

(Australian Federation of AIDS Organizations) という、エイズ対策に関わる市民団体の集合体を発足させることで、政策に関する対話を試みている。AFAO 以外にも市民グループの全国ネットワーク団体があり、HIV 感染者及びエイズ患者団体である National Association of People Living with HIV/AIDS (NAPWA) や静注薬物使用者及び違法薬物使用者団体である Australian Injecting and Illicit Drug Users' League (AIVL)、そしてセックスワーカーの連合団体である Scarlet Alliance がある。連邦政府は草の根レベルで予防や自助支援活動を行ってきたこれらの団体の重要な役割を認知し、国のエイズ対策のパートナーと位置付けている。また、連邦政府のエイズ対策は、党派を超えた (non-partisan) ものであると明文化されている。

ハイリスク・グループと考えられていた違法麻薬使用者や、性産業従事者がエイズ対策活動を行うことについては、当時州やテリトリーによってはこれらの行為が違法であったため、問題があった。オーストラリア社会の保守層から見れば、麻薬使用者や性産業従事者が市民団体として活動し、どんなにその活動が効果的なものであったとしても直接政府から資金援助を受けたりエイズ対策実施において政府と協力関係を結んだりするといったことは考えられないことであった。ただ 1980 年代のオーストラリア連邦政府はこれらの市民団体を支援することこそ効果的なエイズ対策につながるという見地から、協力関係を築くという方針を打ち出した。州やテリトリーによってはそれまで違法だったこれらの行為を、

「推奨はしないが」という但し書きを条列文に加えることで合法化していった。このような政策決定によってこれらの団体は連邦政府や地方政府の予算を直接受け取ることができるようになり、この種の市民団体に参加したり支援したりする市民は逮捕などに脅えることなく堂々と予防活動を推進できるようになった。IDU やセックスワーカーを含むハイリスク・グループに該当する市民は無料で匿名の HIV 抗体検査が受けられるようになり、抗レトロウイルス薬は国民健康保険制度による負担対象となり、注射器および注射針の無料交換プログラムが全土の地方自治体の協力によって実施されるようになった。

3-3 対策の現状

上記のように、オーストラリアにおいては HIV 感染予防を含むエイズ対策が、様々な団体によって展開され、政策策定に参画してきたという歴史があり、国内のエイズ対策の主導権を誰が握るかについては、連邦政府、州政府、市民団体、医者を含む研究者による主導権争いが続いてきた (Altman, 1992)。これは国内のエイズ対策を連邦政府がまとめて統括しているドイツ (同報告書を参照) とは状況が大きく異なり、オーストラリアではエイズ対策に関する政府関係の政策文書が多数にわたり、エイズ対策に関わる省庁や専門機関、政府系研究調査機関が複数存在し、また国家全土で統一されて実施される HIV 予防プログラムが無く、従って国内の HIV 感染予防活動についての評価研究報告も多数にわたるといった状況に良く反映されている。但し重要なことは、このような混沌とした現状にもかかわらず、最近の若干の上昇を除い

ては HIV 感染者数が年々減って来ており、1980 年代に危惧されたエイズの蔓延を効果的に予防してきたという事実である。各地域で自主的に予防教育活動を行ってきた市民団体の活動はもちろん、それと協力する方針を打ち出した連邦政府の政策決断があってこそ可能になった現実と思われる。

コミュニティーレベルでの市民活動が重要な役割を担う中で、オーストラリア連邦政府は自らの役割を資金の援助（連邦予算の配分）、各州やテリトリー政府との政策調整と位置付けている。連邦制を採用しているオーストラリアでは、エイズ対策以外の分野、例えば教育などにおいても、州政府がそれぞれ政策を制定し施行してきた経緯があり、この現状はエイズ対策に関しても同様の役割分担が体现されているのだと解釈することもできる。

連邦政府が国内のエイズ対策に関する政策を最初に打ち出したのは 1989 年であり、その後およそ 3 年ごとの周期でこの政策案（National HIV/AIDS Strategy）が更新・発表されている。1989 年に連邦政府の政策案が発表されたということは市民グループにとっても大変大きな意味を持っていた。それは、本政策が連邦政府、州政府、医療保健機関、研究機関、市民グループの協力関係構築を打ち出したということのみでなく、これらの協力団体に対し向こう 3 年間の連邦予算の分配を約束したということでもあったからである。以後 National HIV/AIDS Strategy は継続的に更新され、現在第 5 期（the 5th National HIV/AIDS Strategy 2005-2008）に入っている。今期はエイズ研究の方向性を定めることや、主な市民グループによる活動を調査して HIV やその他の性感染症を予防する観点からこ

れらの市民グループが果たしている役割について評価すること、その他、政策調整、教育、予防と対策医療、HIV 感染者及びエイズ患者への支援の全てにおいてエイズ対策を再活性化させたいという目標を掲げている。1989 年に始まった第 1 期と同様、市民グループとの連携、協力の大切さも強調されている。特にエイズ対策医療の発展に伴って、PLWHA 人口が増えてきており、PLWHA は医療サービスや社会福祉サービスのあり方について大切な助言を行える立場にあるとして、エイズ対策においても欠かせない存在であると繰り返し強調されている。

連邦政府のエイズ政策はこの National HIV/AIDS Strategy に示されているが、エイズ対策に深く関連する政策文書が他にも 3 点ある。性感染症対策に関する National Sexually Transmissible Infections Strategy 2005-2008、C 型肝炎対策に関する National Hepatitis C Strategy 2005-2008、アボリジニおよびトーレス海峡諸島民コミュニティーにおける性感染症などの対策に関する National Aboriginal and Torres Strait Islander Sexual Health and Blood Borne Virus Strategy 2005-2008 であるが、これらは HIV に的を絞った先述の National HIV/AIDS Strategy を補足するものであると位置付けられている。さらに個々のハイリスク・グループに関わるエイズ予防対策となると、多数の National Strategy が関係してくる。例えば IDU に対する HIV 予防は National HIV/AIDS Strategy をはじめとする上記 4 つの National Strategy に加えて National Drug Strategy という政策文書も深く関わっている。さらに、将来的にエイ

ズ対策を盛り込んでいきたいとしている政策文書が6点挙げられていて、例えば National Mental Health Action Plan や Rural Health Strategy、National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Strategic Framework などが含まれる。このように、連邦政府によるエイズ対策は明確に一本化されておらず、多くの政策にまたがっていてこの傾向は今後さらに広がる可能性がある。皮肉なことに、これだけ多くのエイズ対策と関わりの深い各種の政策が明文化されていながら、クラミジアなどの性感染症が増えており、この現状に対して、「オーストラリアは連邦政府としての性感染症対策政策が未だに打ち出されていないのは問題である」との医療従事者からの声もあるくらいである (Chan and Bradford, 2004)。

具体的な予防活動例となると連邦政府はあまり把握しておらず、2004年度に初めて HIV Health Promotion/Prevention: Mapping of Current Activity across Australia というプロジェクトが立ち上げられ、全国各地で誰がどのようなエイズ対策活動 (HIV 感染予防活動、エイズ教育、感染者に対する支援活動など) を行っているのかに関するデータベース作りが始められたところである。将来的にはこのデータベースを充実させて具体的な成功活動例 (Best Practices) を把握したいというのが目標の一つとされている。

