

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

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

1. HIV・性感染症の流行の現状	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
.....	
2. 若者の性意識/性行動の現状	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	
3. 若者の性行動の社会的背景	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>コネクティドネスモデル	

第Ⅱ部 地方自治体における予防対策

1. エビデンスなきエイズ対策/教育からの脱却	16
2. 予防対策の視点	17
3. WYSHプロジェクト	18
3-1. WYSHプロジェクトの戦略と方法・理論	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

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。

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动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。

〈3〉日本の性感染症／人工妊娠 中絶の動向

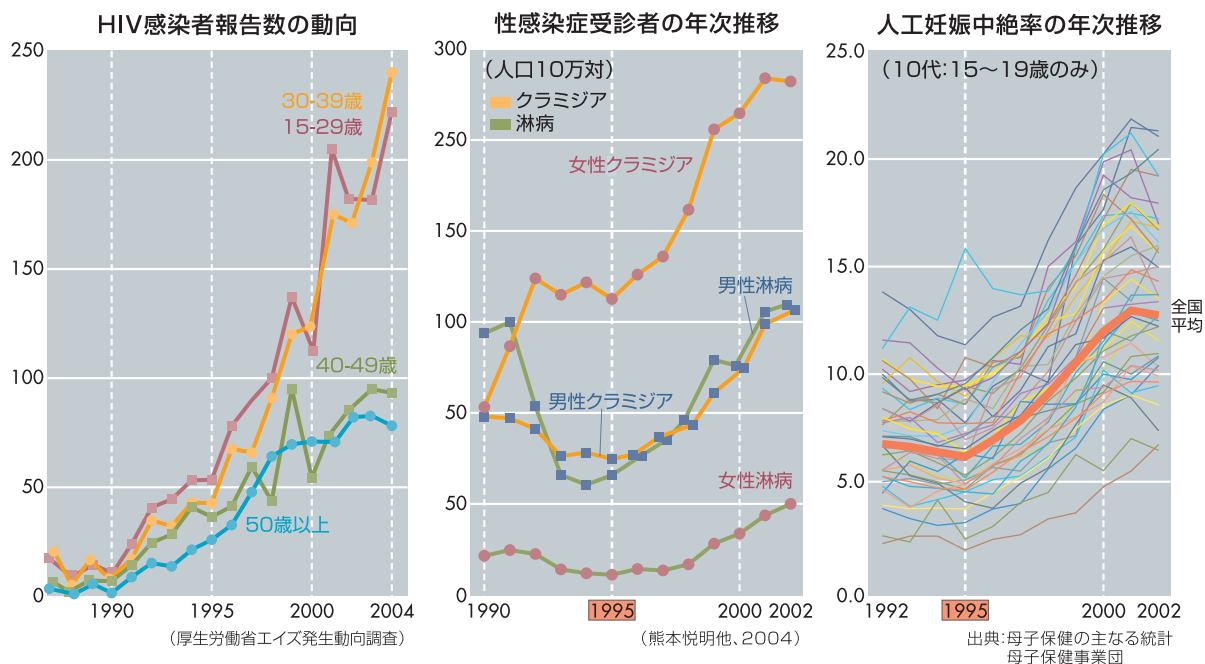
若者の間で増加しているのは、HIV感染ばかりではありません。よく知られているように、10代の人工妊娠中絶も増加を続けています[3]。1990年代の半ばから急に増加し始め、都会だけではなく、全国一斉に同じ傾向が生じています（注：2002年以降は各地で減少傾向を示す県が出始めましたが、中絶用ピルの影響も考えられるため、現時点では「中絶数の減少＝予防行動の促進」とは必ずしも言え

ないので注意が必要です）。

さらに90年代半ばからは、クラミジアや淋菌感染症なども増加し始めました。特に女性では、これらの性感染症は無症状であることが多いため、若者を中心に相当な流行が起こっていることが推測されています[4]。中絶と性感染症の同時急増というまさに異変ともいえるべき事態がこの間進行してきたのです。図1は、HIV、クラミジア、10代の人工妊娠中絶率を一枚のグラフにまとめたものですが、この間に生じたことが一目瞭然に示されています。

図1

エイズ／性感染症／中絶の動向



BOX 1 これだけは知っておこう!!

ー性的ネットワークの概念ー

エイズや性感染症(STI, sexual transmitted infection)が、「性行為で流行する」というのは、必ずしも正しい表現ではありません。

正確には、人々が過去・現在の性行為で連鎖する場合、つまり、性的ネットワーク sexual networkが形成されている場合で、しかも、1人が平均1人を超える相手に病原体を移す場合にのみ流行は発生します。

現在わが国では、HIV/STIの流行拡大が進んでおり、性的ネットワーク概念の理解とその実態の把握が非常に重要となってきました。

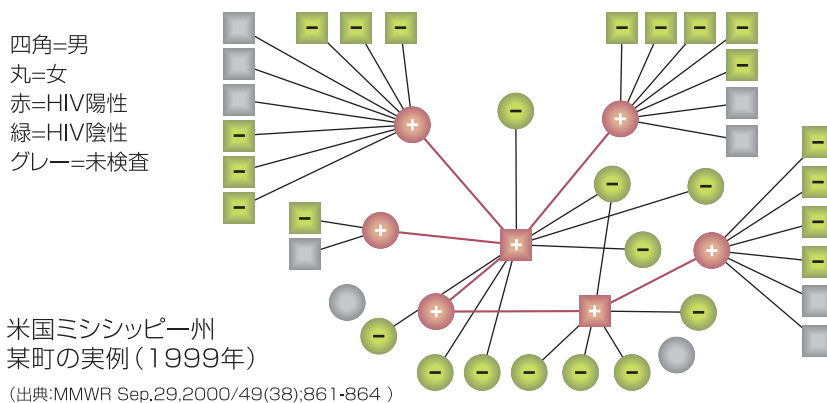
性的ネットワーク

次ページの図は、米国のある小さな町で生じたHIVのアウトブレイクについて調べられた性的ネットワークの実例です[5]。図のように、44人からなる異性間の性的ネットワークの存在が確認されました。この図について、いくつかのポイントが指摘されます。第一は、ネットワークの構築には、パートナー数の多い一部の人々(コアcore)が大きな役割を果たしているということです。第二は、コアに連結された人は、自分には特定の相手しかいないと思っても、HIV/STIに感染してしまう危険

があるということです。このため、性的ネットワークが発達した社会では、HIV/STI感染者の中に特定の相手しかいない人が多く含まれるという、一見矛盾するような現象が生じるのです。第三は、サイクルcycleの存在です。これは環のようにつながった関係を意味し、流行を促進し予防を難しくしてしまいます。

性的ネットワークには、コアがなく鎖のように連結されるタイプもありますが、HIV/STIは、コアが存在するタイプの方でより速く広がります。

米国ミシシッピー州某町における性的ネットワークとHIV感染



STI感染伝播の理論

ではこうした性的ネットワークをSTIはどのように伝播していくのでしょうか。STI伝播の理論化は、ここ20年間に大きく発展し、STI流行の疫学的パターンの解釈、予防対策のデザイン、介入効果の理解などに欠かせない手

法となってきました[6]。理論モデルは、複雑なモデルもありますが、ここでは、議論を簡単にするために、単純なモデルを使って、どのような要因がSTIの流行や予防に寄与するかを紹介します。

$$R_0 = \beta \times (m + \sigma^2/m) \times D$$

β = パートナー間で感染が成立する確率(注:1回の性行為による感染率ではなく、性関係のあるパートナー間で感染が成立する平均的確率)

m = ある期間内の平均パートナー数

σ^2 = 集団メンバー内におけるパートナー数のばらつき(違い)の大きさ

D = 相手に感染させることのできる罹病期間

R_0 は、二次感染効率と呼ばれ、一人の感染者から平均何人の新たな感染者が生じるかを表すものです。 $R_0 < 1$ なら、流行は終息に向かい、 $R_0 = 1$ なら、

流行は定常状態で続き、 $R_0 > 1$ なら、流行は拡大を続けます。

この式から、以下のことがわかります。

- 1 β (感染確率) の高い場合ほど流行しやすい。
- 2 m (平均パートナー数) が多いほど流行しやすい。
- 3 σ^2 (パートナー数のばらつき) が大きい方が流行しやすい
- 4 D (感染性のある期間) が長い疾患ほど流行しやすい。

感染確率 (β) は、病原体自身の特性、性行為のタイプ (オーラル、膣、肛門)、コンドーム使用の有無、STIの既感染の有無など様々な要因の影響を受けます。無防備なパートナーシップが続く場合の β は、淋菌50%、クラミジア20%、梅毒30%、軟性下疳80%、HIV5-15% (米国)と試算されています[6]。

性行為のタイプとの関係では、一般に、膣性交よりも受身の肛門性交の方が感染しやすく、また、男性より女性の方が感染しやすくなります。STIの既感染の影響については、局所に炎症がある場合には2-5倍、潰瘍がある場合は、

男性で10-50倍、女性で50-300倍もHIVに感染しやすくなるとされています[7]。

パートナー数については、平均パートナー数 (m) のみならずパートナー数のばらつき (σ^2) も影響することに注意が必要です。これは、一部にパートナー数の多い人 (コア) がいると、流行が促進されることを理論的に裏付けるものです。

感染性のある期間 (D) は、潜伏期、治療開始の時期などによって影響されます。淋病、梅毒、クラミジアなどでは平均1年以内ですが、HIVでは飛び抜けて長く8-15年にもなります[6]。しばしば、HIVは感染しにくいと言われますが、この長い感染期間 (ほとんどが潜伏期) のために、流行を生じやすいのです。

以上のことから、STI流行の抑制には、総合的なアプローチが効果的であることがわかります。コンドームの使用だけでなく、性的パートナー数の減少、初交年齢の遅延、STIの検査、治療の促進なども含めた総合的な戦略をとることが理論的であり、かつ現実的でもあるわけです。

2.若者の性意識/性行動の現状

それでは、現在の日本人の性行動はどうなっているのでしょうか。それを、性的ネットワークの観点からまとめてみたいと思います。残念ながら、わが国では、BOX1の図のような、接触者調査によるネットワーク分析の成績は存在しません。そこで、私たちが若者を中心に1999年以来実施してきた、15万件を超える性行動調査のデータに基づいて、若者におけるネットワークの実態を推測してみることにします。

〈1〉性行動の早期化

東京都幼・小・中・高・心障性教育研究会が、都内の一部の中学・高校で、1984年以来実施している調査によれば、性行動の若年化が進み、高校3年生男女の性経験率は、1990年代半ばに逆転し、2002年には男子で37%、女子で46%となり、中学3年生男女でも10%前後に達しています(図2) [8]。また、私たちが2004年

に社団法人全国高等学校PTA連合会と共同で実施した全国高校生1万人調査の結果では、高校3年生の平均性経験率は、男子30%、女子39%で(図3)、都会と地方の間に差はなく、性行動の活発化が全国でほぼ同じように生じたことが強く示唆されました[9]。こうした性行動の若年化、つまり性的活動人口の若年層への拡大によって、日本人の性的ネットワークは大きくその幅を広げてきたこととなります。

