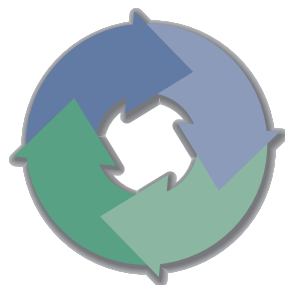


地方自治体のエイズ啓発プログラム のためのガイドライン



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。

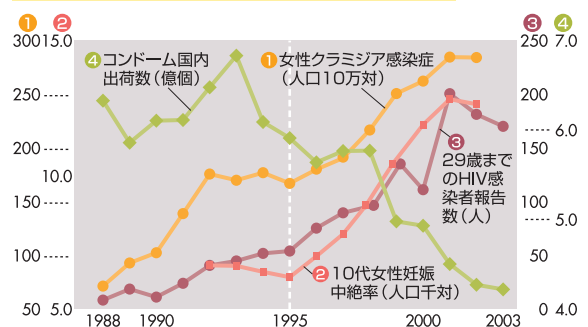
翻ってわが国を見れば、コンドームの国内出荷量が激減する中で性感染症患者やHIV感染者の報告数が上昇を続けており[2] (図1)、**有効な啓発プログラム (communication program) の開発と実施は緊要の課題**と言って過言ではありません。

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、いち速く、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



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。

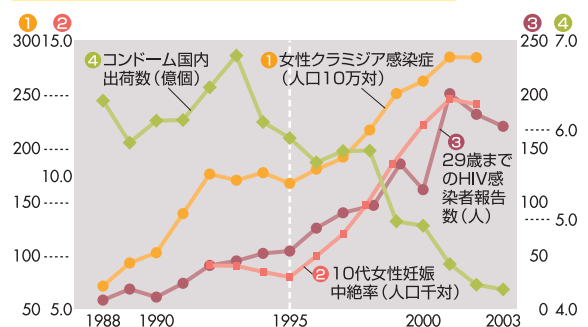
翻ってわが国を見れば、コンドームの国内出荷量が激減する中で性感染症患者やHIV感染者の報告数が上昇を続けており[2] (図1)、**有効な啓発プログラム (communication program) の開発と実施は緊要の課題**と言って過言ではありません。

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、いち速く、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。

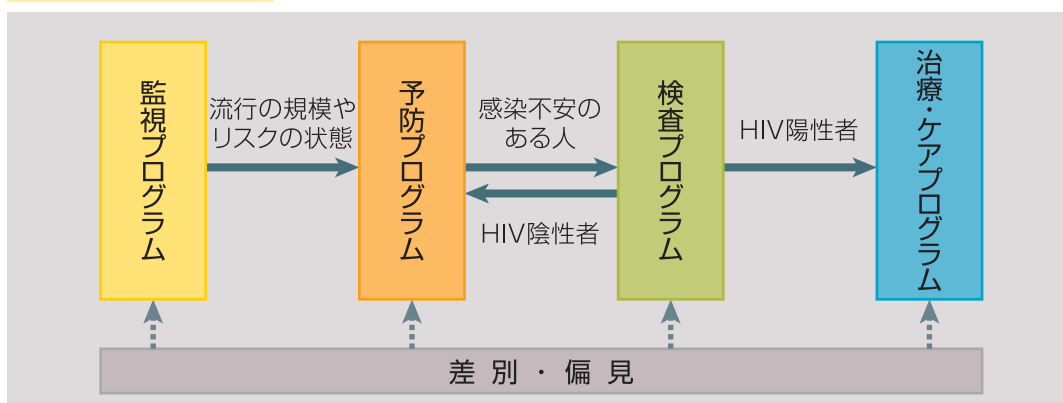
検査は保健所等や医療機関などでのHIV/STD（性感染症）検査のこと、**治療**は医療機関におけるHIV感染症の治療、**差別偏見の撤廃**とは、あらゆる意味での感染者に対する差別意識の撤廃と社会的権利の擁護を意味するものです。

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、せっかく、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けません。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