上記のように、オーストラリア連邦政府による国内エイズ対策はいささか混沌としているという印象を否めない。これには連邦制という行政制度が背景となっていることのほかに、政府以外のステークホルダー (医療従事者、地域に根ざした市民グル

ープ、各種研究機関など) が 1980 年代から継続して国レベルでの政策提言に積極的に関わってきたという歴史的背景もある。

次にオーストラリアのエイズ対策を支えてきた、地域レベルでの取り組みを、特に「若者」が対象となる (または対象に含まれる) 例を見てみたい。

3-4 若者に対するプログラム

ハイリスク・グループ別に、具体的にどのような HIV 予防プログラムが実施されているか見ていきたい。

IDU

IDU を対象にした予防対策：注射器及び注射針無料交換プログラム

IDU はハイリスク・グループではあるがオーストラリアの IDU における HIV 感染率は高くない。ただ、一度 HIV に感染すると注射針の共用によって IDU 内にすばやく感染が広まる恐れが常にある。HIV 感染経路としては MSM が一番大きいわけだが MSM でしかも IDU である市民によって、MSM でない IDU に感染が広がり、さらに IDU でない市民に異性間性交渉などによって感染が広がる可能性が指摘されていて、実際スペインやイタリアにおいては IDU 間の感染が広がったことで IDU でない市民への感染も広がったと考えられている (Crofts, 1992)。このため、「MSM であり IDU でもある」人口は早くからオーストラリアにおいて重要な感染予防対象グループと位置付けられている。オーストラリアの HIV 感染に関する統計で「MSM」や「IDU」といったカテゴリーの他に「MSM で IDU」というカテゴリーが設けられてきたのはこの理由からである。

Syringe and Needle Program (SNP)は1986年にオーストラリア国内の一部の地域で試験的に行われて以来、継続して全国の地方自治体の協力のもとに実施されてきている。使用済みの注射器および注射針を持ち込むと無料で新しい注射針に交換できるプログラムである。それだけではなく、麻薬を注射で打つ際にどのようなことに注意することで感染症にかかる危険性を減らせるかといった、安全な静注についてのアドバイスもしている。IDU支援をすることで麻薬使用を助長するのではないかという懸念の声がプログラム開始当初にはあったのだが、SNPによって麻薬使用者が増えたという調査結果は出ていない。むしろ、社会的偏見が根強いIDUにとって、安心して公共医療サービスや相談にのってもらえる窓口となっていることがわかっている。

2002年に発表された連邦政府保健省の報告書では、本プログラムによって2000年までにおよそ25,000人の新規感染を防ぐことができたと見積もられている。

セックスワーカー、性産業従事者を対象にした予防対策

1980年代、性産業従事者はHIV感染を社会に広げる感染源となるのではないだろうかという憶測が広がった。これについては後に行われた研究によってそうとは決め付けられないことがわかっている。調査研究によると、セックスワーカーは顧客とのセックスにおいて交渉能力を身に付けていることが多く、仕事のセックスはコンドームを使用する機会が多いことがわかった。それに比べて、私生活において恋人とセックスする時はコンドームを使用しないことが多いため、HIV感染の危険は性産業から

ではなく、むしろプライベートな関係からのほうが大きいと言える。ある調査研究によると、セックスワーカーは仕事のセックスとプライベートのセックスを明確に区別しており、コンドーム使用の有無も重要な区別の方法の一つであるということである。従って、恋人とのセックスにおいてコンドームを使用したいと言うことは、恋人から商売の客扱いされているのではないかと疑いを持たれることがあり、使用を断念したり、コンドーム使用について話さえ持ち出さないことがあるという(Waddell, 1996)。この現象はオーストラリアに限ったことではなく、他の欧米諸国でも同様の研究結果が報告されている。

オーストラリアの性産業従事者のHIV感染率は世界的に見ても低い。ピア・エデュケーションを手法とした予防活動が行われて来ているが、短期間だけセックスワーカーとして働き、辞めてゆく人も多いため、ピア・エデュケーターの確保が難しいことが課題となっている。

先住民（アボリジニ及びトーレス海峡諸島民）コミュニティ

オーストラリアにおいて、先住民コミュニティにおける性感染症の感染パターンは、非先住民の感染パターンと異なっている。例えば、1999年から2003年の間における非先住民の新規HIV感染の主な感染経路はMSMであるが、先住民コミュニティにおいてはMSMが38%であるのに対し、異性間性交渉による感染が37%とほぼ同様に高い。また、IDUによるHIV感染も、非先住民においては3%であるのに対し、先住民コミュニティでは21%と格段と高い。さらに女性がHIV感染者全体に占

める割合も、非先住民人口においては10%であるが先住民人口においては34%にのぼる。HIVに限らず、梅毒などの他の性感染症（及び血液経由の感染症）の感染率が高く、HIV感染を増進させている一因でもありと考えられている。HIVを含む性感染症対策に関するNational Strategyが先住民を対象に別個に制定されているのはこのためであるが、その予防対策及び対策医療サービスの提供にはまだ課題が多い。先ず彼らの居住地が都市などの医療機関が多く存在し医療サービスを受けやすい地域からは地理的に離れていることが多く、情報やサービスを得にくいことが挙げられる。また、地理的に離れていない場合でも、社会的疎外感や経済格差のため、医療機関が利用しにくい立場に置かれている。感染症に関するサーベイやデータ収集も行き届いていないのが現状である。また、先住民コミュニティにおいてHIV・エイズに対する偏見や恥辱感が根強いことも、予防活動を展開したり受け入れたりすることへの妨げとなっていると言われている。

また、トーレス海峡諸島はアジアの中でもHIV感染率が高いとされるパプアニューギニアに地理的にも近く、従来から人の行き来が盛んな地域である。この地域を通してオーストラリア国内への感染の流入が懸念されている。

「若者」：性教育など

学校教育は各州政府の行政担当であり、従って性教育も各学校管轄地域の単位で行われていてその歴史や内容及び手法にはばらつきがあるが、若者のセクシュアル・ヘルスを促進してきたという調査結果がある(Weaver, et al., 2005)。一方で、性教育

が不十分であるという声もある。性教育で何をどう教えるかについての国レベルでの政策や、統一されたカリキュラムは存在しないため、National HIV/AIDS Strategyにおいてもカリキュラムの検討が今後されるべきではないかと言及されるにとどまっている。

また最近では、若者と貧困の関係に焦点をあてて、ホームレスの若者は性感染症に感染する危険が高いセックスを行う傾向が見られるといった研究(Sibthorpe, 1993)や、若者とうつ病の関係に焦点をあて、うつ状態にあるときの方がそうでない時よりも性感染症に感染する危険の高いセックスをする傾向が見られたという研究もある(Brown, Adrienne, et al., 2006)。

様々な文化圏からの出身者 (People from culturally and linguistically diverse backgrounds (CALD))

多様な文化や言語の出身者はCALDと総称され、このグループにおける新規HIV感染の増加が確認されている。HIV感染パターンにも特徴があり、主な感染経路は異性間性交渉である。そのため女性が感染者全体に占める割合が比較的高い。