図2

性行動の早期化

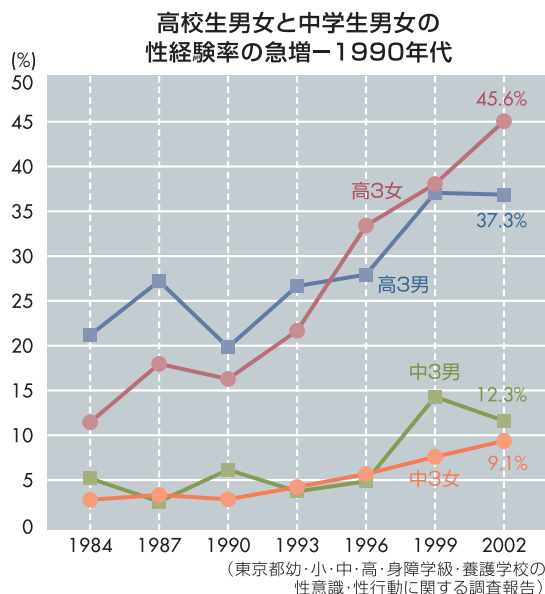
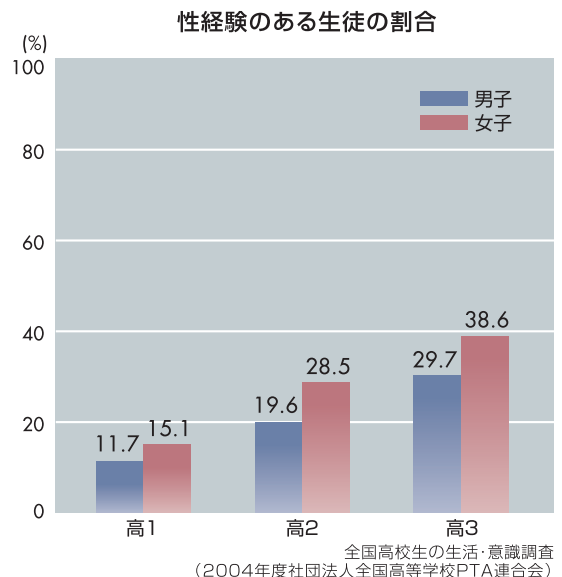


図3

高校生の性経験者の割合



〈2〉性行為のタイプの変化

1999年に私たちが実施した国民性行動調査[10]では、オーラルセックスの経験率は、年齢層が低いほど高く、18-24歳層では80%にも達していましたが(50歳代は20-40%)。STIは口腔や咽頭に感染し、そこから相手の性器に移るため、オーラルセックスは性的ネットワークにSTIを広げる新たな原因としてわが国の最近のSTIの増加の背景のひとつになっている可能性があります。

〈3〉性的パートナーの多数化

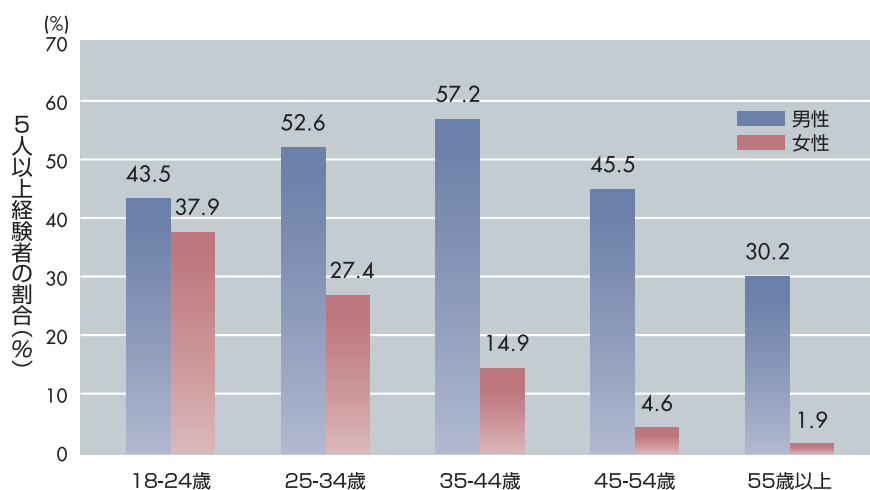
性的パートナー数にも、近年大きな変化が見られています。図4は、1999年の国民性行動調査の結果を示したものです。性経験者の中で、生涯に5人以上の性的パートナーを経験した人の割合は、女性で

は若い人ほどその割合が高いという逆さまのパターンを示し、男性でも山型という不自然なパターンを示し、若者層で頻回にパートナー交換が行なわれ、その結果多数の相手と性関係をもつという傾向が高まっていることが示唆されました。

前出の2004年の高校生1万人調査でも、高校2年生以上では、性経験者の平均生涯パートナー数は男女とも約3人であること、そして男女とも生涯経験数が1人の人はすでに半数以下で、4人以上が20%近くを占めることが明らかになりました(図5)。これは、わが国の若者の性的ネットワークが「コア」に結ばれた構造をしていることを示唆するものです。そして、BOX1の図のネットワークでは平均パートナー数は2人にすぎないため、日本の若者の間には、それを上回る性的ネットワークが、すでに地方、都会を問わず発達していることがうかがわれます。

図4

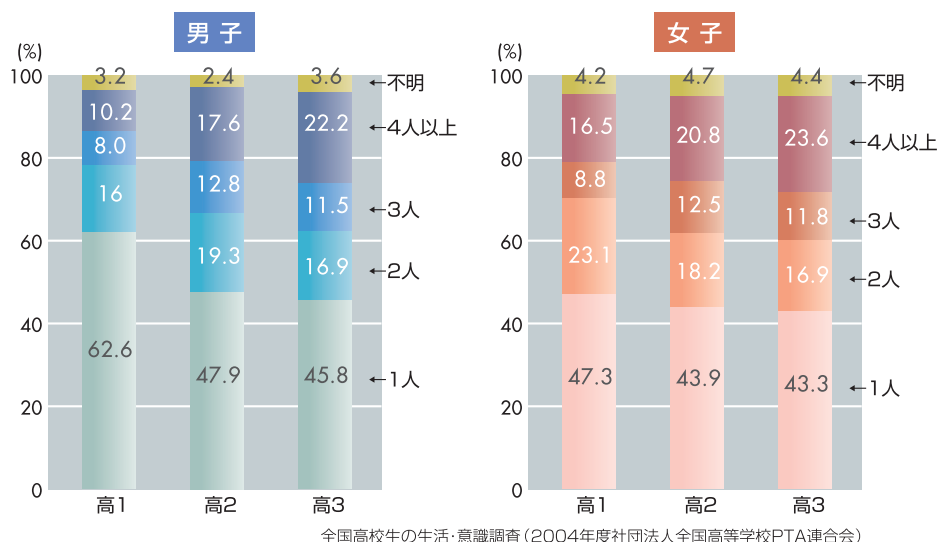
これまで5人以上の性的パートナーを経験した性経験者の割合



出典:全国国民性行動調査(1999年度厚生省HIV疫学研究班)

図5

性経験を持つ高校生におけるそれまでの相手の数



〈4〉ネットワーク化

図6は、2001年に、首都圏の街頭でリクルートした若者カップル(女性は10代)を対象に、性的ネットワークの実態を調査した結果です[11]。性関係のあった210カップルのうち、お互いそれまでの相手が1人だけと答えたカップルはわずか17%で、逆に少なくともカップルの一方がそれまでの相手が5人以上と答えたカップルは43%にも及ぶなど、性関係が著しくネットワーク化している状況が浮き彫りとなりました。

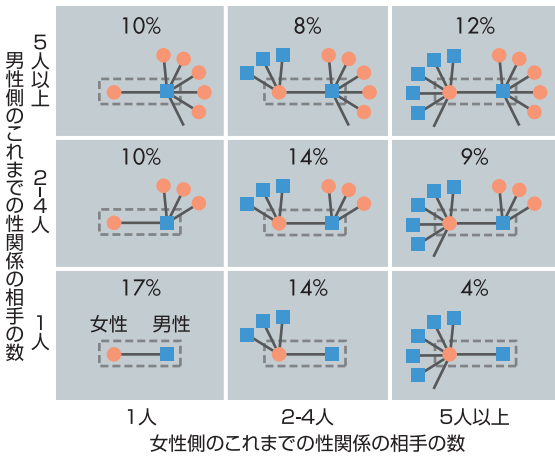
〈5〉コンドーム使用の実態

1999年に実施した全国国立大学生の性行動調査では、男女とも、コンドーム使用率は決まった相手よりも不特定の相手

との場合でもむしろ低いことや、性的パートナー数の多い人ほどコンドーム使用率が低いという実態が初めて明らかになりました[12]。その後、調査を、首都圏の街頭カップル[11]、地方の高校生へと拡大していきましたが[13]、ほとんど同じ傾向がどの調査からも確認されました。欧米では、性的パートナー数の多い人ほどコンドーム使用率が高いことが報告されていますので[14]、日本では正反対の現象が捉えられていることとなります。これは、日本の若者における深刻な危機意識の欠如を反映するものと思われます。2001年の調査では、5人以上と性関係を持った経験のある地方高校生のコンドーム常用率はわずか数%にすぎませんでした(図7)[13]。つまり、日本の若者の性的ネットワークは、コアに相当する人々ほど無防備という、非常にHIV/STI流行が生じやすい危険な状態にあるということが出来ます。

図6

首都圏の10代カップルにおける性的ネットワークのパターン



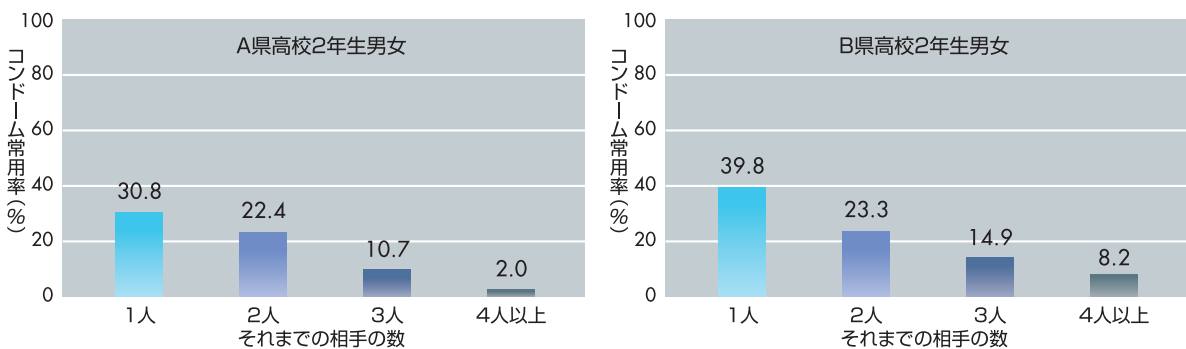
出典:首都圏10代カップル調査(2001年度厚生省HIV社会疫学研究班)

〈6〉コンドーム販売量の減少

わが国のコンドームの国内出荷量が1993年以降急減を続けています。1993年に6億8000万個であったものが、2002年には4億2500万個と約40%も減少してしまいました(薬事工業生産動態統計)(図8)。わが国には、コンドーム使用率の経時変化を追跡した調査はほとんど存在しませんが、ある高校の調査では、1995年から2000年にかけて、性経験率は、9%から32%に増えたのに対し、初

図7

それまでの性的パートナー数とコンドーム使用率の関係



出典:地方高校生調査(2001年度厚生省HIV社会疫学研究班)

交時のコンドーム使用率は、75%から50%へと減少していました(図9)。若者におけるこの間の性行動の拡大が無防備化を伴うものであったことを示しています。

〈7〉集団間のネットワーク

1999年の国民性行動調査では、売買春との関わりは、若い年齢層ほど高いことが示されました[10]。日本人男性全体で平均10%以上、18-24歳の若者では15-19%にも及んでいましたが、欧米諸国では、一般にせいぜい数%かそれ以下であり、日本が先進国で突出した存在であることが示されました。わが国では若者の性的ネットワークが、セックスワークにかなり強く連結していることとなります。一方、高校生の調査[13]では、男子の場合、相手は同じ高校生がほとんどですが、女子では30%近くが社会人、フリーター、大学生などを相手としていることが示されました。これは、女子の性的ネットワークは成人のネットワークに連結し、HIV/STIの流行の影響を受けやすい状況にあることを意味しています。

