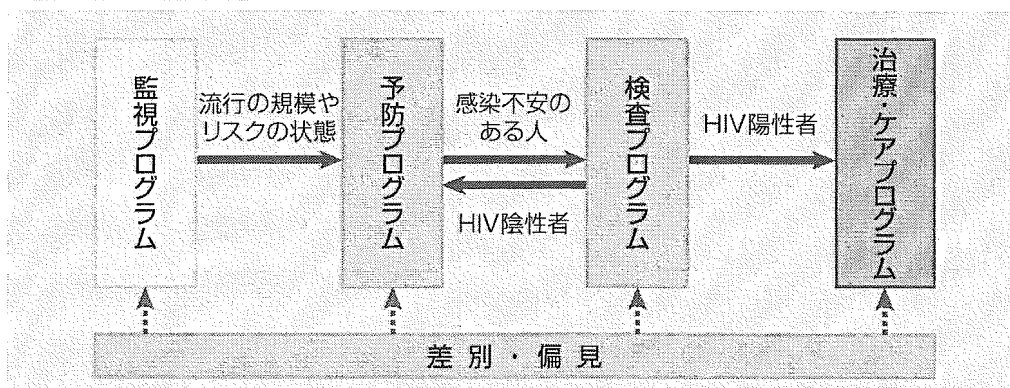
検査は保健所等や医療機関などでのHIV/STD（性感染症）検査のこと、**治療**は医療機関におけるHIV感染症の治療、**差別偏見の撤廃**とは、あらゆる意味での感染者に対する差別意識の撤廃と社会的権利の擁護を意味するものです。

2-2 プログラム連関

エイズ対策の基本は、これらの各要素のバランスを保ち、かつニーズを最大限満たすことです。つまり、より綿密に監視し、より多くの人に予防プログラムを提供し、より多くの感染者を検査で発見し、より多くの感染者に治療・ケアを提供し、そして差別偏見をなくすことです。

バランスを保つ必要があるのは、これらの要素がお互いに関連しているからです。これをこのガイドラインでは**プログラム連関**と呼ぶことにします。たとえば、監視が不十分であると、現状認識が不確かとなり、適切な予防・検査・治療プログラムの企画・実施ができません。予防が不十分だと、感染者が増え、検査・治療プログラムに人的にも財政的にも過剰な負担がかかってしまいます。検査が不十分だと、流行は潜在化し、予防プログラムの足を引っ張ること

図2.エイズ対策の体系



になります。治療やケアが満足に受けられる見込みがないと、検査を受けても仕方がないと思う人が増える恐れがあります。一方、適切なカウンセリングやサポートによって検査や治療の場で行動変容を行うことができれば、非常に効率よく予防を促進することができます。また、差別偏見の存在を放置すれば、せつかく、検査、診療体制を整えても、恐れ・不安のために、検査・治療サービスを利用し難くなってしまいます。

プログラム間のバランスが保たれば、相互作用が生まれて対策はいい方向に向かっていきますが、一部だけに偏れば、矛盾が蓄積し、やがて対策は破綻してしまう

ことになります。これが、エイズ対策の持つ難しさなのです。

2-3 エイズ対策における啓発の目的

こうしたエイズ対策の体系の中で、**啓発**とは、予防と検査の促進、差別偏見の撤廃をその目的とするもので、そのどれが欠けるわけにもいきません。つまり、啓発とは、種々の層の住民に安全な行動を促し、感染不安のある人々の受検を促し、検査を受けた人々に行動変容を促し、社会の人々の差別偏見をなくすことを目的とするプログラム全般を指すものです。

3. 流行の情勢と啓発の意義

3-1 流行期と啓発

わが国の流行は、国連合同エイズ計画 (UNAIDS) /WHOの定義[10]によれば、現在「低流行期」にあり、次第に「局在流行期」に移行しつつあると考えられます。

この時期において、特に重点を置かれるべきとされているのが啓発です。啓発がうまく行かなければ、感染者が増え、治療に過剰な負荷が生じてしまうからです。ちなみに、わが国の現在のHIV治療では、1人の感染者が1年間治療を行うために、250万円もの費用がかかります[11]。40年治療すれば、1億円という途方もない額になります。今啓発に十分な投資を行うことは、施策の効率性の観点から極めて大切なことです。もし、「広汎流行期」に突入してしまえば、あらゆる対策に莫大な費用がかかるという抜き差しならぬ状態に追い込まれてしまうのです。