文化の違いといえば、例えば妊娠時のHIV抗体検査によって感染が判明したベトナム出身の女性の感染経路は、おそらくベトナムで施した刺青であっただろう、という実例もある(Garland, et al., 2006)。この女性の出身地では、女性が装飾として唇や眉に恒久的なメイクとしての刺青をすることがあるという。夫はHIVに感染していないし、セクシュアル・ヒストリーを見ても、刺青以外に感染経路が見当たらなかつたため刺青が疑われたという報告である。

CALD は文化的な違いあるいは言葉の壁もあって医療サービスや抗体検査を受けるのが遅くなりがちである。また、同様の理由から予防活動や感染者支援活動が行き届きにくい。文化的配慮をした地域レベルでの対策、特に同じ文化圏出身者などによつての活動が広まっていけば予防効果が期待できるのではないかと考えられている (McMahon, 2004)。そのような取り組みが地域レベルで始まっている州もあり、ニューサウスウェールズ州政府及びオーストラリア連邦政府は Multicultural HIV/AIDS and Hepatitis C Services (MHAHS) という CALD に対してエイズ教育や支援を行う団体に対し、資金援助を行っている。

4. 考察

オーストラリアの HIV 予防活動及びエイズ対策は、市民の手によって行われて来た。連邦政府はこれらの市民グループや州政府に直接連邦予算の配分を行い、エイズ対策に関わる複数のステークホルダー間の政策調整を行うことをその役割としてきた。

オーストラリアでは PLWHA の存在が顕著であり、HIV 感染予防や HIV 感染者の人権、投薬を含む医療サービスへのアクセスを充実させようと活動している。州及びテリトリ政府や連邦政府、また医療従事者や研究者などの間でエイズ対策に関する主導権争いが行われてきた中で、地域レベルでは常に地道に、確実に、HIV 予防活動やエイズ教育、また PLWHA への支援活動が行われてきたことが、オーストラリアをエイズ対策における成功例としている所以であろう。そこに連邦政府による政策決定と資金援助、市民団体との協力関係の構

築が大きな役割を果たしてきたことは疑いの余地がない。

5. 参考文献

Altman, Dennis

1992 'The most political of diseases' in *AIDS in Australia: Context and Practice*, edited by Timewell, et al. Prentice Hall of Australia.

Brown, Adrienne, et al.

2006 'Depressed moon as a risk factor for unprotected sex in young people' in *Austrasian Psychiatry*, 14 (3): 310-312.

Carr, Adam

1992 'What is AIDS?' in *AIDS in Australia: Context and Practice*, edited by Timewell, et al. Prentice Hall of Australia.

Chan, D. J. and D. L. Bradford

2004 'A sexual health strategy for Australia – time for action' in *Sexual Health*, 1: 197-199.

Crofts, Nick

1992 'Patterns of infection' in *AIDS in Australia: Context and Practice*, edited by Timewell, et al. Prentice Hall of Australia.

De Bruyn, Maria, and Susan Paxton

2005 'HIV testing of pregnant women – what is needed to protect positive women's needs and rights?' in *Sexual Health*, 2: 143-151.

Garland, Suzanne M., et al.

2006 'Cosmetic tattooing: a potential

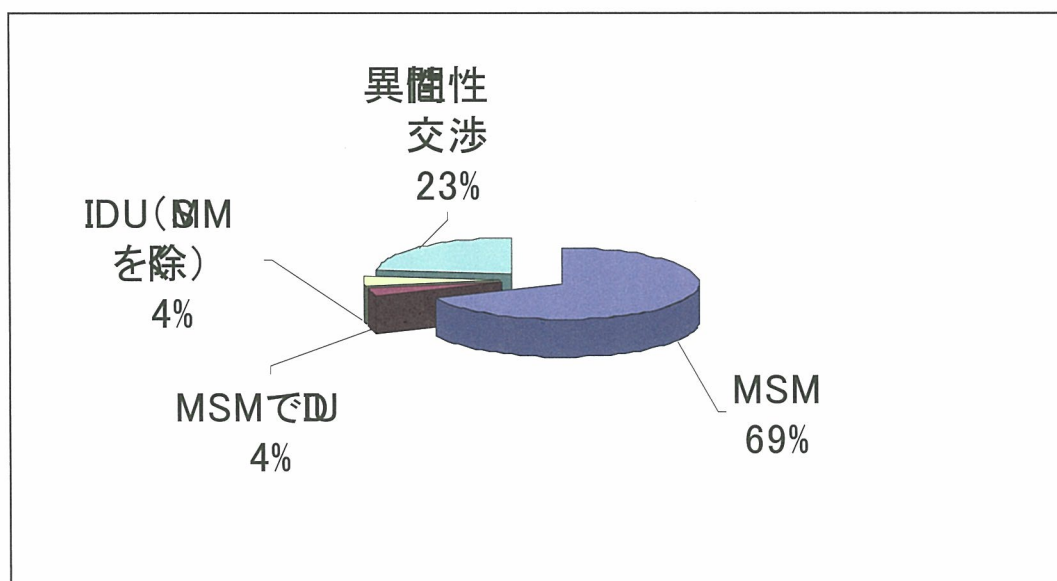
- transmission route for HIV?' in *The Royal Australian and New Zealand College of Obstetrician and Gynaecologists*, 46: 456-462.
- Healey, Justin (ed.)
2003 *HIV/AIDS*, Issues in Society, Volume 185. Rozelle, NSW: The Spinney Press.
- McMahon, Tadgh, et al.
2004 'Evaluation of an ethnic media campaign on patterns of HIV testing among people from culturally and linguistically diverse backgrounds in Australia' in *Sexual Health*, 1: 91-94.
- Okeefe, Trent and Ian Walker
1992 *Being Positive: Living with HIV/AIDS*. Sydney: Australian Broadcasting Corporation.
- Parnell, Bruce
1992 'Changing behaviour' in *AIDS in Australia: Context and Practice*, edited by Timewell, et al. Prentice Hall of Australia.
- Plummer, David
1992 'The medical establishment' in *AIDS in Australia: Context and Practice*, edited by Timewell, et al. Prentice Hall of Australia.
- Rosenthal, Doreen, and Gary Dowsett
2000 'The changing perceptions of sex and sexuality' in *The Lancet*, December 2000, 356: page s58.
- Sibthorpe, Beverly, et al.
1993 *Drug use and HIV risk among homeless and potentially homeless youth in the Australian Capital Territory*, Technical report (Opioids Working papers, stage 2), no.3. National Centre for Epidemiology and Population Health, the Australian National University.
- Waddell, Charles
1996 'HIV and the Social World of Female Commercial Sex Workers' in *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, 10 (1), March 1996: 75-82.
- Weaver, Heather, Gary Smith, and Susan Kippax
2005 'School-based sex education policies and indicators of sexual health among young people: a comparison of the Netherlands, France, Australia and the United States' in *Sex Education*, 5 (2): 171-188.
- オーストラリア連邦政府
2005a National HIV/AIDS Strategy: Revitalising Australia's Response 2005-2008.
2005b National HIV/AIDS Strategy 2005-2008: Implementation Plan.
- オーストラリア連邦政府統計局
1997 Australian Social Trends
1998 Year Book Australia
1999 Year Book Australia
2000 Year Book Australia
2001 Year Book Australia