図8

コンドーム国内出荷数の年次推移

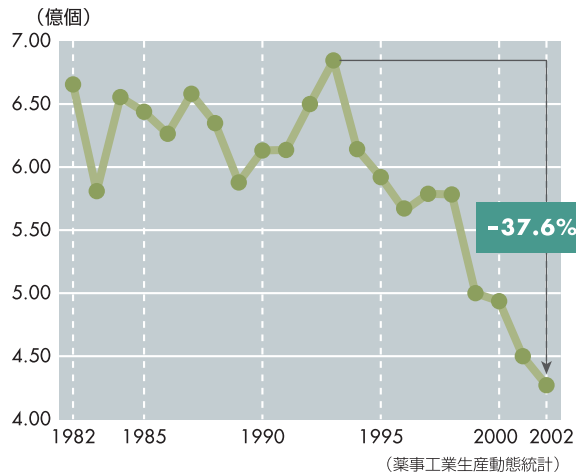


図9

西日本の某高校女子生徒の場合

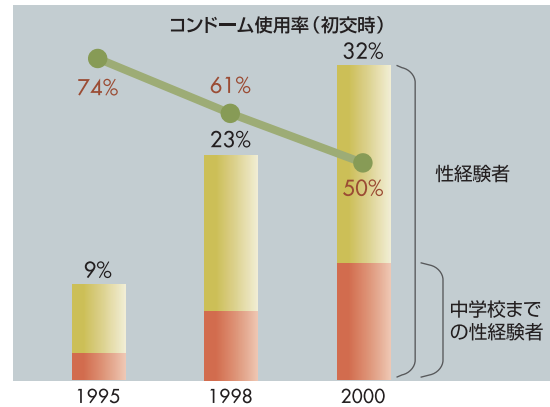
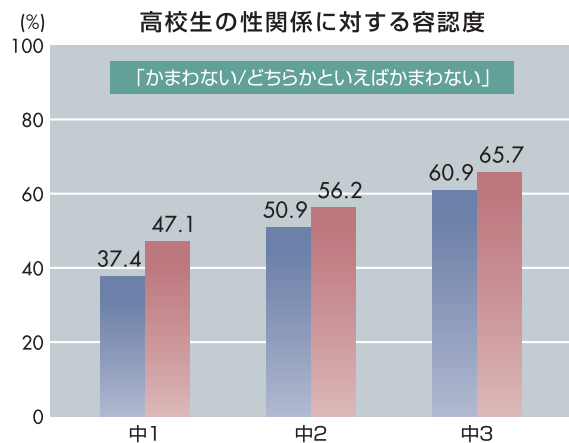
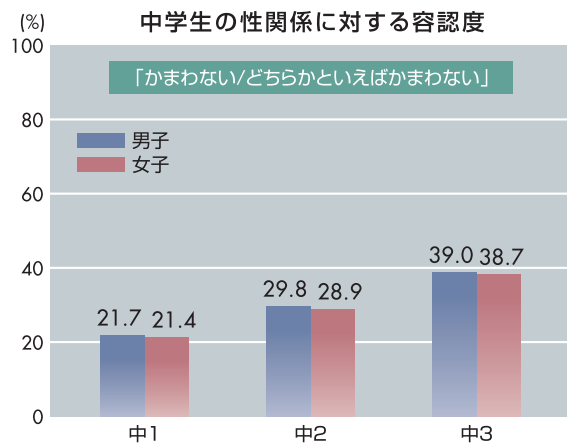


図10

性関係に対する中学生の意識



西日本A県C市中学生調査 (2003年度厚生労働省HIV社会疫学研究班)

〈8〉ネットワーク参加への準備状態

以上、若者の性行動が、近年、無防備なネットワーク化を強めていることを指摘してきました。しかし、現実には、性経験者は少なく、中学生の95%以上、高校生の約75%は、性経験を持っていません。それではそうした若者は心配がないのかというと、残念ながらそうではありません。

2003年の地方中学生調査では、中学3年生の約4割が「中学生が性関係を持つこと」を容認し6~7割が「高校生が性関係を持つこと」を容認していることが明らかになりました。性的ネットワークへの参加準備がすでに中学生時代にでき上がっているということであり、予防教育のあるべきタイミングを示唆しています(図10) [15]。

3.若者の性行動の社会的背景

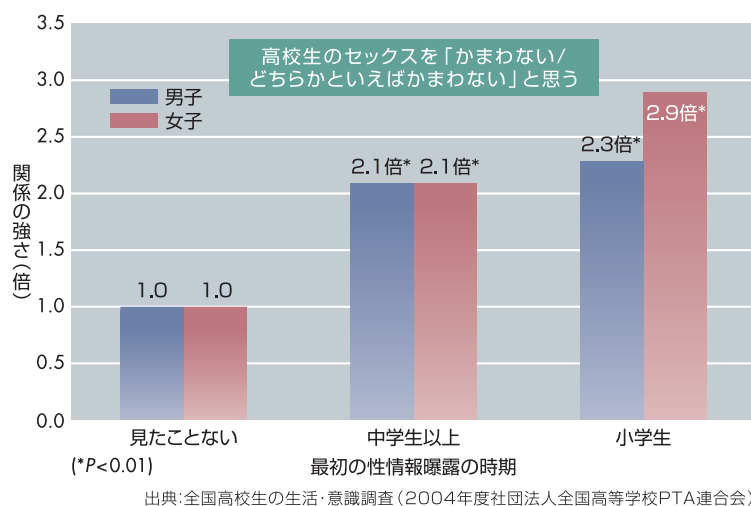
〈1〉性情報の氾濫と予防情報の不足

では、なぜこのような性意識や性行動の変化が生じたのでしょうか。ひとつには、性情報の氾濫があります。2004年の高校生1万人調査[9]では、小学生時代に20-30%、中学生時代までに50-70%が性描写のある漫画に曝されており、また2003年の地方中学生調査[15]では、1年生の70-80%、3年生の90%以上が性行為とは何かを知っていました。しかし、同じ調査で、クラミジアを知っていた生徒は、10-25%にすぎませんでした。氾濫する性情報と予防情報の不足というアンバランスな状態に置かれていることがうかがわれます。特に男子にその傾向が強いことがわかりました。

こうした性情報は性意識の形成に強い影響を与えていると思われる、2004年の高校生1万人調査では、小・中学生でポルノメディアに接した生徒は、高校生で初めて接した生徒に比べ、性行為容認意識が2-3倍も高いという結果が得られています(図11)。さらに、高校生では、エイズや性感染症についての一般的な情報はかなり普及しているものの、自分の住む地域の流行状況に関する知識はほとんどなく、感染を他人事と捉える要因の一つになっていると思われました。また、自分に感染リスクがあることを知っている生徒に比べ、知らない生徒では、性経験率が2-3倍高くなり、自分のリスクへの認知不足が性関係のハードルを低くしている可能性が示唆されました(図12)。

図11

性情報曝露と性意識との関係(高校生)



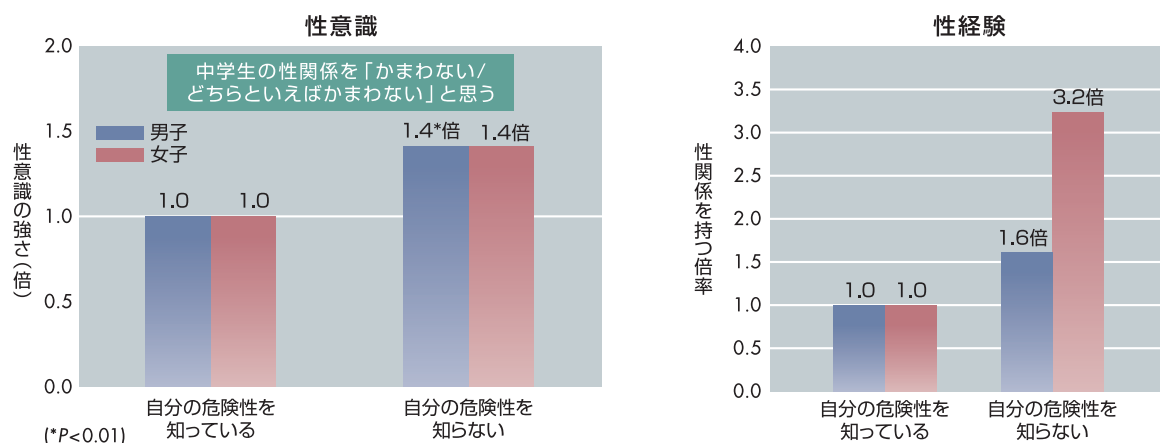
〈2〉携帯電話等

また、携帯電話の有無や使用頻度と性意識・行動にも明らかな関連があります。例えば、前出の2003年の地方中学生調査[15]では、携帯電話を有する生徒では有しない生徒比で、性意識は1.5-2倍、性経験率は3.5-6倍も高いことが示され、また2005年度に(社)全国高等学校PTA連合会と共同で行った全国高校生調査では、

1日のメール交換が0~5回の人に比べ、40回以上の人では、性意識が約7倍、性経験が約20倍高いことが示されました(図13)。これは、携帯電話が、交際の敷居を下げ、意識や行動の活発化につながったと解釈できるデータであると考えられます。携帯電話はまた、出会い系サイトの利用を促し、2004年の高校生1万人調査では、3年生男女の約10%に利用経験がありました。喫煙、飲酒や薬物使用経験と性意識・行動との関連もかなり強いものがあります。

図12

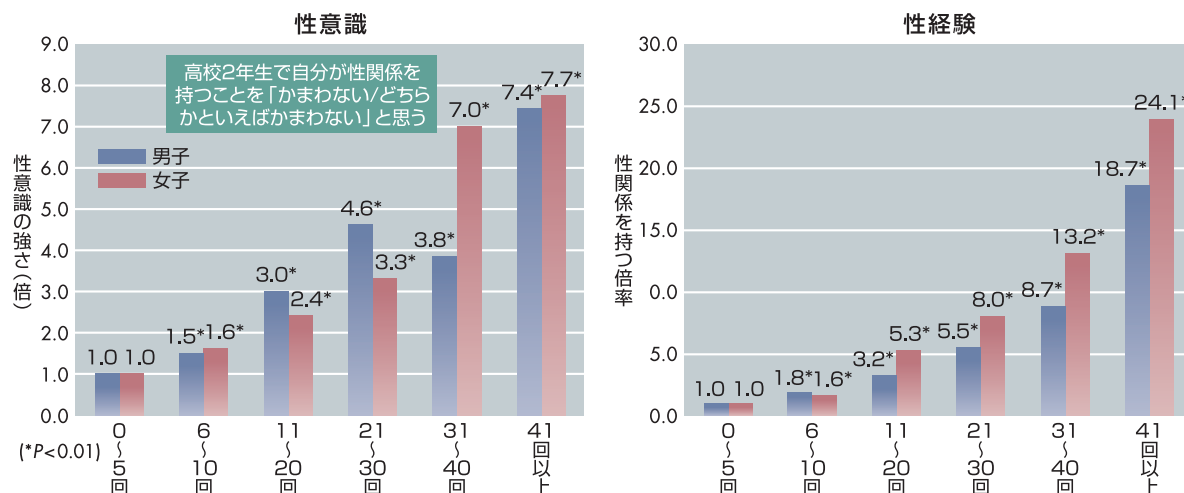
自分の感染リスク認知と性意識/性関係との関係(高校生)