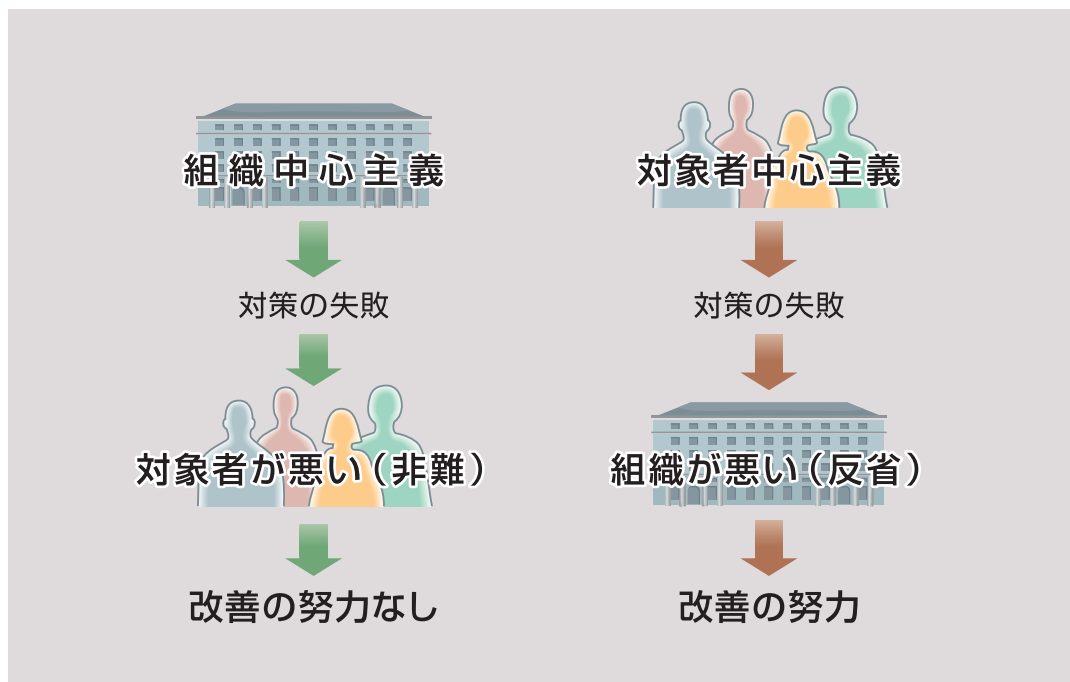
啓発の大原則は、「**対象者から発想し、対象者を益すること**」(対象者中心主義)です。これは、啓発は対象者の状況や関心の十分な把握に基づいて行う必要があることを意味しており、ビジネスの世界が消費者のニーズや関心を中心に置くのと同じです。この対極が、「**組織中心主義**」[3]で、対策を、部局内部など一部関係者のみで決め、取りあえず実施してみるというやり方をさします。

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変えるのには、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がります。

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

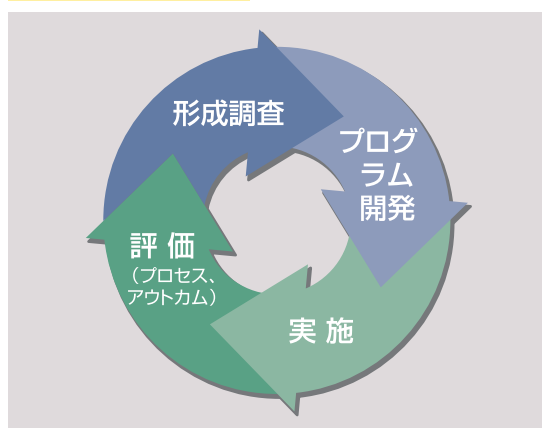
啓発は、大きく4つのプロセスから構成されます(図4)。形成調査、啓発プログラムの開発、実施、そして評価です。

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る。

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いうことができます。

- ② **技術的情報は無関心期の対象者に対してこそ意味がある**

無関心期の人に、関心期の人向けのメッセージを伝えても、つまり例えば、自分の感染リスクを全く感じていない人に、「予防にはコンドーム」というメッセージやその使い方の技術を伝えても、行動変容効果を期待することは困難です。技術的情報は、自分のリスクを感じている（関心期以降の）人々に伝えて初めて、有効性を発揮するのです。