3-2 啓発の緊急性

UNAIDSは、2005から2010年の間に、アジアでは低めに見積もっても、1200万人の新規感染が発生すると予測しており[12]、中国だけでも2010年には1000万程度のHIV感染者が存在する状況になると予測しています[13]。雲南省に端を発した中国の流行は東進しており、2004年には、台湾の薬物静注者に流行が突発しました[14]。国際的な人の往来によって、やがて日本がこのアジア流行の波に曝される可能性を考えれば、今後の啓発はとりわけ重要であると言わねばなりません。わが国では今まで4、5年で倍増のペースで感染者が増えてきており、2010年には潜在感染者を含めて、5万人程度の感染者が存在する状況になると予測されていますが[15]、アジア流行の動向いかんではそれも予断を許さない状況です。

BOX 1 流行期分類

低流行期 (low epidemic stage):一般人口の平均HIV感染率が1%を超えず、かつ高リスク層の感染率も5%を超えない時期。

局在流行期 (concentrated stage):一般人口の平均HIV感染率は1%を超えないが、高リスク層の感染率が5%を超えてしまう時期。

広汎流行期 (generalized epidemic):一般人口の平均HIV感染率が1%を超え、かつ高リスク層の感染率も5%を超えてしまう時期。

4. 啓発の基本精神—対象者中心主義

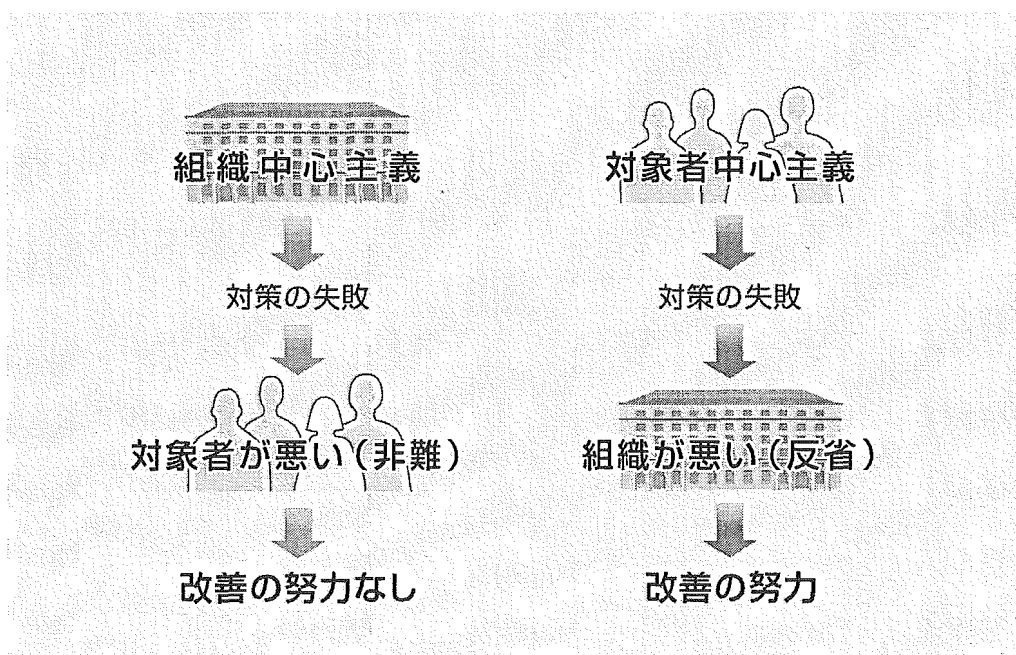
啓発の大原則は、「対象者から発想し、対象者を益すること」(対象者中心主義)です。これは、啓発は対象者の状況や関心の十分な把握に基づいて行う必要があることを意味しており、ビジネスの世界が消費者のニーズや関心を中心に置くのと同じです。この対極が、「組織中心主義」[3]で、対策を、部局内部など一部関係者のみで決め、取りあえず実施してみるというやり方をさします。

対象者中心主義では、対策が失敗すれば、その原因は対象者の把握(調査)の不充分さにある(自分が悪い)と考え、改善が

図られますが、組織中心主義の立場では、原因は対象者の側にある(相手が悪い)と考えるため、対策は改善されることなく、延々と繰り返されるか、悪い場合には、対策の後退さえ起こります(図3)。

対象者から発想するには、役所を出て、住民の生活を知り、考え方に耳を傾け、多くの住民の声に学ぶことです。以下にのべる方法は、それを実現するための手続きに過ぎず、内容の大半は、対象者中心主義に立てば、その必要性が自ずと理解されるものばかりです。