出典:全国高校生の生活・意識調査(2004年度社団法人全国高等学校PTA連合会)

図13

携帯電話のメール交換頻度と性意識/性行動との関係(高校生)



出典:全国高校生の生活・意識調査(2005年度社団法人全国高等学校PTA連合会)

〈3〉人間的つながりや生きがい

しかし、そればかりではありません。実は、性意識・行動は、家族との会話とも強い関係があります(図14)(2005年度全国高校生調査)[16]。家族と全く話をしない生徒は、する生徒に比べ、性行為を容認する意識(性意識)・性経験率は2倍以上も高く、同じ傾向は2003年の地方中学生調査[15]でも認められています。

そのほか、2005年の全国高校生調査からは、先生が平等に接していると感じていない生徒はそう感じている生徒に比べて、性意識・性経験率が約2-2.5倍高く(図15)、2005年の中学生調査[16]でもほぼ同じ結果が得られました。さらに、同調査からは、大切にしてくれる大人がいない中学生はいる生徒に比べ、性意識が2-3倍、性経験率は2-4.5倍高いという結果が得られ、家庭・学校など若者を取り巻く大人との人

間関係が性意識・行動に影響している可能性が示されました。性経験率との関連は女子において特に強く、面接調査の中でよく出てくる、「間が持たない」という言葉に象徴されるように、若者同士の人間的つながりの薄さが性的パートナーのターンオーバーを高めている可能性もあると考えられます。

さらに、2005年の中学生調査からは、毎日を一生懸命生きていないと感じている女子はそうでない女子に比べて、性意識は約2.5倍、性経験率は約3.5倍高く、将来実現したい夢がないと感じている女子はそうでない女子に比べて、約1.5倍、性意識も性経験率も高いという結果になりました(図16)。男子ではそうした関連が認められないことから、特に女子において、人生の生きがい感が、性意識・行動に影響を与えている可能性があることが示唆されました。

図14

家族との日常会話と性意識/性行動との関係(高校生)

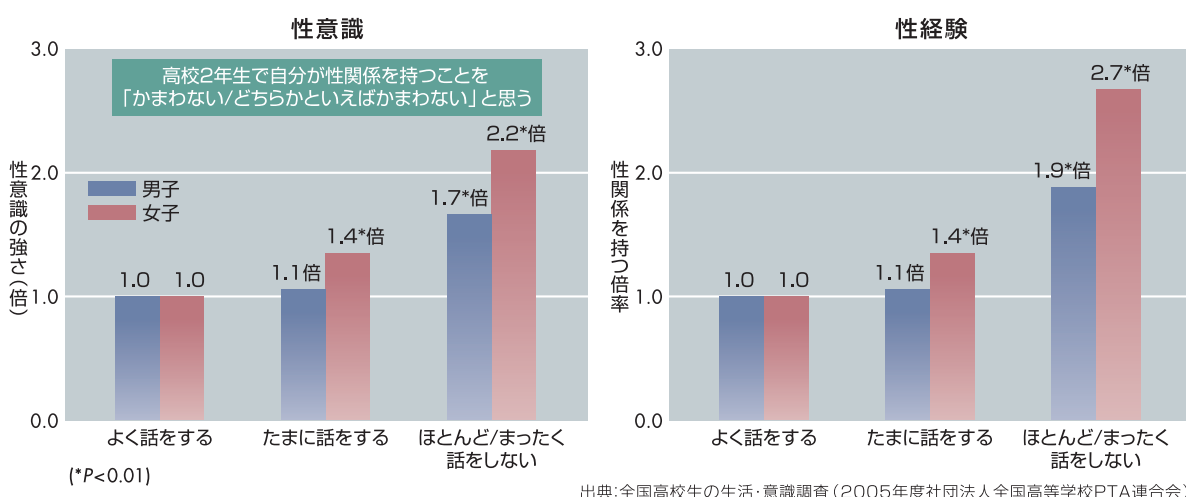


図15

「学校の先生との関係」と性意識/性行動との関係（高校生）

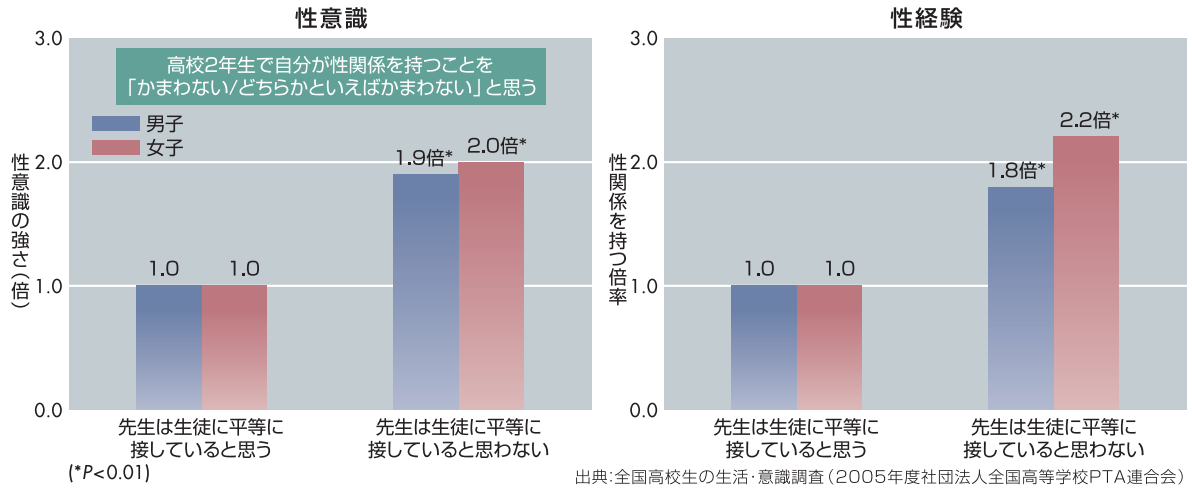
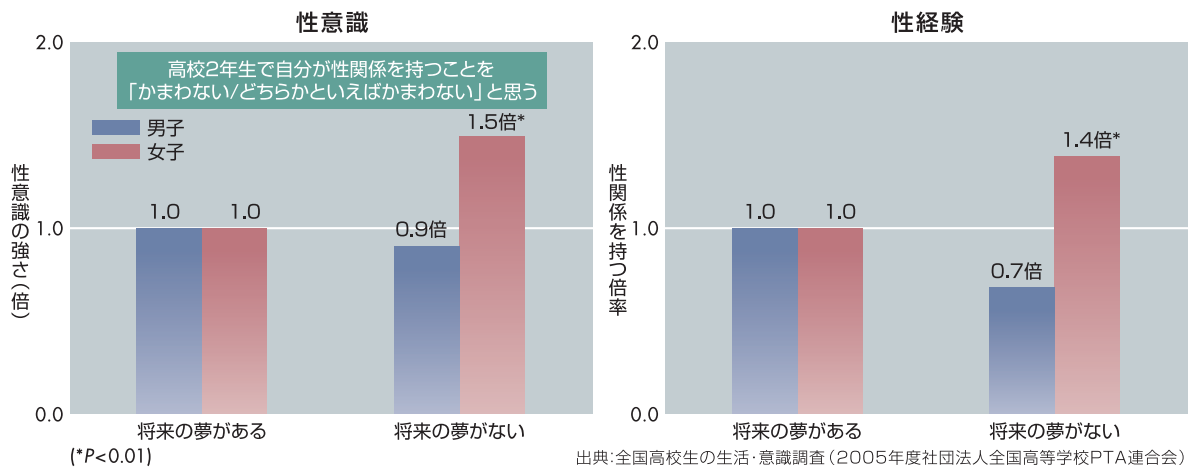


図16

将来の夢の有無と性意識/性行動との関係（高校生）



〈4〉コネクティドネスモデル

以上のデータから示唆されることは、性意識や性行動の変化が、単に過激な性情報の結果という単純な現象ではないということです。家族、学校の先生、周囲の大人との人間的つながりや若者同士の人間的つながりの衰え、生きがい感の喪失、そして、携帯電話の出現などが影響を与えているように思われます。

近年コネクティドネス (connectedness) という概念が国際的に注目を集めています [17]。これは、人間同士の有機的なつながりを意味し、それが衰えた社会では、若者の社会帰属感の衰え、疎外感、孤独感、自分が価値ある人間と思えない、飽きやすい、切れやすい、やる気がないなど、様々な「症状」が生じると言われ、性行動とも関係します。私たちのデータもまさにそれを支持する結果となっています。

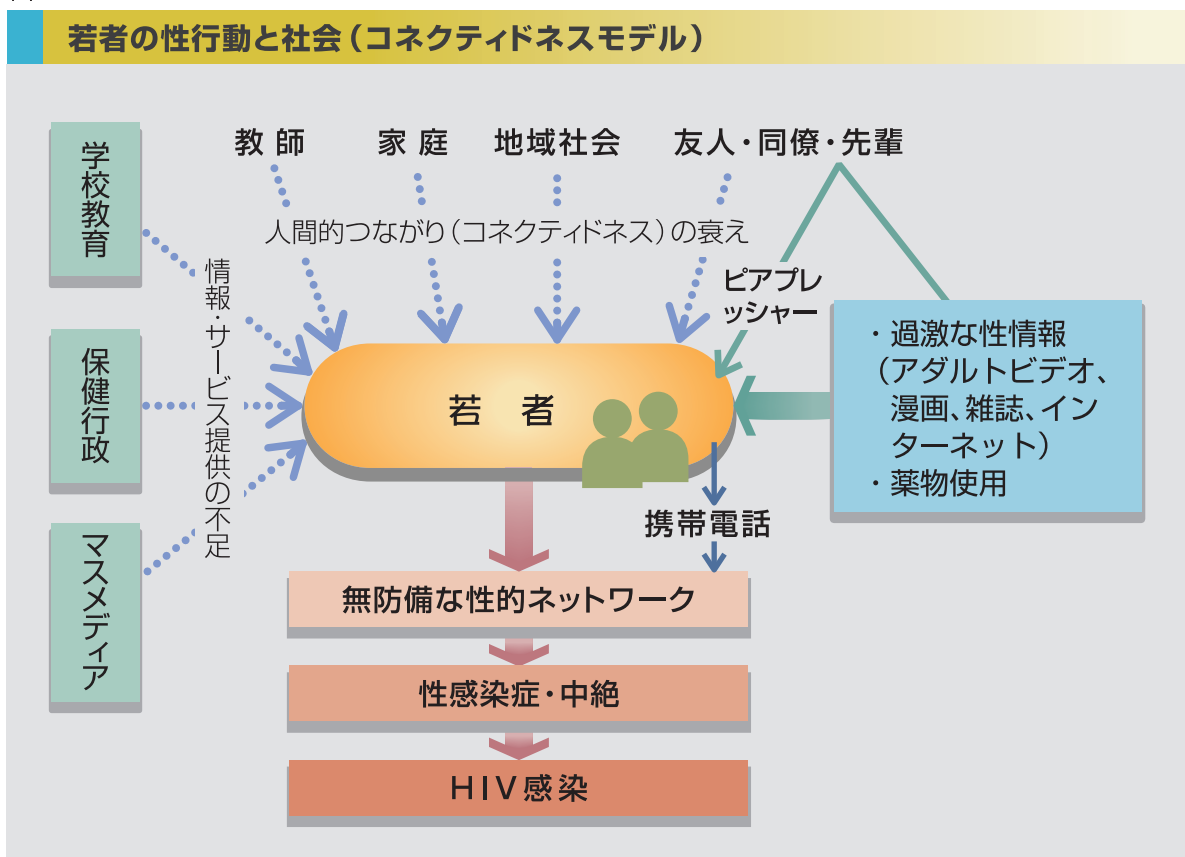
以上の現状分析から図17に示すようなモデルが浮かび上がってきます。真ん中に若者がいます。若者たちは、家族、教師、友達同士、そして地域社会との人間的つながりが衰えた状態に置かれています。人間的つながりには、情報や規範、価値観、気持ちなどを伝える働きがありますが、それらが伝わってこない状態におかれています。保健行政、学校教育、マスコミからは、自分自身の予防に必要な情報は提供されていません。