2002 Year Book Australia
2004 Year Book Australia
2005 Year Book Australia
2006 Year Book Australia

6. 資料

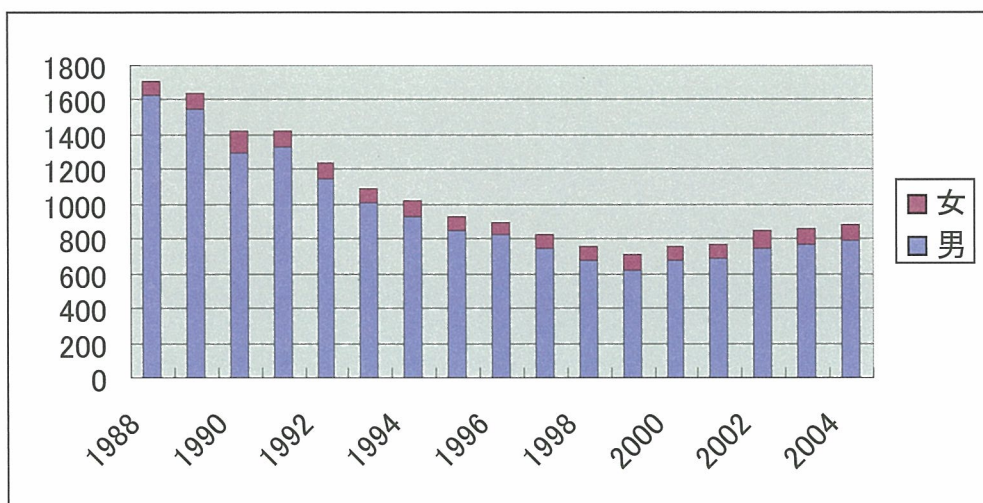
6-1 2004年度新規 HIV 感染者における感染経路の内訳

データ：Year Book Australia 2006

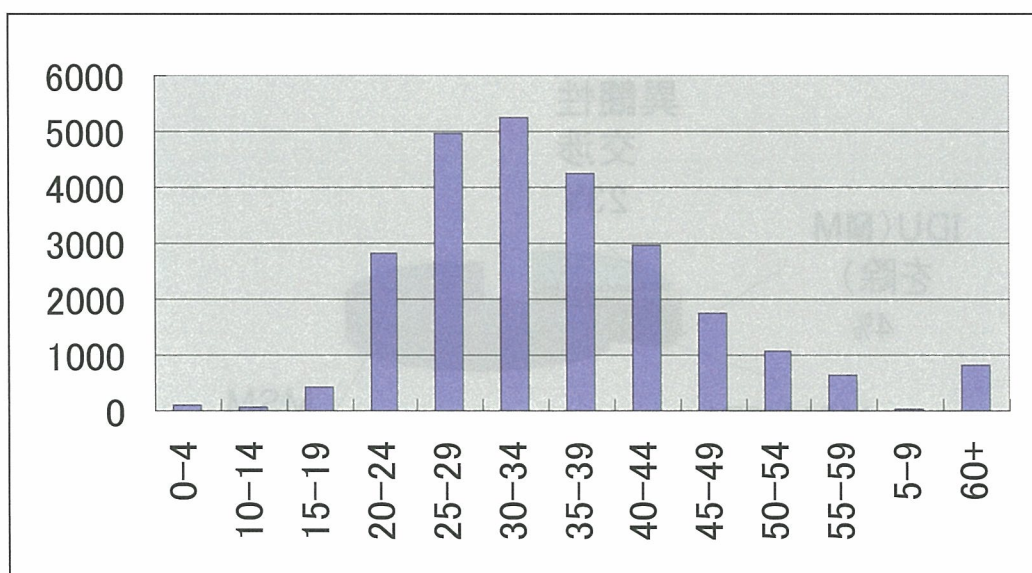


6-2 新規 HIV 感染者数の推移：1998年～2004年

データ：Year Book Australia 2006, 2005, 2004, 2002, 2001, 2000, 1999, 1998



6-3 HIV 感染判明時の年齢 (1980 年～2005 年の間に感染が確認された全ての人を含む) データ : Australian HIV Public Access Dataset 2006



オーストラリアの 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 (財団法人エイズ予防財団/京都大学医学研究科)

研究協力者 小松隆一 (国立社会保障・人口問題研究所/The Global Fund)

分担研究者 池上清子 (国連人口基金東京事務所)

要 旨

わが国の HIV 流行は MSM (Men who have Sex with Men) を中心に拡大しており、効果的なエイズ対策の実施に資するために、オーストラリアにおける MSM 対策事例を検討した。その結果、シドニーでは質問紙調査 (横断調査) をコミュニティレベルで毎年実施していることが明らかとなった。定期的な質問紙による行動疫学調査により、当該コミュニティにおける HIV 予防意識や HIV 感染リスク行動の実態把握が可能となる。加えてこうした経年的モニタリングは予防対策実施に伴う効果評価や新たな予防対策実施にあたっての重要な指針となる。また、当該コミュニティにおける HIV 感染の動向把握や感染リスクの同定をより詳細に行うためにはコホート研究の実施が重要となる。オーストラリアにおいては MSM を対象とした HIV 陰性者コホート研究と陽性者コホート研究の両方が実施されており、研究を通じて得られる情報は相互に補完されている。これらの事例を通してわが国のエイズ対策への応用可能等について検討した。

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、オーストラリアにおける MSM を対象とした予防対策の取り組みについて、対策事例を検討することを目的とする。

B. 研究方法

医学論文のデータベースである PubMed およびオーストラリア国立 HIV 社会研究所、CBO (Community Based Organization) 等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

をもとにオーストラリアにおける MSM を対象とした予防対策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。

C. 結果

アメリカ合衆国やイギリスにおける HIV 予防介入研究の多くは、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 Randomized Controlled Trial (RCT) による研究が数多く実施されているが、文献検索・情報収集の結果オーストラリアにおいては同種の研究はほとんど皆無であることが示さ

れた。RCT あるいは準実験的研究デザインの実施がトレンドである現在、その理由についてオーストラリア国立 HIV 社会研究所に問い合わせをしたところ、“米英のような介入研究”は実施しない傾向にあること、その理由として HIV 感染予防行動の実践あるいはリスク行動は、コミュニティの規範や文化など社会的文脈に大きく左右されるため、コミュニティから切り離れた介入研究環境における個人を対象にした介入の実施について、あまり重視していないということであった（日高—Prestage G 私信）。個人の要因への働きかけをする数少ない研究では、認知行動療法を用いた研究の実施が確認された。これまでの研究では、個人が無防備な性行動を選択する際の先行要因として、抑うつ気分であったり場の雰囲気であったり様々な心理的要因やパートナーとの力関係が関連していることが示されている。また、実際の無防備な性行動を選択してしまう時、つまりコンドームを使用しないセックスの時に、自分自身のその行動を正当化させるような認知がその都度その都度に働いていることがこれまでの研究で示されている^{i ii}。そこで、この研究では、性的興奮が高まっている瞬間の認知と、冷静な時の認知に違いがあるであろうとの観点から、無防備な性行動の場面を性的興奮が冷め、冷静になった後から振り返り、状況場面を1つ1つ思い出してその時々々の認知や判断が本当に正当であったか検証する試みがされている。つまり、セーフターセックスの必要性やその維持をしない、あるいはできない MSM の多くが感染リスクを知っていながら、リスクのあるセックスを実践してしまう背景にこういった要因があるのか、その時の認知はどういったものか、と

