

## 3年間の SWITCH を通して何が見えてきたか

20030902

文責 鬼塚哲郎・辻 宏幸(MASH 大阪)

### 1 臨時検査のニーズは大

3年間の SWITCH において、のべ 948 名の方が HIV/梅毒/B 型肝炎の検査を受け、その内の 9 割が 30 代前半までの若年層であり、8 ~ 9 割が近畿地方の居住者であった。受検の受付が行われたのは3年間で 11 日であったから、1日平均 86 名の受検者があったことになる。大阪の保健センター中最も受検者の多い北保健センターの一日平均の HIV 抗体検査受検者数は 8 名であるが、この数字は住民一般を対象としたものである。MSM だけを対象とした SWITCH の受検者がいかに多かったかが理解される。また、SWITCH という名前を冠したイベントの参加者数はのべ約 5400 名であった。

ここで MASH 大阪の先輩格に当たる SMASH (Sydney Men And Sexual Health)の Garrett Prestage 氏の報告(2002 年 12 月 1 日、DISTA にて)にあったシドニーの状況を描いてみると：

HIV 抗体検査はホームドクターで受検

HIV 抗体検査は保険が適用される

ゲイ・コミュニティの約 9 割が受検

したがって臨時検査のニーズはとても小さい

ホームドクターでもし結果が陽性と出ても適切なサービスが受けられるはず、という保証がなければ、それにもし保険の適用がなければ、9 割の人々が受検するはずはない。翻って大阪の MSM において臨時検査のニーズが大きいのは

拠点病院以外の医療機関で受検した場合、結果が陽性のとき差別に会うのでは、という恐れがある

医療機関で受検すると高くつく

無料匿名で検査できる施設は時間的、地理的にアクセスが良好でない

からであると推測される。クライアントにとって重要なのは、検査が恒常的か臨時のものかということではなく、「安価で、かつ安心して」受検できる環境であろう。

### 2 受検者の経験した検査の体制

検査体制を構築するにあたって、次のような点に配慮がなされた(古谷野氏の報告から大幅に引用)

#### 1) できるだけ多くのクライアントに受検機会を提供するために

(1) コミュニティに近い、しかし近すぎない立地が確保されているか

(2) 若年層の MSM にアピールするイベントになっているか

(3) 受検しやすい時間帯になっているか

(4) 短期間に完結するイベントになっているか

#### 2) クライアントのニーズに可能な限り応えるような検査体制を構築するために

(1) 受検プロセスの中で 1 ガイダンス、2 インフォームド・コンセント、3 リスクアセスメントに基づく予防行動の促進、4 不安の受けとめや軽減、5 新しい知識や情報の提供、

などの機能が果たせる体制ができているか

(2) 受検者の相談のニーズが拾い上げられる体制ができているか

(3) 結果が陰性か陽性かの区別が他の人に分からないような告知のシステムができているか

(4) 告知する保健医療専門職者が病態、治療、医療体制について熟知しているか、また、悪い知らせをするときや話しにくい内容(性行動など)について話しあう際に必要なスキルを持っているか

(5) 検査結果を知ることにより派生する、多様で深刻な心理社会的問題について対応できるか

(6) 陰性の結果告知の機会を予防介入の機会として活用しているか、そのために必要な知識・情報とスキルを担当者が持っているか

(7) 十分に時間の取れない場合のために、必要な情報を盛り込んだ資料(パンフレットや後日の相談先のリストなど)を備えているか

(8) できるだけ多くの受検者に結果を返せる体制ができているか

(9)相談や告知の場以外に予防のメッセージに接する機会が提供されているか  
これらの点における受検者の評価の詳細については井上氏の報告を参照していただきたいが、2)の(1)および(9)において若干留保が付く点を除けば、おおむね及第点をつけられる結果を得たと思われる。2年目の2001年、受検者が約250名から約400名に増加した要因のひとつがここに伺える。言い換えると、SWITCHは徹底したクライアント・センターな態度を貫くことで臨時検査のひとつのモデルを提供したといえる。

### 3 パートナーシップ

モデルの構築を可能にしたのは次のふたつの要因である。

- 1) ボランタリー・セクター、疫学研究者、行政のあいだのマルチセクターなパートナーシップ
- 2) ボランタリー・セクター内での、市民ボランティアと医療専門職ボランティアのあいだのパートナーシップ

パートナーシップによる役割分担はおおよそ次のようにまとめられる。

- 1) ボランティア・セクター：クライアントへの対面サービス  
市民ボランティア・・・市民として責任を引き受ける業務：受付/ガイダンス/案内ほか  
専門職ボランティア・・・専門職として責任を引き受ける業務：採血/告知/カウンセリング/ソーシャルワークほか
- 2) 疫学研究者：プログラムのデザイン/検査体制の整備/検査結果の管理・集計・分析
- 3) 行政担当者：開設支援/医療機関との連携/住民サービスの中での位置づけ