こうした状態に置かれながら、強い性情報の風圧や、出会い系サイト、性産業、薬

物などの誘惑に曝されているのです。これでは、若者が風圧に押されて、無防備な性行動へと駆り立てられていくのは自然の成り行きであり、この構造を変えなければ、問題の発生を止めることは難しいと考えられます。

そして、こうした理解に立てば、責任の所在も自ずと明らかになります。若者の性の問題を解決するには、若者に行動変容を迫るだけでなく、こうした社会構造を生み出している私たち大人自身が、自らの責任を自覚しその役割を果たしていくことが求められます。

図17



第Ⅱ部 地方自治体における予防対策

1. エビデンスなきエイズ対策/教育からの脱却

第1部で述べたように、若者の性行動はそのリスクを高め、性の健康破壊が進んでいます。このままでは、アジアのHIV大流行にわが国の若者が巻き込まれていくのは時間の問題と思われ、予防対策の強化は急務の課題と言わねばなりません。しかし、そのためには、これまでの対策/教育をただ漫然と繰り返すのではなく、その限界を率直に見つめる必要があります。

いくつかの問題が指摘されますが、最も重要な問題は、わが国には、効果評価を伴った予防対策/教育が存在しなかったことです。特に教育については、各種の欧米の教育が輸入されてきましたが、わが国での予防効果はほとんど確認されずにきました。行動は社会文化現象であり、社会や文化は国や民族によって異なります。従って、わが国の社会文化環境における独自のエビデンス(科学的根拠)に基づく教育のあり方が模索されなければならなかったはずなのに、それがなされてこなかったのです。

そして、これまでのエイズ教育の多くは、必ずしもエイズ予防教育ではなかったという問題があります。若者の調査で繰り返し明らかになったのは、感染者との共生に関わる知識は比較的高い反面、性感染症やHIV検査に関する知識が非常に乏しいことでした。人権教育としての側面を重視してきたことは評価されるとしても、もはやそれだけでは済まない時代となっています。今や、性感染症やHIVに対する自らの感染リスクについての教育も徹底し

なければなりません。

また、わが国では、予防教育と言っては、エビデンスもなくコンドーム教育に偏重してきたくらいがあります。後述するように、これまでの私たちの得たエビデンスによれば、リスクパーソナライゼーションがしっかりできれば、コンドーム装着実演の有無は行動変容に特に関係はありません。また、生徒の中には、性経験のある生徒もない生徒もあり、多様な発達段階と価値観があります。それを尊重した教育や対策のあり方が求められています。

2. 予防対策の視点

前述のように、性行動は複雑な社会文化現象であり、個人のスキルや自己決定といった個人的レベルだけに問題が矮小化されるべきではありません。それは、結局「自己責任」論につながるからです。私たちは、問題解決のためには、個人への情報提供と同時に、社会のあり方を再構築する視点とそのための努力が必要であると考えています。

第1部で述べたコネクティドネスモデルから、予防対策には以下の3つの視点が必要であることが導かれます。それは、

- ① 性情報等の社会的節度を回復させる
- ② 保健行政や学校教育のプログラムとマスコミからの情報提供を強化する
- ③ 人間的つながりを回復し、社会の有機性を高める

という視点です。

予防教育をコンドーム装着法や、パートナーとの交渉スキルといった「技術」のみに矮小化するのではなく、こうした戦略的視点に立つことが必要と思われます。①は政治問題で、本ガイドラインの範囲を超えますが、②については、エビデンスなき教育や対策から脱却し、実効と持続性のあるものに転換していかねばなりません。そして、③については、自然回復は期待できないため、様々な場で意識的にその回復に努力することが必要です。

3.WYSHプロジェクト

3-1.WYSHプロジェクトの戦略と方法・理論

こうした戦略的視点から、私たちは、2002年以来、科学的エイズ予防対策の開発を試みてきました。それが、WYSH(ウィッシュ)プロジェクトです。

WYSHはWell-being of Youth in Social Happinessの略です。予防を技術ではなく、高い社会的価値に結び付けようという意図を含めたものです。WYSHプロジェクトは、ソーシャルマーケティング[18]を含む社会疫学(socio-epidemiology)的アプローチ(疫学と社会科学、量的方法と質的方法を統合したアプローチ)に基づいて開発されたものです。

〈1〉WYSHプロジェクトの戦略

WYSH教育には、以下の5つの大きな特徴があります。

- ① 行動を社会文化現象と捉えるエコロジカル(生態学的)な視点に立つ
- ② 若者(オーディエンス)に対する徹底した科学的調査に基づく
- ③ 若者だけでなくセカンドオーディエンス(若者を取り巻く人々)も対象とする
- ④ 予防を人生の夢・希望などより根本的な価値観の中に位置付ける
- ⑤ 行動を個人と社会の相互作用と認識し、予防を学校教育だけではなく、地域、保護者、医療機関の連携と役割分担(社会分業)と捉える

●エコロジカルな視点

図17のコネクティドネスモデルが示すように、性行動には、個人の心理的要因だけではなく、社会文化要因が作用しています。こうした見方をエコロジカルモデル(生態学的)といいます[19]。原因をエコロ

ジカルに捉えれば、対策も必然的にエコロジカルになります。それが、次に述べる社会分業の概念です。

●社会分業

「社会分業」は、WYSHプロジェクトの最も重要な戦略概念です。これは、大人社会が分業して若者を支えるサポートネットワークを社会の中に構築しようという提案であり、失われた社会のコネクティドネスを回復しようとする試みです。地域の学校、保健所、保護者、医療関係者が、若者たちの幸せのためにそれぞれが最も良く担える固有の役割を自覚し、有機的な相互連携と若者とのつながりを築きながらそれを果たしていくというパートナーシップの確立を目指しています(図18)。

まず、学校では、外部に依存することなく教師自らが予防授業を行います。その際、生徒が強い性的なピアプレッシャーに曝されていること、性経験のある生徒とない生徒が混在していることに配慮して、① ゆっくりと豊かな人間関係を築くことの重要性和、② 身近に妊娠や性感染症のリスク

のあることを伝えます（リスクパーソナライゼーション）。授業は、性経験のある生徒とない生徒に共通に必要な内容とし、対象とする生徒の平均的発達段階に即した内容に留めます。保健室では、訪れる生徒を受け止め、そのニーズに合わせた、授業では伝えにくい情報を個別指導で伝えます。

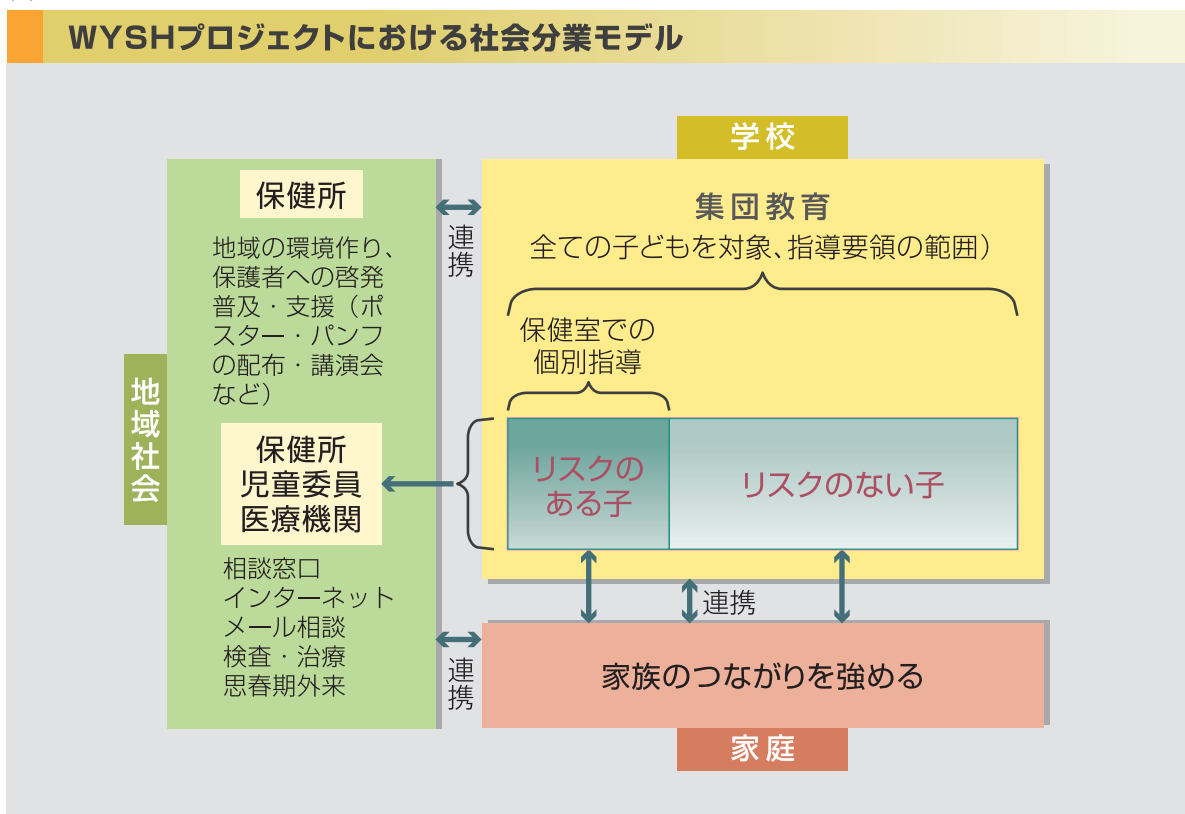
一方、学外では、保健所等が相談事業を、医療関係者が若者が受けやすい検査・医療体制（例：思春期外来）や相談サービスを充実して、学校ではカバーしきれない情報を提供し、問題を抱えた生徒を受け止めます。同時に、保健所等は地域啓発活動を強化して、ポスターやパンフ（若者向けと保護者向け）などで地域情報を普及したり、講演会活動によって、保護者を含む

地域住民の問題意識を高めます。

保護者やPTAは、保健所や専門家と連携して問題意識を高めるとともに、子どもとの会話や心のつながりを保つように努めます。

なお、しばしば、外部講師による授業が行なわれることがあります。どの教科でもそうであるように、その学校の生徒の状況を理解せずに行えば、内容が不適切になる可能性があり、また継続性の保証がないという問題があります。また、講師ごとにメッセージが変わったりすれば、生徒は混乱してしまいかねません。WYSHプロジェクトでは、学校の授業は学校のスタッフで行うことを原則とし、外部者はそれを間接的に支援するに留めています。

図18



〈2〉WYSHプロジェクトの方法と理論

WYSHプロジェクトに含まれるプログラムは、ソーシャルマーケティングを含む社会疫学(socio-epidemiology)を方法や理論の基礎として開発されています。以下に、その概略を紹介しますが、より詳しい内容については、姉妹編である「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2005年度版」を参照してください。プログラムは、「形成調査」、「プログラム開発」、「実施」、「評価」の4プロセスから成ります。