いう視点で振り返る手法である。こういった個人への働きかけが行われている一方、コミュニティレベルで HIV 感染リスク行動等の実態の推移をモニタリングする研究が継続して実施されている。シドニーではコミュニティレベルの横断調査を毎年実施する傍ら、CBO などによる予防介入キャンペーンを実施し、その後どのような流行・行動のトレンドが起こるか継続してモニタリングしていくという手法が主に採られている。

横断調査によるモニタリング

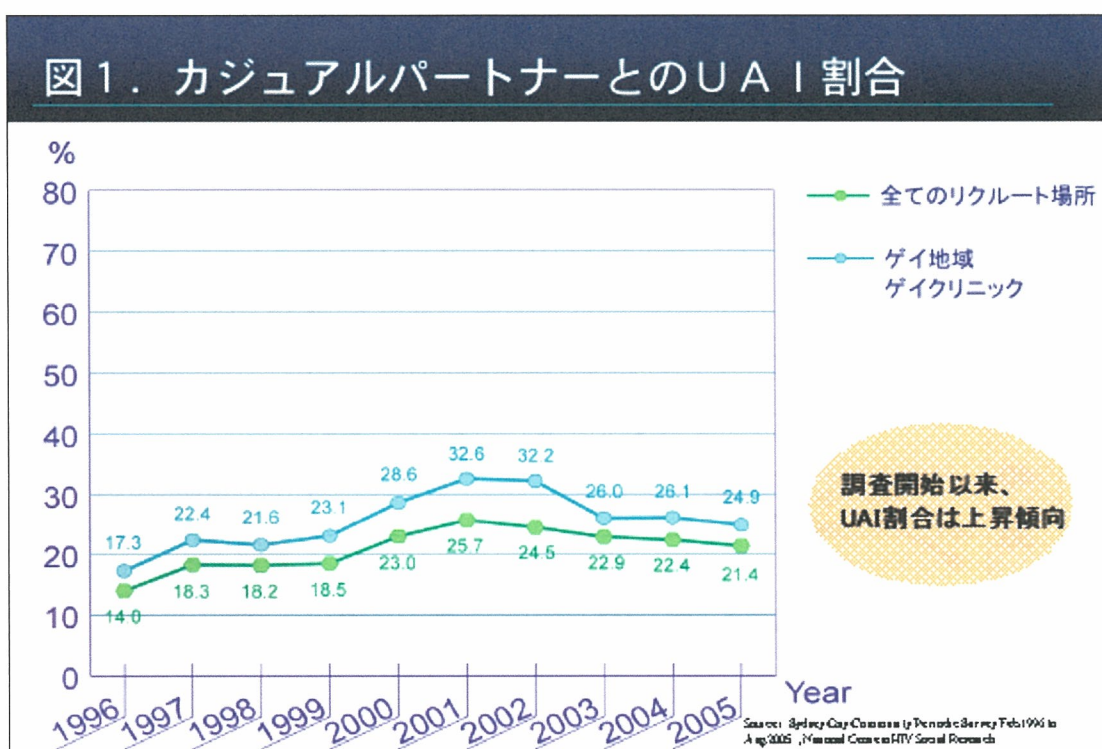
本稿では 1996 年以来継続してシドニーで実施されている調査ⁱⁱⁱの結果について概要を報告する。この調査の主な目的は、性行動や性感染症、HIV 感染予防行動などの実践状況を経年の間に把握することである。経年の調査の実施にあたって、研究参加者のリクルート方法や調査項目等実施戦略をほぼ同一化することによって、目的が果たされている。これまでに実施されてきた一連の調査では数多くのデータが提示されており、Unprotected Anal Intercourse (UAI) の状況やその背景要因、HIV 感染状況を自ら話す人の割合、薬物使用割合などが示されている。

調査の実施時期とリクルート方法

オーストラリアではシドニーをはじめとするいくつかの都市で MSM 対象の横断調査が実施されている。データ収集は毎年 2 月と 8 月に実施され、経年変化や行動トレンドなどが分析されている。研究参加者のリクルートはゲイ関連地域、セックスを主な目的とした場所（ハッテン場）、ゲイ男性対象のクリニック、お祭り等を通じて行われ、2 月のリクルート時は 2,000

人前後、8月は1,000人前後と比較的大規模な横断調査となっている。1996年以来の延べ参加者は28,600人を超えている。2005年の研究参加者は過去5年間の中で最も多く、2月に2,230人、8月に1,183人のリクルートに成功している。また、リクルート実施にあたって全ての人の研究参加が得られることは難しいが、参加率（回収率）が低率であれば必ずとそのデータの持つ信頼性の検討を十分にしなければならない。これまでの参加率は67.2%～83.3%であり、概ね高率である。

その場限りのセックスパートナーとの UAI
 その場限りのセックスパートナーとの間における UAI 割合の減少は、HIV 予防対策において極めて重要な点である。2005 年のそれは 21.4%であり、1996 年の本研究実施以来 2004 年まで、上昇傾向であることが示されている ($p<.001$)。そして、2001 年のピークである 32.6%から 2005 年までの間は有意に減少している。また、UAI 割合をリクルート場所毎に分析すると、ハッテン場でリクルートされた者の UAI 割合は高い傾向にあった (図 1)。



HIV 感染状況ごとのその場限りのセックスパートナーとの UAI

2005 年の調査結果によれば、HIV 陽性者の UAI 割合は 42.4%であり、陰性者の 18.1%と比較すると有意に高かった (図 2)。この傾向は 1996 年以来一貫している点であり、HIV 陽性者対象のコホート研究においても同様の傾向

である。また、HIV 陽性者の UAI 割合が最も高い場所はハッテン場であり、2005 年の調査結果では 46.5%であった。

特定のパートナーとの UAI

2005 年の調査結果では約 60%の研究参加者は特定のパートナーとの関係性があり、UAI

割合は57.3～60.3%であった。1996年以降微増ではあるが上昇傾向である。また、特定のパートナーを持つ男性の28%は特定パートナー間においてコンドームの使用がなかった(図3)。

HIV 抗体検査受検割合

2005年における過去1年間のHIV抗体検査受検割合は、陰性者では全体の67.3%に受検経験があった。回答者のリクルート場所の分析によると、ゲイクリニック78.7%、ゲイ地域およびハッテン場68.9%であった(図4)。

2005年の調査ではHIV陽性者の約30%が過去6ヶ月間のカジュアルセックスパートナー全員に自らの感染を話していた。また、2001年以降の結果と比較するとこの割合は有意に上昇していた($p<.01$)。また、HIV陰性者においては23%が過去6ヶ月間のカジュアルセックスパートナー全員にHIV感染状況(感染していないこと)について話していた。HIV陽性者と比較するとその割合は低率であった(図5)。