図3.組織中心主義と対象者中心主義



5. 啓発の方法と理論

5-1 啓発とマーケティング

(1) ビジネスの世界

では、効果的な啓発を行うには、つまり人々の行動や考え方を变えるのには、どうすればよいのでしょうか。そのために発達した社会科学があります。それが、**マーケティング**と呼ばれる科学です。

ビジネスの世界の目的は、「購買」という行動を促すことです。そのために、購買層を絞り、相手が欲しい製品を創出するために、徹底したリサーチ(市場調査)を行います。売れるかどうかわからない製品を取りあえず作って売ってみるというような破産の危険を犯すことはありません。そして、相手に届きやすいメディアを使い、相手の興味をひく宣伝を行って購買を促そうとします。そして、その成果は、売上として評価を受け、売上が悪ければ、再び調査し製品を見なおします。こうした過程が「市場競争」という厳しい環境の中で日々繰り返されていくのです。

マーケティングはそのために、行動心理学、コミュニケーション理論、統計学などを取り入れた精緻な科学として発達してきました。

1990年代に入って、こうしたマーケティングのノウハウを健康行動を含む様々な行動や考え方の変容につなげようとする社会科学が生まれてきました。それが、ソーシャルマーケティングで、21世紀に入ってから、先進国、途上国を問わず、健康行動や環境保護行動など様々な行動に応用されつつあります。

(2) 啓発とビジネスの違い

啓発とビジネスの違いは、取り扱う行動の性質、交換や評価のあり方にあります。ビジネスで扱う行動は、「ものを買う」という比較的決断の容易な行動で、損得の判断は比較的わかりやすく、また販売努力の効果は、売上という形で自動的に評価が下ります。

これに対し、啓発の対象となる健康行動は、決断が難しいものが多く、行動を変えたことによる利得が曖昧で、またあえて調べない限り、対策の効果の評価することはできません。つまり、啓発は、変容が難しい行動を対象としており、またその評価には意識的な努力が必要だということです。

5-2 啓発のプロセス

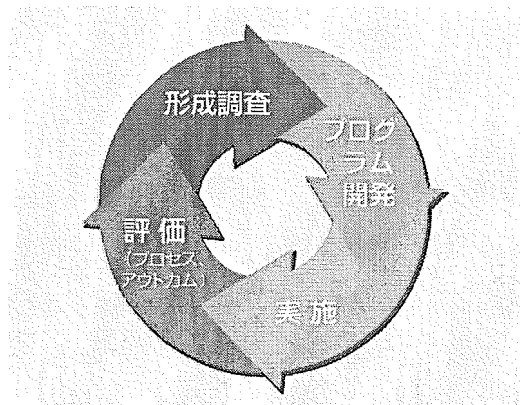
啓発は、大きく4つのプロセスから構成されます(図4)。形成調査、啓発プログラムの開発、実施、そして評価です。

評価も調査であり、そのインプットによってプログラムの改善が行われ、実施され、そして再び評価されます(上昇らせん型)。調査(形成調査や評価)を行うのは、できるだけよいプログラムを開発するためであり、またフィードバックをかけるためです。フィードバックのかからないシステムは、サーモスタットの壊れた冷蔵庫のように機能しないからです。

しかし、実際に行われているプログラム

は多くの場合、調査を欠いており、事態の悪化をよそに、決まったプログラムが延々と繰り返される(サーキット型)か、悪い場合には徐々に縮小されていきます(下降らせん型)。

図4.啓発のプロセス



5-3 形成調査

形成調査(formative research)は、啓発プログラムの開発の基礎となるもので、これがプログラムの成否を決定します。

形成調査では、

- その地域における問題の状況
- 地域で行われている対策の現状
(他の部局や組織・団体によるもの)
- 啓発によって変えたいと思う対象者の知識・態度・行動の現状
- 対象者の価値観、関心、生活スタイル、文化

など、**プログラム開発や評価に必要な情報が収集されます。**既存の情報があれば

活用し、なければ新たに集めなくてはなりません。普段からのデータの整理や収集、住民との接触が役立ちます。情報不足のまま、プログラムを実行することは、予算の浪費になりかねません。