●形成調査

形成調査とは、プログラム開発に必要な情報を集める調査のことで、その成否が予防啓発プログラム成功の鍵を握ります。方法としては、量的調査(質問紙調査など)、質的調査(フォーカスグループインタビュー、個人インタビューなど)を用い、対象者(セカンドオーディエンスを含む)の知識や問題に対する関心度、実際の行動、ライフスタイル、規範意識、価値観などについて、情報を収集し分析します。そこから対象者の文化に適したプログラムのあり方が見えてきます。対象者の中に、例えば、地域、性別、学年等による違い、また行動段階などの違いが認められれば、それぞれに適した内容を考慮しなければなりません(セグメンテーション)。

●プログラム開発

形成調査のデータを参考に、啓発プログラムを開発します。WYSHプロジェクトでは、マーケティングの手法を基礎に、授業や講演内容、またビデオ、パワーポイント、パンフレット、ポスターなどの教材や啓発資材を、内容、大きさ、色彩、表現、デザイン、音響等多角的に配慮して開発しています。さらに実施面でも、アトモスフェリクス(啓発やサービスが実施される場所の雰囲気工夫して参加者がメッセージを受け取りやすい雰囲気を作ること)、プロンプト効果(同じメッセージに何度も触れるようにすることによってメッセージの記憶と受け入れを促進すること)、ブランド効果(固有のロゴや名称の使用などでプログラムの信頼性を高めること)などマーケティングツール[20]と言われる技法を取り入れています。

また、開発には、様々な理論が応用されていますが、主な行動理論としては、行動段階理論[19]、警告受容プロセスモデル[18]、情報伝達に関わる理論としては、消費者情報処理モデル[21]、情報拡散モデル[19]を用い(注:これらの理論については、「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2005年度版」の付録を参照)、教育方法としては、ブラジルのパウロ・フレイレの課題提供型教育[22]が取り入れられています。

ープログラム開発の重要なポイントー

●行動段階を考慮する！

行動段階は、無関心期、関心期、行動期、維持期に大別されます[18]。無関心期は自分のリスクを感じていない時期、関心期はリスクを感じているが予防行動はとれていない時期、行動期は予防行動を始めた時期、維持期はそれが維持されている時期です。行動段階によって適切な対策/教育は異なります。例えば、分厚く詳しいパンフレットは、無関心期の若者は全く関心を示しませんが、関心期にあって、情報不足の若者からは逆に重宝がられます。また、行動段階を間違えると逆効果になる危険があります。例えば、性経験者の少ないクラスで、性経験者向きの講義をすれば、ピアプレッシャーを強化し、性行為に無関心の子どもを性行為への関心期、行動期へと刺激する可能性があります。これが、「寝た子を起す」と言われる現象です。

●リスクパーソナライゼーションを！

警告受容プロセスモデルを加味すると、無関心期は、さらに無知期（何も知

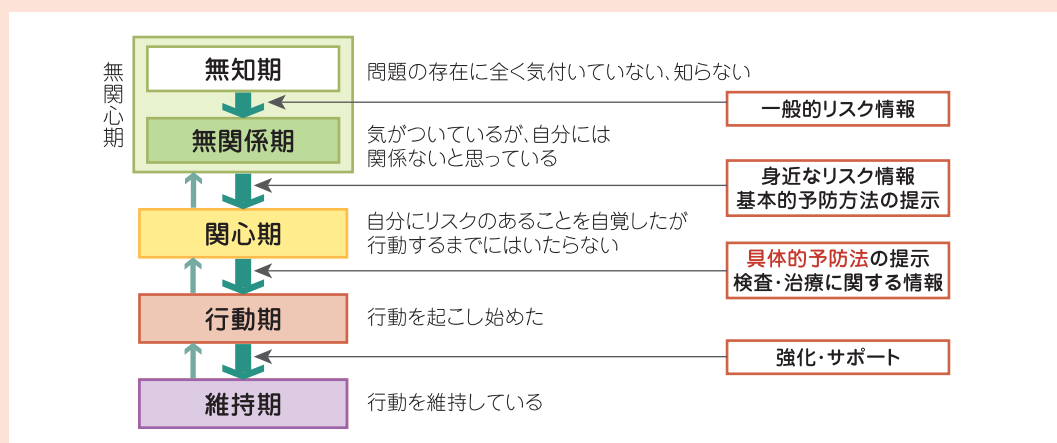
らない時期）と無関係期（自分には関係ないと思う時期）に分けられます(図)。無関係期を脱するためには、自分のリスクを実感できるような情報提供（リスクパーソナライゼーション）が必要です。そうしないといくら教育をしても対象者は永久に無関心期にとどまることになります。

●発達段階を考慮する！

成人とは異なり、青少年は発達段階による多様性があるため、発達段階を考慮した対策/教育が必要となります。中学生と高校生、さらには学年によっても発達段階が異なります。特に低学年では多様性が大きいため、細心の配慮が必要です。

●地域性を考慮する！

地域によって、性規範が大きく異なることがあります。それによって、性に対する子どもたちの態度や学校や地域住民の対策/教育に対する態度にも違いが生じます。形成調査の段階でそうした地域性を把握し、それに対する配慮が必要です。



●評価

評価は、プロセス評価とアウトカム評価に分けられます。

～プロセス評価～

これは、啓発がどれほど計画どおりに行われたか、どれほど対象者から受け止められたかを調べるものです。例えば、ポスターがどこにどの位の期間貼られたか、パンフレットが何人の目的とする対象に手渡されたか、広報を実際にどれほどの人が読んだかなどを、なるべく正確に把握します。実際に行われた内容や住民への到達度を把握しなければ、対策の効果を評価しようがないからです。

～アウトカム(効果)評価～

これは、プロジェクトの目指した目標が、どれほど達成できたかを調べるものです。WYSHプロジェクトでは効果評価デザインとしては準実験法(社会実験法)(注:「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2005年度版」を参照のこと)を用いています。効果評価をして初めて、本当に予防行動を促進することができたのか、性行動を活発化する(寝た子を起す)ことがなかったかなどを、事実を持って世の中に示すことができ、かつ、次の対策/教育の改善充実を図ることができません。

3-2.WYSHプロジェクトの実際

〈1〉保健所等における取り組み

次に、社会分業における保健所等の取り組み例を紹介しますが、ここでは、WYSHプロジェクトとしてこれまで実際に行ったものと、今後予定しているものを併せて示します。

取り組みは、大きく、ポピュレーション対策とハイリスク対策に分けられます。前者は、住民や若者一般を対象に行うもので、後者は特にリスクが高く、ニーズの大きい層を対象にした対策のことを意味しています。

A. ポピュレーション対策

■ポスター・パンフレットによる地域啓発

開発のプロセス

地域全体への予防啓発は、ポスター・パンフレットによる啓発を軸としています。自治体によっては、テレビ等のマスメディアを使った、年に一回程度のキャンペーンを行っているところもありますが、かかる費用の割には、放映時間（秒単位）や時間帯の問題で、暴露される対象者は限られ、費用対効果の点から再考が必要と思われる。

WYSHプロジェクトでは、以下のようなプロセスと発想でポスター、パンフレットを開発してきました。

- (1) 地域の若者を対象とした綿密な形成調査を行う（量的調査、質的調査）
- (2) その調査から得られた若者のニーズや価値観や好みについての豊かな情報を用い、提供するメッセージの内容、大きさ、色、デザイン、字数、モデルに使う人物やキャラクターの好みに至るまで、保健所等のエイズ予防担当者と共同で時間をかけて話し合う。

その結果生まれたのが、共通のデザインとロゴで統一された大小サイズ（A2サイズ、A3サイズ）のポスターと名刺大で表紙に方言を取り入れたパンフレットです（注：ポスター・パンフレットのデザインは地域や年によって違います。写真1、写真2参照）。

形成調査の結果から対象者の大半が行動段階の無関心期にあることが判明していたため、パンフレットの内容は、クラミジア・中絶など、エイズより身近な問題を中心とし、かつ地元の疫学情報を提供することで、自らのリスク認知の向上（リスクパーソナライゼーション）を図りました。さらに、形成調査で特に普及の遅れが判明した知識に内容を限定することで、情報量を絞り、簡潔なものとなりました。

ポスターの内容としては、簡潔なメッセージと現地の中絶率とクラミジア感染率のデータを提供しました。

配布と貼付

ポスターとパンフレットの配布と貼付は、形成調査の情報に基づいて、コンビニ（一部のチェーン店のみ）、カラオケ、ファーストフード店、本屋など、若者の利用頻度の高い場所（セッティング）で展開しました。そのほか、教育機関（大学、短大、専門学校、高等学校、予備校）[希望校のみ]、ビデオショップ、駅、バスターミナル、本屋、化粧品店、薬局、美容室、図書館、公民館、インターネットカフェ等でも実施されました。

小サイズ（A3サイズ）のポスターは貼付機会の拡大に非常に有効であることがわかりました。もちろんA2サイズの方が目立ちますが、商業スペースでの貼付を依頼する場合、大きすぎて、店主の了解を得るのが難しいという欠点があります。さらに、仮に了解を得られたとしても、場所をとるため、短期間ではがされてしまう可能性も大きくなります。一方、A3サイズは、一枚ではインパクトには欠けますが、貼る場所を選びやすく、また貼り方の工夫次第で逆にインパクトを強めることができるというメリットがあります（写真3参照）。

コンビニは名刺サイズパンフレットの普及に非常に有効でした。コンビニの若者がよく買う商品の近くやレジの近くにアクリル製の透明のボックスに入れ、清潔感ととりやすさを考慮しました（写真4参照）。

ポスターとパンフレットは、毎年同じデザインで統一していますが、それは、随所でポスターを見かけることによって、パン

フレットの内容（教育内容）が繰り返し想起されるというプロンプト効果を期待したものです。

依頼方法

配布、貼付は、各店舗・施設に保健所等から依頼しますが、WYSHプロジェクトでは、郵送する形式ではなく、すべての依頼先に保健所等職員が訪問し、内容の重要性を説明した上で、依頼する方法をとりました。その際、人によっては、地域の人にどのような言い方で依頼したらいいのか苦慮するケースが生じたため、依頼方法の標準化をはかる目的で説明用マニュアルを作成し、その研修も行いました。

こうしたやり方は、時間がかかりますが、毎年、同じ労力を要するわけではありません。初年度に、丁寧な依頼を行うと、地域住民との人間関係や信頼関係が構築され、次年度以降の依頼には時間がかからなくなります。さらに、こうして地域に足を運ぶことによって、地域住民から直接のニーズを知ることにもできるという利点もあります。

写真2

都道府県別パンフレット



写真4

コンビニのレジ前にパンフを置く



写真1

ポスター・パンフのデザインと大きさ



(2002年度使用分)

写真3

ポスターの貼り方の工夫



プロセス評価

ポスター、パンフレットの貼付・配布状況は、1ヶ月後に各店舗や施設を再訪問し、実際に貼られているか、パンフレットは足りているか（なくなっている場合は補充）を調べました。そして、それらへの暴露状況や波及効果については、事後調査で評価しました。

1) 実際のポスター・パンフレットへの暴露状況

ポスターには高校生の約7割、パンフレットには3～4割が暴露されていましたが、ポスター・パンフレットともに、校内での暴露が最も多く8割を超え、ついでコンビニ、薬局、カラオケが1～2割でした。パンフレットについては、50%以上が一回読み、3分の1は2回以上読んでいました(図19)。