メッセージと文化・嗜好・価値観

メッセージの伝え方は、対象者の属性（国籍、年齢、性別、セクシュアリティ、教育レベル、職業、地域など）に特有な文化（言葉、音楽）や嗜好、価値観に配慮して行う必要があります。したがって、メッセージを考案する場合には、調査が必要であり、考案したメッセージが本当に適切なものかどうかは、対象者に**プレテスト**をして確認する必要があります。例えば、結論の押し付けをきらう層には、事実中心の情報提供を、露骨な表現をきらう層には、表現の工夫が必要です。また、国籍が異なれば、価値観が異なるので、内容によっては、同じ文書をただ翻訳して配るといっわけにはいきません。若者は発達段階によって、メッセージへの感受性や理解度が大きく異なるので、特に注意が必要です。

既存のメッセージの利用

いつも新たにメッセージを開発しなければならないというわけではありません。まず、既存のものを十分に検討して、使えるものがあれば利用します。ただし、メッセージの良否が啓発プログラムの成否を決定するので、既存のものを用いる場合にも、新たに開発する場合と同じような細心の注意が必要です。

〈4〉何を使って

対象者やメッセージが決まったら、次に、何を使ってメッセージを伝えるかを考えます。ここでは、セッティング(setting)とチャンネル(channel)という2つ概念がでてきます。チャンネルを通して、あるいはセッティングとチャンネルを組み合わせ、実際の啓発が行われます(図5)。

セッティング

セッティングとは、チャンネルを用いて啓発が行われる空間や時間のことです。

空間としては、医療機関、学校、職場、家庭、交通機関(通学列車、バス)、駅、通学路、イベント、図書館、美容院、喫茶店、薬局、空港、スーパーマーケット、コンビニ、クリーニング店、パチンコ店、ゲームセンター、トイレ、カラオケ、街頭、公園、公共掲示板などがあります。自分の街や住民の生活を思い描いたり、メンバーで知恵を絞れば、いろいろなアイデアが浮かんでくるはずですし、対象者の声に耳を傾ければ、思い

もよらないアイデアが得られたりします。

時間としては、実施時期や時間帯があります。目的に照らして適切な時期や時間を選ぶ必要があります。例えば、若者の啓発には、世界エイズデーよりも、性行動の活発化しやすい夏休みがふさわしいかも知れません。

対象者によって、有効なセッティングは異なるため、十分な調査が必要です。ただし、対象者多くが集まる場所が常にいい啓発の場とは限らないので、注意が必要です。対象者が他に気を取られて啓発を受け入れる余裕や気分が持てないセッティングでは有効な啓発を行うことはできません。

チャンネル

チャンネルとは、メッセージや情報を流す手段のことで、多様なチャンネルが存在します。チャンネルの分類は意外と難しく色々試みられていますが、ここではセッティングを伴うチャンネルと、伴わないチャンネルに分類してみました。

図5.チャンネルとセッティング

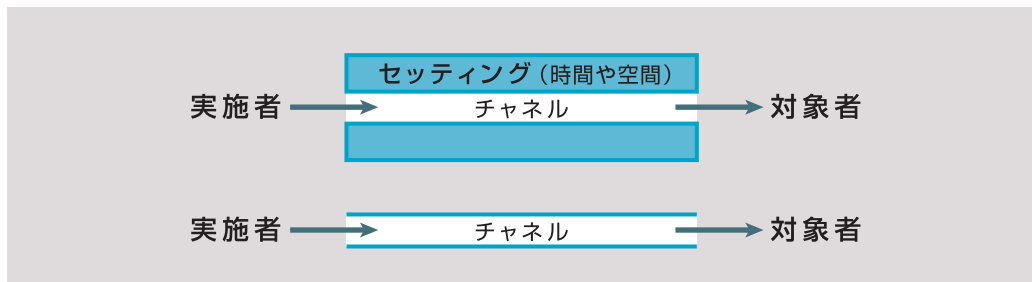


表2.チャンネルとセッティング

チャンネルのタイプ	対 象 者	
	特定個人	不特定多数／集団
セッティングを伴わないチャンネル	個人から個人宛に出す手紙やE-メール	ダイレクトメール、一斉送信のE-メール、ホームページ、地元紙、地域のミニコミ紙・雑誌、各種会報・機関紙、広報
セッティング(時間)を伴うチャンネル	電話	地元テレビ、ラジオ
セッティング(場所±時間)を伴うチャンネル	面接、カウンセリング、会話	講演、講演用のスライド・ビデオ、ワークショップ、イベント、集会、会合、看板、つるし広告、ポスター、パンフレット、チラシ