パートナーシップの構築への道のりは決して平坦ではなかった。ボランタリー・セクターと疫学研究者のあいだのパートナーシップはSWITCH立案時にすでにある程度確立していたが、行政と残る2セクターのあいだのパートナーシップ(委託ではなく協働)は、お互いに初めての経験であるだけに、試行錯誤のプロセスを少なからず歩んだ。このような経験が、より確固としたパートナーシップづくりに寄与することを願ってやまない。

いっぽう、市民ボランティアと医療専門職ボランティアのあいだの連携においては、とりわけ予防相談のあり方をめぐって数多くの議論が積み重ねられた。議論の背景には、ゲイを自認する市民ボランティアの一部においてはアイデンティティ(まとまり意識)をミッションの遂行に優先させる傾向がみられることがあげられる。自己実現志向の強いボランティアにおいてこの傾向が顕著であり、「ゲイのことは(医療専門職者より)自分たちがよりよく理解できるはず」といった性急な判断がしばしば見られた。医療専門職者のすべてがゲイの状況や心理を理解しているとは言えないかもしれないが、予防相談のアウトラインを描く段階で医療専門職者の経験をふまえた議論がなされるべきであったと感じている。我が国においては、クライアントと1対1で向かい合う相談の提供はこれまでもっぱらカウンセラー、ソーシャルワーカー、ケースワーカーといった専門職者に委ねられてきたサービスであり、市民ボランティアによる経験の蓄積は極めて小さいからである。しかし3年にわたるSWITCHの経験をふまえ、予防相談のあり方をめぐる市民ボランティアと専門職ボランティアの連携は深まりを見せており、安尾・岳中両氏の報告にあるように、予防相談の専門性、効果性、範囲と限界、医師やカウンセラーとのより適切な連携など、課題がより一層明確になったことは評価される。

### 4 評価

SWITCHの短期的目標(プロセス・ゴール)は以下の通りであった：

- (1)性的健康の自己管理への促し
- (2)陰性者に向けた予防介入プログラムの提供
- (3)陽性者への第2次予防
- (4)臨時検査イベントのモデル構築

これらの目標がどの程度達成されたかを評価するには今後のフォローアップ調査の結果を待たなければならないが、現時点での私たちの見解をコメントしておきたい。

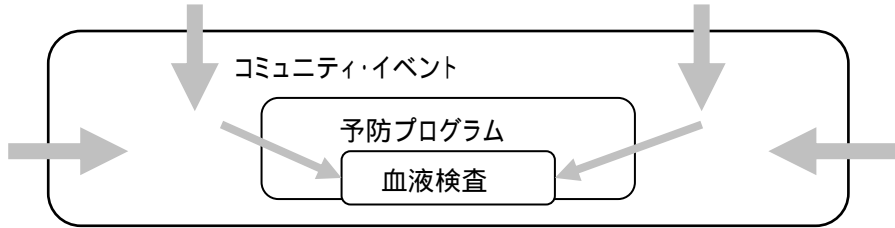
(1)については、受検者に対してはある程度の働きかけができたと考える。ただ現時点ではそうした働きかけがコミュニティ全体に何らかの影響を及ぼしているとはいえない。また(3)については、当面の目標はほぼ達成されたと考える。検査結果が陽性と出た受検者の殆どは医療機関につながることができたからである。(2)については、日笠氏の指摘にあるように、訓練されたボランティアが行う予防相談、あるいは医療従事者が告知する際に行う予防介入が個々の受検者の行動変

容にはどのくらい効果があったのか、また3年間行ってきた SWITCH によって、コミュニティの予防に関する意識が向上し、実際多くの人が予防行動を取るようになり、結果として新たな感染が減少していくのかについては、今後の評価を待たなければならない。

