

特集：予防

保健に関する予防介入と倫理的課題：Nurit Guttman の考察

池上 千寿子

NPO 法人ぶれいす東京 代表

キャンペーンや教育による予防介入は、「人々の健康を促進し命を救うという事業であり、本質的によいことである。」

予防介入に携わる者にとって、このことは「自明の理」とされ、介入自体（本質）についてはあまり問われないが、果たしてそれでいいのだろうか？

この刺激的な問いにまっこうから挑んだのが Nurit Guttman である。彼女はイスラエルを中心に喫煙、エイズ、薬物乱用の予防についてポピュレーション・アプローチ（集団への対策）から取り組んできた人である。1989 年以来とくに介入の倫理課題（Ethical issues）をテーマに考察を重ね “Public Health Communication Intervention: Values and Ethical Dilemmas”（2000）にまとめた。本稿は、この著作から触発された者として、可能な限りそのポイントを紹介することを目的としているが、微力はまぬがれず是非原典にあたることをお薦めする。

「Work for health」は Value-free ではない

著者の定義する保健介入とは、人々の信条や行動あるいは環境に望ましい変化をもたらすことで2つのことを意図する。ひとつはリスクな行動や環境の修正、ふたつには健康を促進するための行動変容と環境整備。この目的のために2つの介入タイプがある。ひとつは個人レベルの行動変容に焦点をあてるタイプ、もうひとつは社会のシステムや制度の変革に主眼をおくタイプである。

ところでこのような「work for health」は以下の点を前提としてきた。

- 人々の健康を促進することは個人および社会に貢献することである。
- 個人の行動を変容するためにコミュニケーションという手法をとることは、複雑かつ根深い健康問題を解決するためには最適な手法である。
- このアプローチは特定の価値観にとらわれない中立的なものである。
- コミュニケーションによる説得的な介入手法をもたらす結果は、健全な社会をつくるという文脈で必ず受容されるものである。

るものである。

ところが著者は、以上のすべてに「？」をつける。介入自体中立（value-free）ではありえないという。ではどのように価値が介入するのだろうか。著者は10のポイントをあげている。

① 予防介入の目標（goal）は意図的に選択されている。

たとえば HIV/AIDS エイズ予防の教育プログラムにおいて、コンドームの使用というより伝統的価値観（一夫一婦の遵守など）をもりあげるための情報が提供されたりする。伝統的価値観を表面にはださずに nonjudgemental な情報提供がなされたとしても具体的予防方法にはふれていなかったりする（Ostaria & Sullivan, 1991）。予防を促進するためにどんな戦略が採択されるかは、社会的政治的要因と関係している。

② 介入メッセージには不公平な強調がある。

たとえば「心臓疾患の予防のために適度の運動を実践する動機付けをおこなう」という予防介入では個人の動機ばかり強調され職場環境そのほかの要因は無視されがちであり、運動をしない（できない）人を排除しかねない。

つまり、予防介入自体を分析の対象とすることには2つの倫理的使命がある。それは介入プロセスでおこりうる「ゆがみ」に着目することができ、無視あるいは軽視されている議論をあぶりだすことによって、介入自体が有効だという仮説を考察しなおすことである。

③ 「問題」が定義される方法は多様であり、介入者の定義はそのひとつにすぎない。

たとえば、アメリカで 60-70 年代に若年妊娠が「社会問題」とされたが、同時期に若年女子の妊娠出産が増加したわけではない。むしろ未婚の母子への福祉予算の増加、性のモラル、周産期死亡率などで問題が定義された。そもそも何歳ならばセックスをしてよいか、親になってよいかということのはつねに文化的定義の問題である（Rhode, 1993-94）。貧困層の疾患による死亡率が高いという問題を生物医学的に定義すれば衛生対策が選択され、貧困が原因と定義されれば社会経済政策が解決策に採用される（Hamlin, 1995）。

定義の方法により、対策はちがってくるし、たとえ「教育」という同じ対策を採るにしてもその内容は水と油にも

著者連絡先：〒169-0075 東京都新宿区高田馬場 4-22-46-304
特定非営利活動法人ぶれいす東京

2004 年 7 月 16 日受付

なりうる。

④ 問題の原因をどう解釈し、いかに伝達するかには価値が介在する。

たとえば「テレビのジャンクフード広告は子どもの食生活に影響するか」と問えば、メディアと市場という介入関係者 (stakeholders) は自明とされたままであるが「子ども市場を狙ったジャンクフードのテレビ広告はすべきか」と問うことで問題の原因を個人レベルではなく構造レベルで捉えると、価値の介在がより明白にみえてくる (Tesh, 1988)。

⑤ 予防介入ではターゲット層の価値観は行動変容戦略を開発する目的で研究されるが、介入者の価値観は研究されない。

たとえば、HIV/AIDS 予防プログラムでは介入者やスポンサーがあからさまな性表現をしないという価値観を重視するためにおうおうにしてピンボケになる (Ratzan, Payne, & Massett, 1994)。とくに性感染を売買春や婚外性交にだけむすびつけると男性がより若い少女を性的対象にすることを促し、少女のリスクを増加しかねない (Schoepf, 1992)。行動変容のためによく使われる説得的教育戦略は1部の人々の命を救うかもしれないが、他の人々の命を危険にしたり人権を侵害しかねない。介入者はこの倫理的ジレンマを背負っている (Faden, 1987) ことを忘れてはならない。