チャンネル、特にマスメディアには、それぞれの地域に固有の色々なものがあるため、普段からそういう情報を積極的に収集しておくことが大切です。

一般に、個別性が高いチャンネルほど、個人に対する影響力は大きくなりますが、効率は落ちます。逆に、集団性が高いほど、個人に対する影響は小さくなりますが、社会への影響が大きくなり、社会や集団における規範形成などに役立ちます。目的によって、使い分けます。例えば、HIV検査受検者には、カウンセリングが有効であり、若者の間での規範を変えようと思えば、多くの人々に伝えられるチャンネルが有効です。

なお、チャンネルは、対象者によって、好みや接する機会の多さ、見る(聞く)時間帯などが異なるので(メディアハビット

media habit)、あらかじめ、**対象者にふさわしいチャンネル**を調べておく必要があります。例えば、最近の若者はあまり新聞や広報を読みませんし、地元テレビを考慮する場合には、対象層の利用度や見る時間帯を確かめておく必要があります。

セッティングを要するチャンネルの場合は、セッティングとチャンネルの組み合わせで、高い効果が生まれることがあります。例えば、エイズ対策ではありませんが、米国では、歯科医院での対面式キャンペーンが禁煙促進に大きな成果をあげたという事例があります。エイズ関係では、トイレの内側の壁にポスターを貼る、コンビニでパンフレットを渡してもらうといった例があります。ここは知恵の絞りどころです。

資料の開発

ここでいう資料には、ポスターやパンフレットなどの印刷物以外にも、ビデオなどの視聴覚教材、面接や電話での言い方のマニュアル、マスメディアで流す情報の内容などが含まれます。

資料を開発する際には、以下のような様々な条件に配慮が必要です。これらの条件が損なわれると、メッセージは対象者に伝わりにくくなります。既存のものを利用する場合も、以下のポイントを考慮して選択する必要があります。

(1) 正確であること

ひとつの不正確さが、全体の信頼性を損なう恐れがあるので、表現、図表などに間違いがないように細心の注意が必要です。

(2) 最新の情報を用いる

古い情報を使っているのは、実施者の力量ややる気を疑われます。

(3) 一貫性があること

啓発プログラムで使う資料の間でメッセージに食い違いがあってはいけません。例えば、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、対象者は混乱してしまいます。これは実際にあったことです。

(4) 統一性があること

資料間（ポスターやパンフレットなど）でデザインを共通にしたり、ロゴを用いた

りすると、キャンペーンの統一感が高まり、プロンプト効果（思い出させる効果、20ページ参照）や信頼感などを生じる効果も期待することができます。

(5) 情報過多を避ける

資料の内容は厳選し、調査等の結果、すでによく知られているとわかった内容は省きます。印刷物なら内容を厳選し、視聴覚教材も対象者にとって長すぎないものにします（例：人が集中できるのは、10-15分程度です）。消費者情報処理モデル[3,7]によれば、情報は処理できたものだけが知識化されます。情報が多すぎると、結局何が重要なかがわからなくなり、記憶に残らなくなってしまいます。

(6) 対象集団に関心に合致したもの・ふさわしいものを

対象者によって、価値観や文化や嗜好が異なります。印刷物ならデザインや色、言葉使い、視聴覚資料なら、音楽や声などについて、対象者の好みを把握しておく必要があります。方言や風物など地域性を加味することが効果的なことがあります。内容については、メッセージのところで述べたポイントに配慮が必要です。

(7) 信頼の置かれるものを

内容の信頼性を高めるために、用いるデータは、信頼できる専門家や機関のものを用い、データの出典を明示する必要があります。

(8) サイズを工夫する

パンフレットの場合、大きすぎたり、厚すぎたりすると、持ち運びにくいいため、対象者や置く場所によっては、受け取る人が減る可能性があります。目的によってサイズの工夫が必要です。

ポスターも、大きいものは、広い空間に適しますが、掲示できる空間や時間が限られるという欠点があり、小さいものは大きい空間には向きませんが、逆に掲示場所を選びやすく、また長い時間掲示できる場合があります。予算が許せば両方、一方なら目的や条件に応じて選択します。

(9) 読みやすい(見やすい)ものを

いい内容でも、読みにくい(見にくい)資料からはメッセージは伝わりにくくなります。くどい表現、専門用語の多用、長い文章は避けねばなりません。また、内容が羅列ではなく、読みやすい流れになるよう工夫が必要です。グラフや表は、その作り方や対象者によっては理解が難しい場合があります。年齢の高い層には、字の大きさに配慮が要ります。フォント、レイアウト、色使い、材質などについても、慎重な配慮が必要です。