5 モデル構築

3年間の SWITCH の経験は次の4点においてモデル化が可能と思われる。

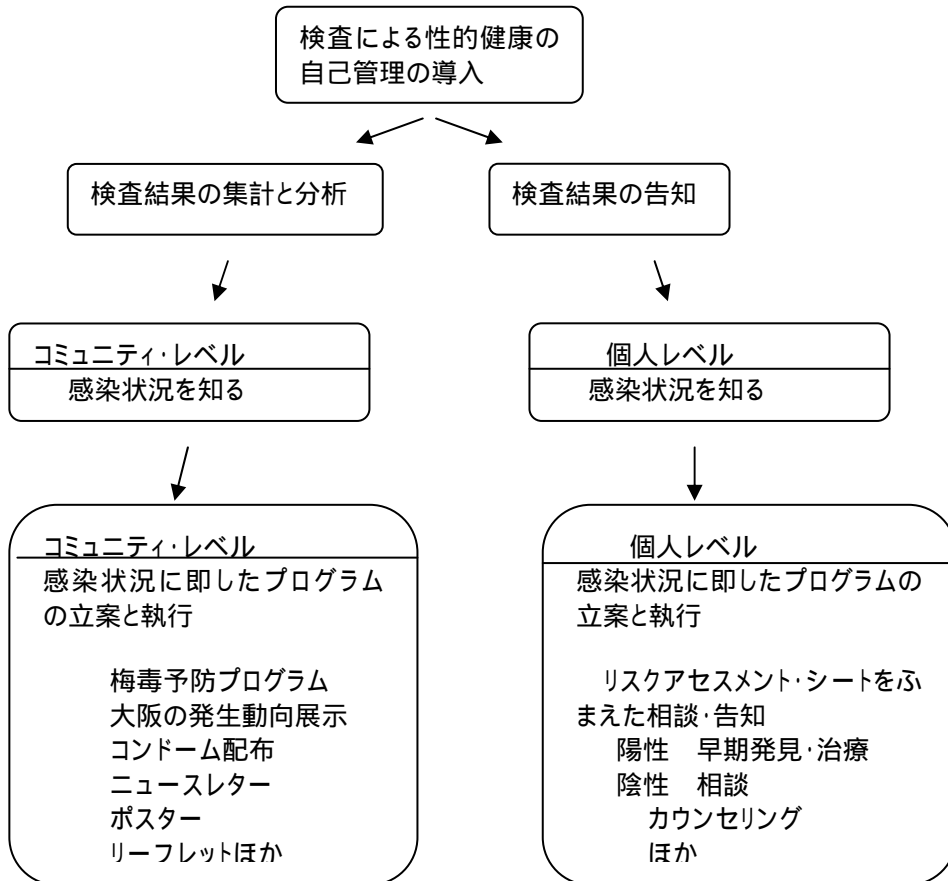
- 1) SWITCH のコンセプト(矢印は人の流れを表す)。名古屋の同様のイベントと比較してみると興味深い考察が生まれるかもしれない。



- 2) パートナーシップ……前項を参照
- 3) 準備の段取りと実施の手順…「SWITCH 臨時検査の体制」の章を参照
- 4) 検査結果の還元モデル

ひとつ例をあげておく。2000年・2001年の検査結果から、受検者の2割以上が梅毒にかつて感染したことがあり、治療が必要と判断された者も1割にのぼった。この事実は2002年のプログラムに反映され、

- この事実をニュースレターで流す
- 梅毒を発症していると HIV に感染しやすくなることをニュースレターなどで流す
- 梅毒啓発ビデオを製作し、受検会場で流す
- 梅毒啓発菜を製作し、配付する      などのプログラムが執行された。



## 6 クライアント集団からコミュニティへ

私たちはこれまで、あるときは大阪の MSM の総体を指して、またあるときは堂山やミナミのバー街にみられるネットワークの総体を指して、「コミュニティ」という言葉を使ってきた。しかしいずれの場合も、それが厳密な意味でコミュニティと呼ばれるという保証は実はあまりない。

なぜならコミュニティの成立要件は一般に：

- 居住性
- 地域性
- 帰属意識
- 解決すべき問題の共有
- お祭りの共有
- ネットワーク

と考えられており、「大阪の MSM の総体」はもちろんのこと、「堂山やミナミのバー街にみられるネットワークの総体」がこれらの要件を満たしているとは考えにくいからである。これまで堂山やミナミに存在していたものは、それぞれの特定の地域における(地域性)、バーで働く人たちのあいだにみられる比較的ゆるやかな(堂山の場合)もしくは比較的濃密な(ミナミの場合)ネットワークであり、そうしたネットワークに交錯するもうひとつの、それぞれのバーで働く人たちと顧客とのあいだにみられるネットワーク、それだけであった。

3年間の SWITCH の経験はそこに、「自分たちの性的健康の危機」という解決すべき問題と、「SWITCH という名の新しいお祭り」を持ち込んだと考えることができるだろう。このふたつの要件はいまだ地域に定着しているわけではないが、少なくとも既存のネットワークのあり方を大きく揺さぶったことは間違いない。この揺さぶりが最終的に帰属意識の形成につながれば、そしてもし帰属意識がコミュニティ形成にとって最も重要な要件なのであれば(杉本敏夫・斉藤千鶴編著『コミュニティワーク入門』中央法規、2000年、39頁)、そのとき私たちのクライアントの集団は一步コミュニティに近づくことになる。