介入においてなぜ他ならぬ特定の価値観が重視され説得されるのか検証する必要がある。

⑥ 問題は何であれ、介入戦略には価値が介在する。

予防介入ではターゲット層は特定の行動や態度の変容を「すべき」で「できる」と仮定され、このような変容はターゲット層にとって利益になると仮定されるが、介入者はターゲット層にとっては部外者であり価値観も違う (Jaccard, Turrisi, & Wan, 1990) かもしれない。介入プロセスは社会的コントロールであり (Salmon, 1989)、立場によって優先順位も価値観のセットもちがうという本質的矛盾を内包している。

⑦ 介入の目的に関わらず特定の戦略的アプローチが好まれる傾向がある。

保健予防介入ではソーシャルマーケティング型が主流である (Salmon, 1989)。ソーシャルマーケティング型は、社会的に注意を喚起し、個人の行動変容の動機付けをし、そのスキルを学習するというもので、より有効なメッセージを開発するためにターゲット層の価値や優先順位を研究し、個人の行動変容モデルによって個人レベルの問題におきかえ、情報が不足だから提供しようという「情報不足モデル」で解決策を定義している。しかし、保健問題の本質は個人の行動変容レベルではおさまらない社会的経済的文

脈のなかにある (Blane, 1995)。

ソーシャルマーケティング型では、人々が保健システムに平等にアクセスできることを前提にしているが、この前提は現実には通用しない。特定の介入モデルがなぜトレンドなのか、特定の結果だけがなぜ重視されるのかを検証しよう。たとえば減塩製品が市場に出回ることが、塩分の過剰摂取という健康問題を伝達する最適な手段だという仮説がソーシャルマーケティング戦略の採用と関係しているのだろうか？ マーケティングの専門家が予防介入に参加する場合は、問題の定義と解決が特定の方法でなされるのか否か検討してみよう。

⑧ 評価基準の選択には価値が介在する。

たとえば、「乳がんの早期発見のためにマンモグラフィを普及させる」という介入戦略では、恩恵をこうむるのは、保険でマンモにアクセスできる女性、マンモメーカー、マンモを設置できる医療機関である (Schechter, Vanchieri, & Crofton, 1990)。全女性がマンモにアクセスできることを評価基準におくところが提言がみちびきだされるかもしれない。プログラム評価は介入プログラムの公式の目標にあわせて介入者の問題定義にそって実施されるが、それ以外の評価基準もありうる。

⑨ 介入戦略はその潜在的有効性によって選択されるとは限らない。

たとえば、HIV/AIDS 予防介入では、コミュニケーションによる説得的教育手法が採択されやすい。これは行動変容にとってもっとも有効な手法とはいえないが、性という sensitive なテーマを扱うために多くの関係者がうけいれやすく現行のシステムを変更しないですむという理由で採択されやすい (Wallack, 1990, Salmon, 1992)。HIV 予防では注射針無料交換が有効とわかっていても行政はふみだしにくい (Vlahov & Brookmeyer, 1994)、性教育では禁欲を強調するという妥協の産物が採択されがちである (Hennenberger, 1992)。

つまり、介入戦略はその有効性で選択されるとは限らず、その評価は介入者の定義や価値観に左右される。したがって効果評価についてスタンダードな量的指標以外の質的考察も必要であり、実際に何が達成され、何が達成されなかったのかという視点は評価指標の開発に有効だろう。

⑩ 介入とは、個人や集団に変化をもたらすべく計画された意図的な活動であるから、本質的に対立する価値や倫理的ジレンマをかかえこむ。

たとえば、予防できなかった (しなかった) 人を自業自得と排除したり、スティグマを強化する。健康を個人の責任にだけしてしまうことで介入メッセージから社会経済的環境的要因が排除される。「健康」を美德とすること自体一種のバイアスであり、病者をダメ人間とみなす victim

blaming)におちいりやすい。コミュニケーションによる社会コントロールはパターンリズムになりやすい。保健問題は生物医学的に定義されがちである、などなどである。

ここで必要なのは、隠されみえにくくされている議論や価値の対立、倫理的課題に着目すること。このことが、より有効な介入の展望をひらくことにつながる。

「科学」の限界

著者は、介入の正当性について10の根拠をあげ考察しているが、そのうちのひとつ「科学」について、その限界を指摘している。予防介入の目標と戦略について意志決定するために唯一信頼できる情報源あるいは手段として疫学データなど科学的手法がもてはやされている。客観的エビデンスが、健康リスクの定義、目的や戦略の選択を正当化する根拠に採用され、評価においても科学的データ指標が用いられる。しかし、科学的手法とは

- 計測するようデザインされたもののみ計測できる。
- 科学というツールで把握できたことを集めて示すだけしかできない。
- 部分を分析しそれを集合すれば全体が理解できると信じ

ることには限界がある。

- 全体は単純なステージの積み重ねの結果であると信じることに限界がある。
- 社会的政治的要因を無視する。

さらに著者は、予防介入を「個人責任モデル」「コミュニティ参画モデル」に大別しそれぞれを目標と戦略での位置づけによって4タイプにわけ、タイプごとに「介入者の立場(ターゲット層との関係)」「主な介入メッセージ」「現行システムとのかかわり」および「倫理課題」を具体例をひきながらまとめている。

著者は「介入者は意図したことを達成したのか」ではなく、まず「意図したことを達成しようと意図したのはなぜか?」を問い、「公的な目標ではなく現実に達成されたことは何か?」をみきわめることの重要性を指摘する。予防介入は望ましい変化を求め、システムと絡んで政策に影響することを意図する社会変化現象(social-change phenomenon)である以上、本質的に政治的であり倫理課題と不可分である。そのことをまず十分に認識すること、それが加入者に求められる基本姿勢であるといえるだろう。