なお、形成調査は、プログラム開発と平行して行われる部分もあり、必ずしも、すべての調査がプログラム開発の前に行われるわけではありません。

調査方法は、質的調査、量的調査の2種類がありますが、それらについてはプログラム評価のところで詳述します。

5-4 プログラムの開発

〈1〉何のために

啓発プログラムの開発に当たっては、**①何のために、②誰に、③どういうメッセージを、④何を使って、⑤どのように行うか、**をしっかりと企画する必要があります。以下、便宜上、この順番に述べますが、必ずしもこの順番で決めていくわけではありません。これらは相互に関連するため、並行して考えていく場合が少なくありません。

目的・目標を決める

プログラムを開発する場合には、まずその目的と目標を立てなければなりません。**目的 (goal)**とは、そのプログラムが最終的に実現したいことです。**目標 (objectives)**とは、一般には、目的に至る中間指標とされますが、このガイドラインでは、より現実的に、「目的に関連し、プログラムによって具体的に変化させることができ、かつ測定可能な指標(アウトカム)」と定義しておくことにします。

エイズ対策における啓発の目的は以下の3つです。

- 予防行動を促進すること
- 検査行動を促進すること
- 差別偏見を低減すること

これらをバランスよく実施する必要があることは前述しました。年によって、重

点を変えながら実施していくこともあるでしょう。

目標(アウトカム)は、目的と関係する範囲で色々なものがありえます。例えば、予防行動の場合、性感染症受診者数を減らす、検査行動の場合、夜間・休日検査受検者数を増やす、差別偏見の場合、地域内の事業者や管理職の差別意識を減らすなどです。地域に適切で、かつ可能な指標を設定してください。また、性行動の場合、それを直接測定しがたい場合には、知識や態度などで代用することもやむを得ませんが、その場合は、性行動と関連の強いもの(例:リスク認知、性行動容認度[中高生の場合])あるいは重要なもの(例:性感染症にかかっているとHIVに感染しやすくなる)を選ぶ必要があります。

目標を決めたら、その達成度を決めます。達成度は、何人、何%という風に**量的に設定する**のが理想的ですが、それが難しい場合には、当面「・・・を上げる(下げる)」といった**質的達成度**でも構いません。そして、いずれの場合も、「・・・年までに」という**時間枠**を設けねばなりません。数年にわたる計画の場合には、各年度ごとに目標の達成度を定める必要があります。

〈2〉誰に

■セグメンテーション

「誰(対象者)」を決めることを、**セグメンテーション**(segmentation)と言います。

地域には、様々な**社会層**(例:年齢、性別、セクシュアリティ、国籍、職業)の人がいます。それぞれに、生活スタイル、関心の度合い、利用するメディア(例:新聞、インターネット)、ニーズ(必要なもの)やウォンツ(欲しいもの)が異なるので、啓発の仕方も異なってきます。全員に合った啓発(one fits for all)を考えるのは、全員に合う靴を作るのと同じように非現実的なことです。

ひとつのプログラムの対象とするセグメントはひとつとは限りません。他部局や組織との協働を含めて、可能な範囲で複数の異なるセグメントを対象とすることになります。

理屈上は無数のセグメントが考えられますが、アクセスできないものもあり、現実的な判断が必要です。キャパシティに限度があれば、優先順位をつけたり、季節や年によって、対象とするセグメントを変えすることも考えられます。

エイズ対策におけるセグメントの例としては、男性と性行為をする男性(MSM)、若者、滞日外国人、性感染症クリニックの受診者、性風俗産業従事者、HIV検査・相談サービスを利用する人、海外に出かけ

る人などが考えられますが、条件や地域によっては、これら以外のセグメントもあり、また、年齢や生活スタイルなどによってさらに細分化したセグメントに分けることもできます。

■ポピュレーション戦略とハイリスク戦略 [16]

社会層の中には、リスクの高い人も、低い(ない)人もいます。層全体をセグメントとする場合を、**ポピュレーション戦略**と言い、リスクの低い(ない)人がリスクの高い行動を始めることを防ぎ、自分のリスクに気がつかない人に気づいてもらうことが目的となります。

これに対して、リスクが高い人を啓発の対象にする場合を、**ハイリスク戦略**といいます。この場合の目的は、対象者の行動段階をあげて、予防行動が取れるようにすることです。

■行動段階(ステージ)

啓発では、行動段階(ステージ)に特に配慮が必要です。

行動段階の理論として重要なものに、行動段階モデル(汎理論モデル、TTM) [17]と警告受容プロセスモデル(PAPM)