(10) プレテストをする

資料は大量に作成する前に、対象者にプレテストをして、上記の条件が満たされているかどうかを確認する必要があります。その際、対象層の平均的メンバーに近い

人を選択することが大切です。また、配布の可否を左右する人々(セカンドオーディエンス)がいる場合には、それらの人々もプレテストの対象に加えねばなりません。プレテストは、原稿の段階と、仕上げの段階の両方で行う必要があります。

サービスの改善

啓発の目的がサービス(例:検査や相談)の利用を高めることであれば、サービスの質を改善しなければなりません。いくら優れた啓発プログラムを作っても、サービスの質が悪いと効果を発揮することができません。サービスを行う場所、サービス空間の雰囲気、時間帯、対応などを点検して問題があれば改善し、それを啓発プログラムの中で伝える必要があります。その際も、対象者からの意見を求めておくことが大切です。

〈5〉どのように行うか

マルチチャネルで

様々なチャネルがあることを述べましたが、ひとつのチャネルだけでの啓発には限界があります。ビジネスの世界のマーケティングがそうであるように、マルチチャネルで啓発するのが効果的です。同時に、そして持続的に、できる限り多様なチャネルを用いることが大切です。

プロンプト効果の活用

街中で、同じ製品の宣伝をポスターや看板などで何度も眼にすることがあります。また、同じ宣伝がテレビで日々繰り返されています。これは、プロンプト(想起)効果を利用したものです。一回だけの情報では忘れられてしまうので、繰り返しインプットすることによって、記憶と関心を維持させようとしているわけです。啓発も同じで、年に一度のキャンペーンではやがて記憶も関心も薄れていくので、継続と反復が必要です。また、ポスターやパンフレットを同じデザインで揃えたり、あらゆる資材に共通のロゴを用いたりすれば、プロンプト効果を期待することができます。

オピニオンリーダー (キーパーソン)の活用

情報は、対象者の中のオピニオンリーダーにまず受容され、それが、その人のネットワークを通じてそれ以外の人々に伝わっていくという二段階で広がる場合に影響力が大きいことがわかっています。これを**情報拡散モデル**[17]といいます。これは、オピニオンリーダーを介することによって、情報の信頼性やインパクトが高まるからです。

この理論に基づけば、まず、その対象者集団の中のオピニオンリーダーを対象に、啓発を行うというやり方が有効であることになります。例えば、町民に対して啓発を行う場合には、町内の顔役の人を対象に、会社を対象に啓発を行う場合には、管理職を対象にまず啓発を行うことなどが考えられます。ただし、役職・役員が名目的で必ずしもオピニオンリーダーでないこともあるので、注意が必要です。

ロールモデルの活用

著名人をキャンペーンに用いることがあります。これは、キャンペーンへの関心を集めるためと、ロールモデルとしてメッセージが伝わりやすくなることを期待するからです。後者の観点からは、人気だけではなく、対象者からの信頼、共感、あるいは尊敬が得られる人物かどうかについて、

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 Condom が予防にいいと言い、一方で Condom 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ール(実施計画書)を作成します。プロトコールは、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える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っていますが、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、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 _a O _b	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 _a -X-O _b	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 _a 1-X-O _a 2 O _b 1 O _b 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わ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年度報告書収載
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,

付録:グロッサリー

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。

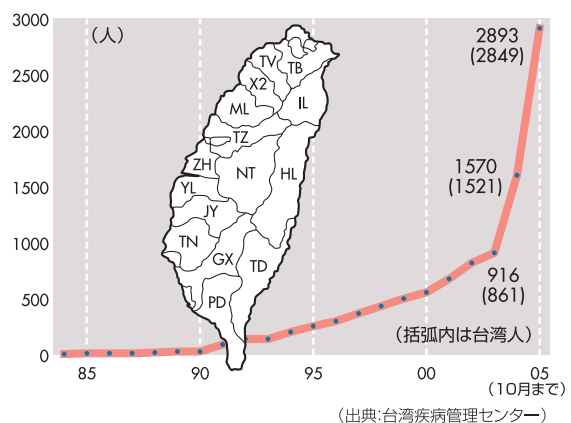
2. ソーシャルマーケティング (social marketing)

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向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