HIV 感染状況の自己開示割合

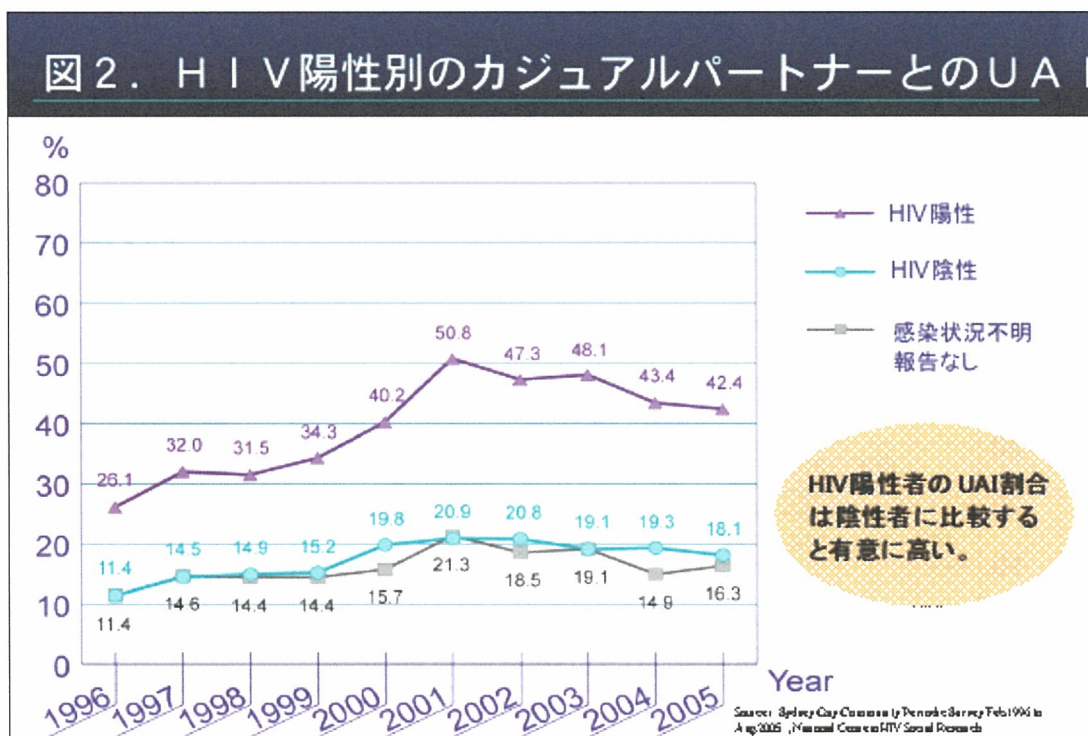


図3. 特定パートナーとのUAI割合

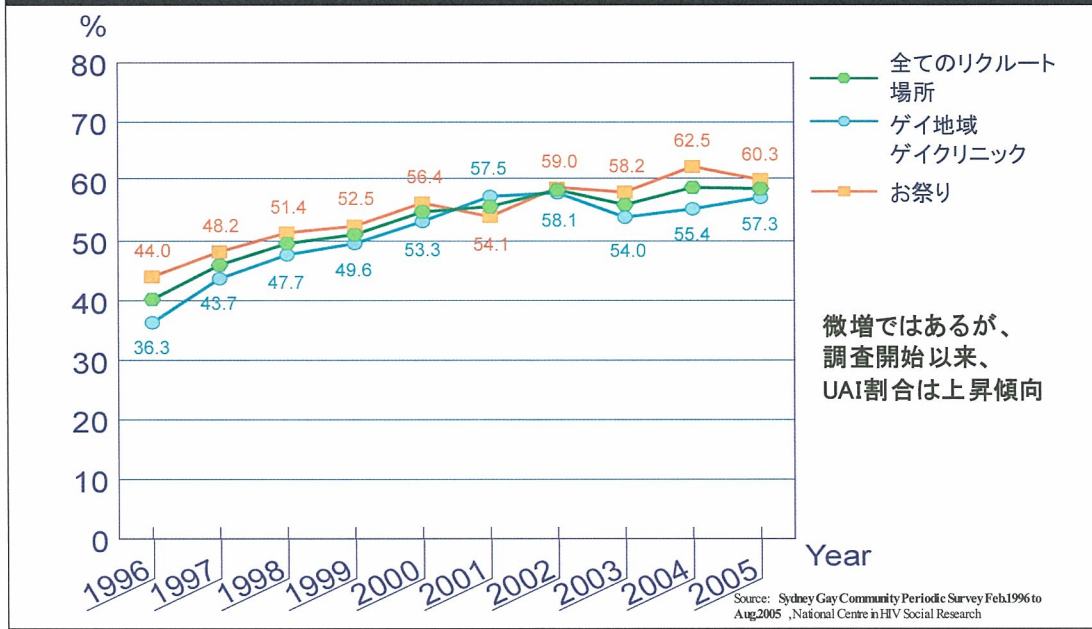


図4. 過去1年間のHIV抗体検査受検割合（非陽性者）

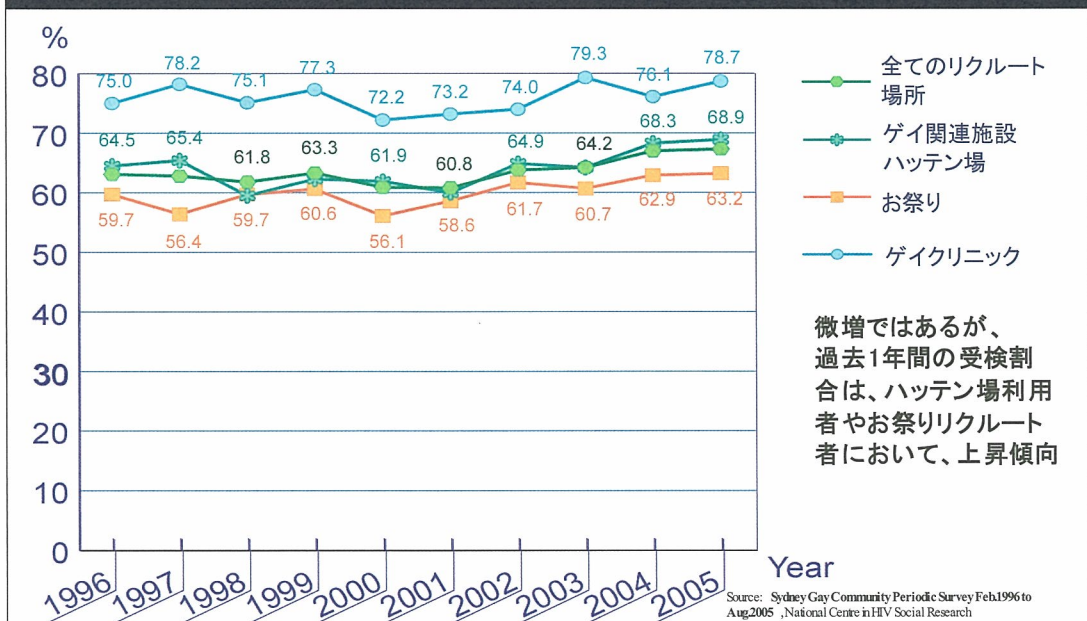
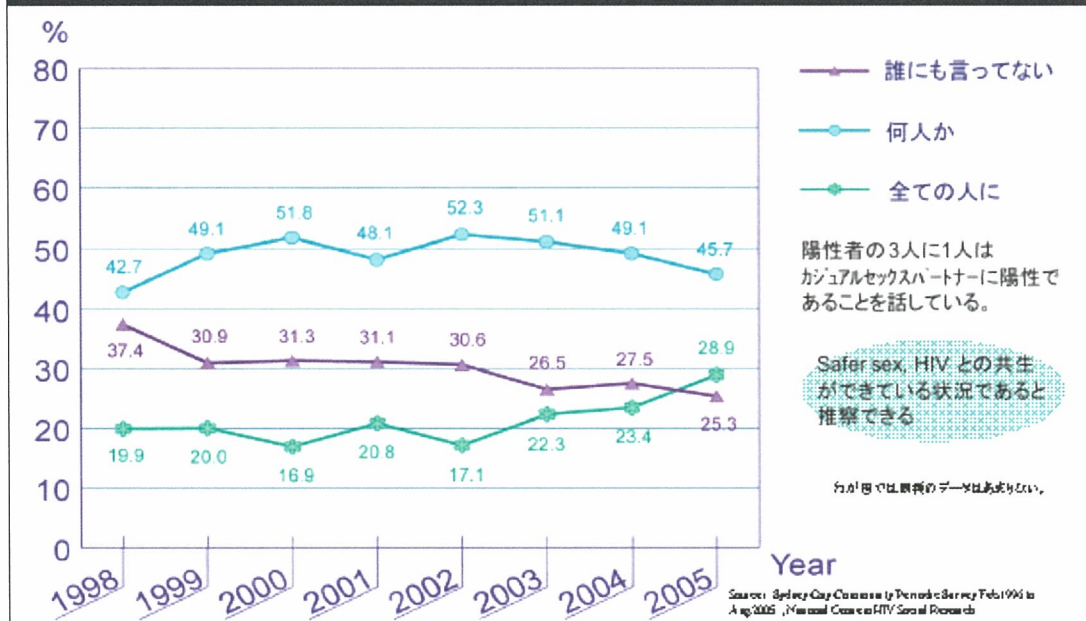