[17]があります。TTMは最も重要で、他の様々な理論を統合したものです。TTMの重要なポイントは、無関心期、関心期、行動期、維持期などに分け、それぞれの時期に有効な対応策を示していることです。PAPMはTTMと概念は異なりますが、無関心期をさらに、「何も知らない時期（無知期）」と、「知っているが自分には関係ないと思っている時期（無関係期）」に分け、自分のリスクを自覚すること、つまり**リスクパーソナライゼーション**の重要性を明確に指摘している点が注目されています。この2つの理論を組み合わせ、それぞれの時期に必要な対応を簡略にまとめたのが、表1です。

後述するように、行動段階によって、送るメッセージは大きく異なるので、この理解は非常に重要です。

表1.行動段階と対応策

行動段階*	サブステージ	対応策
無関心期	無知期**：何も知らない時期	自分にも関係があり、その影響は深刻であることを伝える（リスクパーソナライゼーション）。
	無関係期**：知っているが自分には関係ないと思っている時期	
関心期	早期：その行動の必要性はわかったが、利益が実感できない時期	その行動によって利益・価値がもたらされることを伝える。
	後期：その行動の利益はわかったが、不利益や面倒さ、難しさを感じている時期	その行動に伴うコスト感を減らすような情報やサポートを提供する。 その行動ができるよう技術的情報やサポートを提供する。 その行動に踏み切れるよう後押しする。
行動期 維持期	行動を起こし始めた（続けている）時期	その行動を始めて（続けて）よかったと思えるような情報やサポートを提供する。

* 行動段階モデルによる区分 **警告受容プロセスモデルによる区分

セカンドオーディエンスの決定

啓発の対象は、直接の対象者（オーディエンス）だけとは限りません。対象者の行動や対策に影響を与える人々がいる場合には、それらの人々（セカンドオーディエンスあるいはゲートキーパー）への啓発プログラムが必要となります。理解が得られれば、これらの人々は、啓発プログラム推進の重要なパートナーになりますが、理解が得られなければ、メッセージは対象者に全く届かないか、届けるのが難しくなることがあります。若者がオーディエンスの場合、教育関係者、保護者など、職場の場合は、管理職の人々などがセカンドオーディエンスにあたります。

以下、本ガイドラインでいう「対象者」は、オーディエンスを意味するものとして話を進めます。

〈3〉 どういうメッセージを

■ メッセージとは何か

メッセージとは、行動変容を促進するために、その啓発プログラムが伝えようとする内容のことで、ひとつのことも複数のこともあります。

メッセージの送り方には、

- ① キャッチフレーズ(例:あなたは本当に大丈夫ですか?)として送る、
- ② キャッチフレーズに関連情報を添えて送る、

などの送り方がありますが、キャッチフレーズの言葉の調子に頼るだけでは不十分です。対象者の判断に役立つような情報(データ)の提示を欠かすことはできません。

■ メッセージと行動段階

メッセージは、啓発全体を規定するので、対象者にふさわしいものを慎重に開発する必要があります。もちろん、属性によって異なることは当然ですが、特に重要となるのが、対象者の行動段階です。行動段階とメッセージ開発との関係で特に指摘しておきたい重要なポイントは以下の2つです。

- ① リスクパーソナライゼーションをしないと無関心期から抜け出せない人は、自分にも「HIV/STD感染の危険

があり、その健康影響が深刻であること」(=リスク)を自覚できないと、行動の必要性を理解することができません。そして、低流行期のわが国では、大半の人々は無関心期にあると考えねばなりません。

無関心期の対象者に、世界や日本全体のHIV流行状況を伝えるだけでは、身近な問題とは自覚されず、また特にHIV感染者の少ない地方自治体では、HIVの問題だけを伝えても、対象者は自分の問題と自覚することができません。そういうキャンペーンをいくら繰り返しても、**対象者はいつまでも無関心期にとどまるだけです。**そうではなく、その地域のHIVの状況を説明する、HIV感染者の少ない地方自治体では、HIVよりも地域のSTD/妊娠の状況やSTDの合併症にフォーカスする、社員の海外の出張先となりやすい地域のHIVの流行状況を伝えるなど、より効果的にリスクパーソナライゼーションできるような工夫が必要です。

危険が身近にあることを伝えて、リスクがない人はその段階にとどめ、リスクがあるのに自分にはリスクがないと思っている人には、自分のリスクを自覚させること、これが現在のわが国で最も重要な啓発のポイントとすることができます。

- ② 技術的情報は無関心期の対象に対してこそ意味がある