2) パンフレットの波及効果

パンフレットを入手した高校生の約3分の1は他の人（友人、交際相手、親、兄弟姉妹等）にも見せており、入手者本人だけでなく、周囲への波及効果があることがわか

りました(図19)。

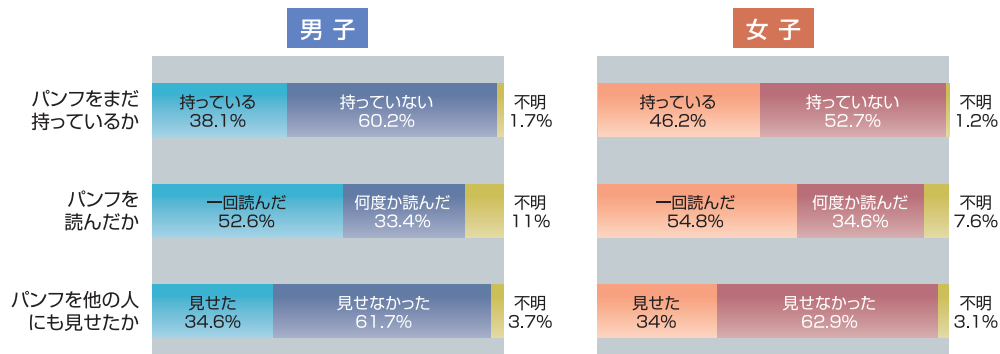
アウトカム(効果)評価

各保健所等管内でのポスターやパンフレットの配布数と、貼付数をその管内の人口で割った値(啓発密度)とその地域の高校生のHIV/STD関連知識との関係を示したのが、図20です。啓発密度と高校生の知識との間には、明瞭な関係が認められました。また、最も予防啓発密度の高かったK保健所では、本事業開始前に比べ、エイズ相談件数が2倍、HIV抗体検査件数が1.7倍増加するという効果が認められ、特に20代女性の検査件数が顕著に増加しました(図25)。

その他にも、若者をターゲットとした事業であったにもかかわらず、パンフレットは地域住民の手にも渡り、それを見た中高年者より、若者向けのパンフレットでは字が小さくて見づらいので、文字の大きいパンフレットを作ってほしいとの要望が出されました。それが、後述する保護者用パンフレットの作成につながっていきました。

図19

WYSHパンフレットのプロセス評価(3ヶ月後)



出典: 地方高校生WYSHプロジェクト(2002年度厚生労働省HIV社会疫学研究班)

図20

保健所等による地域啓発密度の高校生の知識への影響

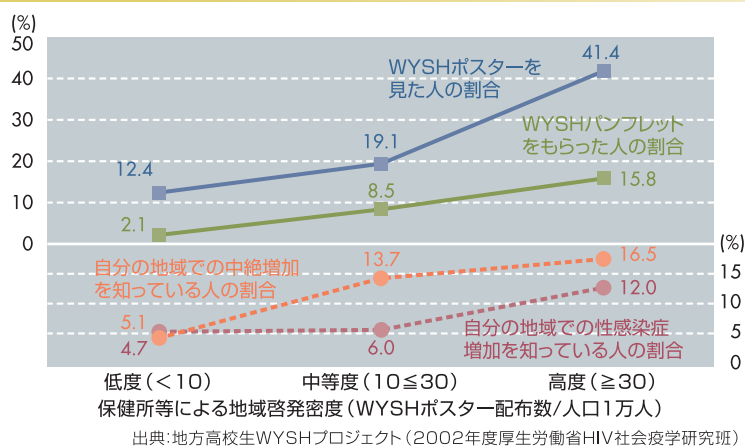
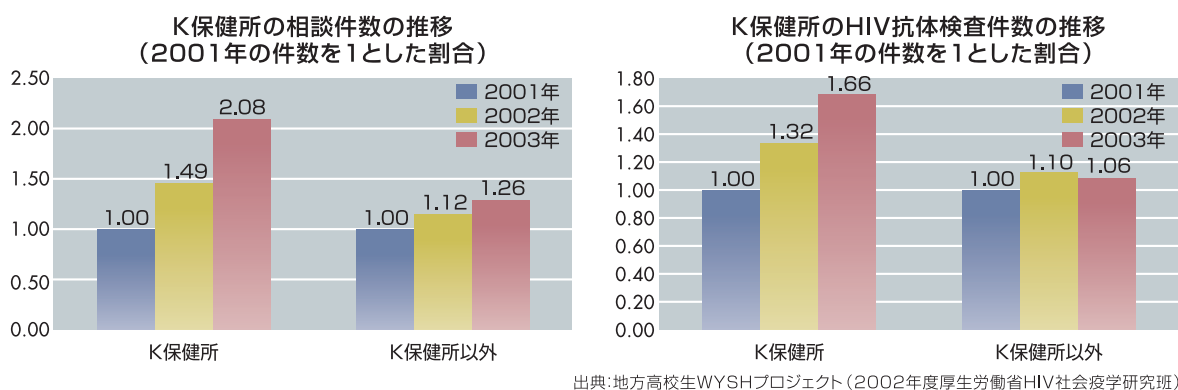


図21

K保健所における相談件数/HIV抗体検査件数の推移



■セカンドオーディエンス対策

セカンドオーディエンスとは、対象者の行動や対策／教育の実施に影響を与える人々や団体・組織のことで、若者の場合、保護者、教育関係者、地域住民等がそれに相当します。セカンドオーディエンス対策とは、それらの人々に、若者に対する教育啓発活動の必要性を理解してもらい、教育や啓発活動への支援を得ることを目的として実施するものです。こうした努力を怠れば対策／教育に支障を来すことがあります。対策のポイントは、セカンドオーディエンスに自分の地域の若者や自分の

子どもにもリスクがあることに気づいてもらうこと(リスクパーソナライゼーション)です。世界や日本の情報ではなく、地元の情報を提供します。一般に地方では、「危ないのは都会、地方は大丈夫」という誤解があり、また、自分の地域に問題があると知っていても、それは自分の子どもには関係がないという強い思い込みがあるのが普通です。こうした無関心期にいるセカンドオーディエンスを、関心期、行動期へと動かすのは、若者の場合と同じように、簡単なことではありません。

WYSHでは次のような対策を行ってきました。

- ① ポスター、パンフレットの地域貼付・配布（若者と共通）
- ② 地域で気軽に参加できる小規模な講演会・勉強会の実施
- ③ 保護者用パンフレットの作成

前述したように、保護者用パンフレットは、地域の中高年者からの要望にヒントを得て作成したものです（写真5）。その開発にあたっては、若者向けパンフレットとデザインを統一して親子パンフレットとすることで、子どもとの会話のきっかけになるようにし、また、単に文字を大きくするだけではなく、これまで性教育・エイズ教育を受けた経験のない世代であることに配

慮して、青少年向けパンフレットよりも内容を詳しいものとししました。また、このパンフレットは、「保護者用」と印刷されていたため、大人も抵抗なく、受け取れることができたという効果もありました。

講演会・勉強会（30分～1時間程度）は夜間や週末など、仕事を持つ人も気軽に参加できる時間帯に開催し、保護者用パンフレットを使いながら、地域の現状や保健所のサービス内容の説明を行いました。講師は、事前に研修を受けた保健所等や地域の保健師が担当しました。なお、保護者用パンフレットについては、最近地域の産婦人科クリニックから、待合室に置きたいという要望が出るようになりました。

写真5



B. ハイリスク対策

■相談事業の充実

問題を抱える若者たちの支援は、学校だけでは限界があるため、学外での対策が重要となります。これは、学校に行っていない若者たちのためにも重要な施策となります。HIVの感染拡大が予想される現状において、リスクレベルの高い層への地域対策は非常に重要と考えられます。以下に2つの対策の例を紹介しますが、これらについては、WYSHプロジェクトとしてはまだエビデンスがなく、今後プログラムの導入と評価を計画しているものです。

メール相談の導入

フリーダイヤルの電話相談は多くの保健所等で実施されていますが、メール相談の導入も効果的と思われます。電話相談は相談者の発信元が記録に残らないため、匿名性が保たれるという利点がありますが、相談業務時間内に電話をする必要があるため、時間的な制約を受けます。さらに、相談時間が長い場合は、サービス提供者の保健所側も、電話相談の対応のために時間的な拘束を受けることになります。

これに対し、メール相談は、発信元の記録が残るため匿名性を完全には保証できないという欠点がありますが、時間を選ばず、いつでも相談できるため、利用しやすいという利点があります。さらに、サービス提供側も、定期的にメールチェックし、返答すればよいため、拘束が少なくてす

みます。メール相談を導入したある地方都市の保健所では、相談窓口サービスの広報のために携帯に便利な名刺サイズカードを作成し、カラオケ、ゲームセンター、スーパーのレジ横の商品を買い物袋に詰めるスペースなどで配布しました。その結果、相談件数が増加しましたが、電話相談とメール相談の件数はほぼ同数で、メール相談は特に夜間深夜に多く利用されていました。

まちかど相談室〔サテライト保健所〕

一般人や青少年にとって保健所等は、地理的にも雰囲気的にも決して行きやすい場所とは言えません。そこで、若者が立ち寄りやすい街なかの公的スペース等を使って、相談窓口を設置することが効果的であると考えられます。常設もしくは週1～2回、放課後から夜間にかけてオープンし、さらに月に1回程度は土日もオープンできれば、多くの青少年の利用が期待されます。そして、保健所の保健師と市町村の保健師がチームを組めば、エイズ対策と母子保健対策の行政的連携も期待できると考えられます。さらに、地域の児童委員とも連携を取ることができれば、若者のより幅広いニーズに応えることができます。実施に際しては、安全面の配慮からも2人体制とし、相談内容の標準化のために、相談マニュアル等を作成し、個別相談における対応の仕方について担当者の研修も必要です。

■受けやすい検査・治療体制の整備

リスクを持つ若者の中には、性感染症の検査や治療に関する高いニーズがあります。しかし、行きにくさや費用の問題のために、受けることができず、性感染症が未治療のまま放置されることも少なくありません。やっとの思いで医療機関を受診しても、医師からしかられて、二度と行かないと言った生徒もWYSHプロジェクトの中で経験してきました。このような状態では、HIVや性感染症の流行を防ぐことが難しくなります。地方自治体としても、検査や治療が受けやすくなるような支援が必要です。

保健所等での検査

性感染症の検査を導入している自治体では、サービスの広報と受けやすさの工夫（特に時間帯）が必要です。特にHIVと性感染症の検査が同時に受けられない自治体では、セットで受けられるような配慮が求められます。また、一般健康診断や成人病検診などの機会にこれらの検査も同時に受けられるようにできれば、検査数の向上につながる可能性があります。このように複数のサービスを組み合わせ、サービス向上を図ることをマーケティング用語で「パッケージング」といいます。

医療機関での検査・治療の紹介

学校の養護教諭からしばしば相談を受けるのが、リスクの高い生徒を受け入れてくれる医療機関です。若者が受けやすく、予防に役立つ情報を提供してくれる医療

機関を、自治体が見つかるか、あるいは増やす努力をし、その情報を、学校に提供したり、また相談事業で提供すれば、検査や治療を受ける若者の増加につながる可能性があります。

■学校との連携

社会分業の説明のところで述べたように、WYSHプロジェクトでは、学校の予防教育に対する保健所等の支援は、授業の「肩代わり」（いわゆる出前授業）ではなく、側面支援、最大でもティームティーチングまでにとどめています。

外部から講師を招いてエイズ教育をする学校や、保健所等が積極的に出前授業を行う例は少なくありませんが、本来、教育は、生徒に日常的に接し、その実態を十分把握している教師が実施するべきものです。また、近年、保健所等では、業務が多様化しその量も増えているため、今後さらに増加すると思われる学校の予防教育のニーズに継続性を持って応えていくことは不可能であると思われます。今からの流行の展望を考えれば、授業を肩代わりするのではなく、エイズや性感染症に関する最新情報など、学校関係者では入手しにくい情報や資料の定期的提供などを通じて、学校が自立して予防教育を行えるよう支援していくことが必要です。