図5. カジュアルパートナーに対する感染状況の告白割合 (陽性者)



薬物 (レクリエショナルドラッグ) 使用状況

過去6ヶ月間の使用薬物(レクリエショナルドラッグ)は、ポップパー(ラッシュ)が42.8%と最多であり、大麻40.5%、エクスタシー45.3%、スピード26.0%、スペシャルK、バイアグラ、クリスタル・メスやコカインは20%前後の使用であった。2004年と2005年の調査結果を比較するとポップパー(ラッシュ)、大麻、クリスタルメス、LSD/trips、GHB、スピードの使用割合は有意に減少していた。また、2001年以降のそれぞれの年と比較すると、ポップパー(ラッシュ)、スピード、コカイン、LSD/trips、ヘロインは有意に減少、バイアグラのみ有意に上昇していた。

コホート研究の重要性

HIV感染予防対策を推進していく上で、単に予防介入のプログラムを実施するに留まらずその効果評価を定期的に行っていくことと同

時に、HIV感染の拡大状況やHIV感染リスク行動の実態などを経年的にモニタリングしていくことも極めて重要である。わが国ではMSM対象の予防介入プログラムの提供や、年次的に特定の地域で横断調査を実施することがやっとな状況であり、これまでにコホートを組んだ縦断調査は実施されていない。しかしながら、動向把握をより詳細に行うためにはコホートの設定が不可欠であり、実際わが国のMSM対象のHIV予防対策においてもその必要性が指摘されるようになってきている。また、わが国ではHIV陽性者を対象に服薬環境やQOLに関する質問票調査は実施されているが、性行動を含めた予防対策に寄与するような行動疫学調査はほとんど実施されていない。こうした状況を鑑み、わが国のMSMコホート研究の早期実現に資するために、オーストラリアで実施された2つのコホート研究の枠組みや質問票内容等の概要を報告する。

HIV 陰性 MSM 対象のコホート研究 Health in Men (HIM)

オーストラリアのシドニーでは 1993 年～1999 年まで MSM 対象の予防介入研究 SMASH study (Sydney Men And Sexual Health) が実施された。この研究はわが国の MSM 予防介入研究としては先駆的取り組みをしている MASH 大阪のモデルになったと言われており、日豪の研究者やコミュニティ相互間の交流も盛んなプロジェクトである。SMASH study の後にシドニーでは、2001 年から HIV 陰性 MSM 対象のコホート研究“Health in Men (HIM) ^{iv)}”が開始された。

HIM コホート研究参加者募集にあたっての取り込み基準は、1) HIV 陰性であり過去 5 年間の間に少なくとも 1 人の男性と性的接触があったこと、あるいはゲイ男性であると自認していること、2) シドニー在住者であること、もしくはシドニーのゲイコミュニティのネットワークに関わっていること、もしくはシドニーで実施されているゲイコミュニティイベントあるいはゲイ地区への出入りがあることとした。また研究参加者はいつでも研究参加を取りやめることが可能であった。登録は毎年 500 人程度とし、登録段階で面談による構造化面接と HIV 抗体検査を行う。また、研究参加登録者は付随検査として希望すればその他の性感染症の検査も受検することが可能であった。

毎年のフォローアップインタビューは各年の構造化面接後の 6 ヶ月後に実施され、臨床データは毎年の面接時に集められると共に、その結果は研究参加者指定の医師に転送される仕組みであった。2001 年には 450 人が登録された。

質問票

質問票内容などは同時進行している HIV 陽性者対象のコホート研究 Positive Health (PH) ^{v)}と一部共通化を図っている。シドニーにおいては 1990 年代後半から行動疫学研究の経験の蓄積が豊富であり、先行研究をもとに質問票が開発された。

項目は、詳細な属性項目 (37 項目)、ワクチンと HIV に対する態度と知識 (95 項目)、セクシュアリティやセクシュアルアイデンティティ (50 項目)、男性との性的関係や性経験 (281 項目)、健康行動 (153 項目)、ゲイコミュニティへの関与度 (49 項目)、エイズ患者や HIV 感染拡大状況への接触度合い (15 項目)、薬物使用 (38 項目)、差別や嫌がらせ被害経験 (18 項目)、もっとも最近の性行動 (94 項目) で構成された。

サンプリング

一般集団と異なり、MSM に関しては代表サンプルを得ることが困難である。MSM サンプリングは、ゲイバーなどが密集する地域でのロケーションサンプリング、スノーボールサンプリング、雑誌を通じた回答、電話調査、雑誌等メディアへの広告、臨床現場でのリクルートなどが一般的である。本研究ではゲイコミュニティに深く関わっている MSM を対象としているため、ゲイ団体、イベント、ロケーション、交友関係のネットワーク等を活用したサンプリングによって研究参加者を募集した。

HIV 陽性 MSM 対象のコホート研究 Positive Health (PH)

HIV 陽性 MSM を対象としたコホート研究が 1998 年から開始された。登録段階で面談による構造化面接を行い、毎年フォローアップを実施。最初の研究参加者数は 425 人であり、サンプリングの内訳は先行して実施されていた SMASH 研究の参加者が 22.6%、ゲイコミュニティイベント 11.1%、医院 10.1%、HIV 陽性者団体 7.8%、その他各種団体や友達の紹介、他研究からの紹介、ゲイメディア等を通じた参加者であった。

質問票

詳細な属性項目 (46 項目)、HIV 陽性者や団体との接触状況 (44 項目)、感染状況の自己開示状況 (21 項目)、健康や支援サービスの使用状況 (138 項目)、健康チェックと血液検査 (178 項目)、自然療法等 (47 項目)、抗レトロウイルス薬使用状況 (255 項目)、他の医学的治療利用状況 (49 項目)、薬物使用 (47 項目)、サービス支援団体との関係性 (39 項目)、臨床治験 (7 項目)、医学や HIV に関する信念 (34 項目)、ゲイコミュニティへの関与度 (17 項目) で構成された。

HIV 陰性コホートと HIV 陽性コホートの比較

HIV 陰性者と陽性者のトレンドを大まかに把握するために、2002 年から 2005 年までのデータを比較した。

- ・ 陽性者コホートの方が HIV 感染の状況により近い立場にあり、周囲に HIV 陽性と告知を受けた知人等が陰性コホートに比べ

ると多かった。

- ・ 身体やメンタルヘルスの側面では、HIV 陽性者コホートの方が陰性者コホートよりメンタルヘルスが悪かった。それには治療効果といったものが明白に関連していた。陰性者コホートの半分、陽性者コホートの 3 分の 1 が主観的に健康と捉えていた。
- ・ 性行動に関しては陰性者の方が陽性者よりもセックスの人数は多く、双方共に 3 分の 1 はカジュアルセックスの経験が調査時にあった。同様に双方共に約半数はインターネットを通じてセックスの相手を見つけた経験があった。
- ・ 特定の相手との無防備なセックスは HIV 陰性者に多かったが、陰性者の方がカジュアルパートナーとの間における無防備なセックスは陽性者より少なかった。
- ・ 薬物使用状況については、双方ともに性的快感を高めるために 3 分の 2 程度に薬物使用が認められ、似たような傾向であった。
- ・ HIV 感染状況の自己開示状況 HIV 陰性者の約 70% が誰かしらから HIV 陽性であることを知らされていた。

HIV 陰性ゲイ男性における HIV リスクコミュニケーション

シドニーのゲイ男性における UAI は年々上昇傾向にあることが報告されているが、しかしこれは 1 つ 1 つの性行動全てにリスクを伴うことを意味しない。つまり、多くのゲイ男性は様々な方法で HIV 感染リスクを低減する努力をしていると推察されるからである。そういった取り組みの 1 つに「ネゴシエイション・セーフティ」という方法があることがこれまでにシ

ドニーの研究で示されている。ネゴシエイション・セーフティとは、両者ともに HIV に感染していないことが確認され、かつモノガマスであるかリレーションシップ外（浮気）でのセックスの場合は必ずセーフセックスをしている場合であれば、UAI をお互いに受け容れるという考え方である。この考え方には賛否両論あり、コンドームを使わないことが愛情の確認と捉えられてしまう可能性やリスクの共有になってしまうのではないかという危惧、ネゴシエイションによって感染を減少させることができるのではないか等である。

シドニーの HIV 陰性ゲイ男性を対象としたオープンコホート Health in Men (HIM) 参加者のうち 1333 人を対象に対面式の面接調査が行われた（実施時期は 2003 年 12 月）^{vi}。面接調査の結果、69.7%（822 人）は過去 6 ヶ月間に特定のパートナーを持っており、平均年齢は 37 歳（19 歳－69 歳）であった。また、71.3% は多くの時間をゲイの友人と過ごすと回答した。特定の相手をもつ 822 人のうち 23.7% は過去 6 ヶ月間にカジュアルセックスはなく、32.4% はモノガマスであると宣言していた。またこれらのうち 72.2% は少なくともこの 6 ヶ月間はモノガマスの関係であるということであった。822 人のうち 67.6% は特定パートナーとのアナルインターコース時に毎回コンドームを使わないと答え、その 3 分の 1 は付き合い始めの最初の 1 ヶ月はコンドームを使わないでいたという。

全体の 87.2% は特定のパートナーとそれ以外のカジュアルパートナーとのセックスがあったと明言し、64.6% は特定のパートナー以外とのセックスも容認しあう関係であった。多変

量解析の結果、ネゴシエイション・セーフティの約束を守れなかったことに関連する要因は、学歴が高いこと（AOR=1.58, 95% C.I.= 1.09-2.29）、二人のリレーションシップの長さ（AOR=1.48, 95% C.I.= 1.30-1.68）、HIV に感染しやすいと自分自身が感じていること（AOR=1.61, 95% C.I.= 1.26-2.06）、特定のパートナーとコミュニケーションに関する効力感を高く感じていること（AOR=0.82, 95% C.I.= 0.82）、過去 6 ヶ月間の薬物使用（AOR=2.02, 95% C.I.= 1.35-3.01）であった。

考察

横断調査の定期的な実施

MSM が多く集まる都会の繁華街などを中心に実施した質問紙による横断調査は、わが国においてもこれまでに取り組まれている（東京・大阪）。しかしながら、シドニー研究のようにリクルート場所を複数箇所設定するサンプリングはこれまでに実施されていない。シドニー研究が示すとおり、わが国の MSM においてもリクルート場所によってセーフセックス等の動向が異なる可能性を否定できず、可能な限り多用なリクルート手段によるサンプリングが必要であろう。

わが国でのコホート研究の実施可能性

コホート研究の早期実施は、現段階のわが国の MSM 対象のエイズ対策において重要であるが、研究者とコミュニティとの信頼関係が相当強力に形成されない限り、十分な参加者を集めることは困難であろう。とりわけ、近年の個人情報流出事例を見ると、個人を同定する必要のある縦断研究には相当の注意が必要であ

るし、また、コミュニティからの不信感を招くこともある。匿名性を確保したまま ID を用いることも可能であるが、まずは入念な研究計画が必要となる。

ネゴシエイション・セイフティ

ハームリダクション等リスク低減の考え方と同様に、もし特定の行動が避けられないならば、その中でより感染確率を減少させることは感染流行の抑制には有効と考えられる。しかしながら、UAI を受け容れることが関係性の強固さや親密さを示すような他の“記号”になってしまう危惧は否めない。つまり、リレーションシップ外でのセックス時に UAI があった場合、それを正直に言い出せない可能性も十二分にあるということである。そのためネゴシエイション・セイフティという概念をわが国の予防対策に導入するためには、十分な議論を経て慎重に検討する必要があると言えよう。

ⁱ RS Gold. AIDS education for gay men: towards a more cognitive approach. AIDS CARE 12:267-272, 2000

ⁱⁱ RS Gold. et al. Situational factors and thought processes associated with unprotected intercourse in young gay men. AIDS 6:1021-1030, 1992

ⁱⁱⁱ Peter Hull. et al. Sydney Gay Community Periodic Survey February 1996 to August 2005. The University of New South Wales, 2006

^{iv} Mao L. et al. HEALTH IN MEN BASELINE DATA. The University of New South Wales, 2002

^v Prestage G. et al. ph positive HEALTH Method and Sample 1998-1999, The University of New South Wales, 2001

^{vi} Prestage G. et al. HIV risk and communication between regular partners in a cohort of HIV-negative gay men. AIDS CARE 18:166-172, 2006