保健所等と学校との連携においては、学校ではカバーしきれない強いニーズを抱える若者たちへの支援が特に重要と考えられます。保健室で生徒との対応に苦

慮することの多い養護教諭との定期的な
 会合や情報交換を行うことができれば、教
 育への情報提供ばかりでなく、そうした生
 徒たちを、相談窓口や検査・医療機関等の
 専門機関へとつなぐ機会にもなります。

WYSHプロジェクトに参加したある保
 健所では、管内の地区高等学校養護教諭
 部会の定期例会の会場として、保健所の

会議室を無料提供し、会議には地域保健
 所の保健師もオブザーバー参加するとい
 う方法をとりました。そして、その会議で
 保健師が、最新の健康情報や保健所のサ
 ービス業務等の情報を提供したり、相談に
 応じたため、例会を重ねる毎に連携が強
 化され、問題の早期発見や地域の予防教
 育の普及につながっていきました。

〈2〉学校における取り組み

■WYSHによる授業

WYSH教育モデル

WYSHプロジェクトでは、自ら授業を行
 いながら、授業モデル(WYSH教育モデル)
 の開発に努めてきました。授業はこれま
 で述べたように、ソーシャルマーケティング
 を含む社会疫学を方法や理論の基礎と
 して開発してきたものです。WYSH教育
 モデルは、2004年度から厚生労働省の
 青少年エイズ対策事業として、文部科学省
 の後援も得て、研修事業が始まっています。
 すでにこのモデルは、全国各地から研修に

参加した多くの教師によって、何万人とい
 う中学生、高校生の中で実践され、寝た子
 を起こすことなく、有意な知識・態度・行動
 変容効果のあることが繰り返し確認され
 ています(図22) [13,15]。

本ガイドラインが、主として保健行政関
 係者に配布されるという性格から、また社
 会分業というWYSHプロジェクトの戦略
 的立場から、学校が行う授業内容等の詳
 細な記述は控え、ここでは、WYSHモデル
 の重要なポイントと教育内容や、その他学
 校で必要と思われる対策の概要を紹介す
 るにとどめたいと思います。

図22

WYSH予防教育の効果評価概要

評価項目	対象	高校生		中学生	
		2002 (7,935人)	2003 (5,629人)	2003 (7,089人)	2004 (12,615人)
知識 (knowledge) (性感染症・HIV関連情報+地域の中絶状況)		↑↑	+20%	↑↑↑	+30%
意識① (attitude) (性感染症へのリスク認知)		↑	+10%	↑↑	+20%
意識② (attitude) (高校生の性関係への肯定的態度)		↓	-5%	↓	-5%
行動① (behavior) (コンドームの使用状況)		↑	+10%	↑↑	+20%
行動② (behavior) (性経験率の変化)		→		→	

評価方法:
 比較群付前後パネル調査
 (pretest-posttest design
 with comparison group)

WYSH教育モデルのメッセージ

WYSH教育モデルでは、対象者の行動段階や発達段階に応じて、授業内容や、内容のウェイトの置き方を変えますが、いずれの場合も、送るメッセージは2つあります。

第一は、誰にでもリスクがあることを伝えることです。これを「リスクパーソナライゼーション」と言います。これが徹底しないと予防情報は対象者の頭の中を素通りするだけです。

第二は、時間をかけて丁寧な人間関係を築くことの大切さを伝えることです。それを夢や希望、人間関係や自分自身の大切さを伝える中で気づいてもらおうとしています。行動変容が、単に病気を避けるというネガティブな目的のためではなく、より充実した生き方を実現するために必要であることを伝えたいと思うからです。

写真6

○×ゲーム



写真7

グループワーク



写真8

振り付けに合わせてダンス



WYSH教育モデルの授業構成例

私たちがモデル開発のために授業を行うときは、対象者の発達段階や行動段階、そして雰囲気をつかむために、必ず事前調査（質問紙調査とフォーカスグループインタビュー）を行います。調査結果に基づいて、授業には色々な工夫がなされますが、典型的には、以下のような流れで授業は行われます[22]。

① 導入ゲームを行う

グループ対抗のクイズゲームです。○×式や四択式で正解を競ってもらいます（この際、事前調査で正解率の高かった質問からはじめ、徐々に正解率の低かった質問へと移ります）。このクイズゲームは緊張をほぐすためと次に続く講義を聞くモチベーションを高めるために行います。（写真6）

② 講義をする

リスクパーソナライゼーションを行うための授業です。独自に開発したパワーポイントやビデオ教材を用いて、地域の性感染症や中絶の情報、性的ネットワークの概念を伝え、またクラミジアとその合併症について（高校生では妊娠中絶についても）詳しく説明します。HIVは実感を持ってもらいにくいので、性感染症との関連で少し触れるだけです。性感染症はクラミジアだけにとどめていますが、それは、情報が多すぎて印象が薄れるのを避けるためです。それ以上の情報は、WYSHの携帯サイト

を紹介します。そして、若者たちの様々な誤解についても、ここで解いておきます。

なお、コンドームの有効性は簡単に触れますが、実物を見せたり装着の実演することはありません。それは、以前の比較調査で、その有無が教育効果に全く関係ないことがわかったからです。評価をしてわかったことですが、コンドーム装着実演はなくても、高い教育効果を上げることができます。

③ グループワークを行う

あるテーマを与え、グループで討議して、発表してもらいます。テーマは、これまで、「予防を考えよう」「理想の恋愛」「私の夢物語」などを試みてきました（写真7）。テーマが合わない大変ですから、インタビュー調査の結果を踏まえて判断します。

④ 人間関係に関するビデオの上映

様々なほほえましい人間関係の様子を伝えるために独自に作成したビデオを上映します。この時の子供たちの眼はどの生徒もとりわけ真剣で、その後の感想文から、真面目なメッセージを子供たちがストレートに受け止めていることがわかりました。

⑤ 感想文を書く

⑥ 振り付けに合わせて身体を動かす

SMAPの「世界にひとつだけの花」を振り付けたビデオにあわせて身体を動か

します(写真8)。誰もが皆それぞれに素晴らしい存在であることを感じてもらうためです。

⑦ 講師からのメッセージ

様々な選択肢のひとつとして講師からのメッセージ(思い)を伝えます。

⑧ パンフレットの手渡し

教室を出る前に、講義内容をまとめた小さなパンフレット(前述の保健所の取り組みのところで紹介した若者用パンフレットと同じもの)を渡して授業を終わります。

用いるビデオは中学生と高校生で異なり、導入ゲーム、グループワークのテーマは、生徒の発達段階や雰囲気を使い分けます。

そして、授業では、教える側から「すべき」と結論を押し付けることは全くありません。自分で考えてもらうのです。これまでの感想文や事後評価の結果を見る限り、どのような生徒でも真面目なメッセージを正面から受け止め、適切な判断能力があることがわかります。

■保健室における取り組み

情報提供

学校の集団教育の情報だけでは十分ではない生徒に対しては、保健室での個別指導が必要となります。保健室の個別指導としては、授業で用いるパワーポイント、ビデオ、パンフレットを教材として生徒の個別の質問に答えながら対応する対策を導入してきましたが、現在、操作の簡単なIT機器を用いた個別性の高い情報提供ツールを開発中であり、それを導入し効果を評価したいと考えています。

個別相談

保健室で必要なのは、情報提供だけではありません。コネクティドネスモデルで指摘したように、性行動などの背景には、人間的つながりの衰えがあります。従って、心の安らぎ、つまり人間的つながりを求めて訪れる生徒たちの「見守り役・聞き役」としての役割は、情報提供以上に重要であり、それを戦略的に強化します。

保健所・医療機関・地域との連携

保健室の対応では不十分な生徒に対しては、学外の相談サービスや検査施設/医療機関などを紹介しますが、そのために、保健所等、地域医療機関(思春期外来等)、地域児童委員などとのネットワークを日常的に確立しておくようにします。

最後に

はじめに述べたように、WYSHプロジェクトはまだ完成途上のプロジェクトです。これまで、中学生や高校生に対する予防教育プログラムの開発を中心に、幸いそれらについては、教材を含めほぼ基本形を確立することができたと思われませんが、今後の研修事業でさらに経験を蓄積しつつ、バリエーションの豊かな教育モデルとして発展させていきたいと考えています。また、今後は、小学生、大学生に対するWYSH教育モデルの開発にも着手し、若者のあらゆる発達段階に対応できる予防教育モデルとして確立させていきたいと考えています。

一方、保健室の個別指導や保健所等による相談・検査サービスなど、リスクレベルの高い若者に対応できる対策モデルの開発については、まだ取り組むべき課題が多く残されています。しかし、WYSHプロジェクトへの支援や関心や参加希望は、学校だけではなく、非常に多くの保健所、教育委員会、PTA組織から寄せられるようになっており、こうした動きの中から、地域ぐるみの社会分業による予防対策を創造する機会が生まれてくるように思われます。

こうした今後の取り組みがすすみ、紹介すべき事例の蓄積ができた段階で、新たなガイドラインを世に問いたいと考えています。

参考文献

1. 木原正博、木原雅子他.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.
2. 厚生労働省エイズ発生動向調査
3. 母子保健の主なる統計
4. 木原正博、木原雅子.エイズ問題が照射する日本社会の脆弱性. 世界 722: 102-110, 2004
5. CDC,MMWR Sep.29,2000/49(38);861-864
6. Nelson KE et al : Infectious Disease Epidemiology-Theory and Practice, An Aspen Publication, Maryland, 2001, 149.
7. Centers for Disease Control and Prevention : HIV Prevention Strategic plan through 2005. January, 2001
8. 東京都幼・小・高・心障性教育研究会 : 二〇〇二年調査児童・生徒の性, 学校図書, 東京, 2002, 97
9. 木原雅子他 : 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16年度報告書, 2005, 48.
10. 木原正博他 : 教育アンケート調査年鑑上巻、創育社、東京、2001, 94.
11. 木原雅子他 : 教育アンケート調査年鑑上巻、創育社、東京、2003, 359.
12. 木原雅子他 : 教育アンケート調査年鑑上巻、創育社、東京、2001, 105.
13. 木原雅子他 : 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, 2003, 282.
14. Hubert M et al : Sexual behavior and HIV/AIDS in Europe, UCL Press, London, 1998, 266.
15. 木原雅子他.若者のHIV/STD関連知識・行動・予防介入に関する研究.厚生労働省HIV感染症社会疫学研究班平成15年度報告書,2004
16. 木原雅子他.若者のHIV/STD関連知識・行動・予防介入に関する研究.厚生労働省HIV感染症社会疫学研究班平成17年度報告書、2006
17. Resnick, MD et al. Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. JAMA. 278(10):823-32, 1997
18. Andreasen AR. Marketing social change. Jossey-Bass, San Francisco, 1995
19. Glanz K. et al. Health behavior and health education-theory, research and practice 3rd edition. Jossey-Bass, San Francisco, 2002.
20. Kotler P, Roberto E, Lee N. Social marketing 2nd edition, Sage Publications, Thousand Oaks, California, 2002
21. National Cancer Institute. Making health communication programs work. <http://www.nci.nih.gov/pinkbook>
22. 木原雅子.10代の性行動と日本社会ーそしてWYSH教育の視点.ミネルヴァ書房、京都、2006.

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—

2006年3月31日 発行
代表者 木原 雅子
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。



Well-being of Youth in Social Happiness