

社会的健康とコミュニケーション ——介入をめぐる公衆衛生と倫理について——

池田 光穂

大阪大学COデザイン・センター

Public Health Communication:
A Medical Sociological Implication and Ethics

Mitsuho IKEDA

本稿において筆者は、公衆衛生におけるヘルスコミュニケーションを通した介入における倫理問題について論じる。まずヘルスコミュニケーションという用語の出現を1980年以降のプライマリヘルスケアやヘルスプロモーションのオタワ憲章の時期に求め、それ以降増加傾向があることを指摘した。コミュニケーションを介した公衆衛生活動のレポーターについて紹介した後に、この活動領域における規範的倫理の項目11項目に指摘した。また、それに関連する5項目の倫理的関与の領域を指摘した。このことから構成されるマトリクスを提示して、規範的倫理の項目の分布について理解することの意義を提示した。終章においてヘルスケアにたずさわる人たちが抱く価値自由で中立的な希望とは裏腹に、現実の公衆衛生政策の現場にはさまざまな価値負荷＝価値が介入することを、いくつかの実例をもって示した。そして、価値負荷するヘルスコミュニケーションの現場に、医療社会学者が関与してゆく可能性を示唆した。

キーワード：公衆衛生、ヘルスコミュニケーション、倫理、価値負荷（value-laden）

I. はじめに

筆者は、ヘルスコミュニケーションを通した介入（health communication interventions）における倫理問題について論じることとする。とりわけ焦点化されるのは、公衆衛生におけるコミュニケーション（＝パブリック・ヘルスコミュニケーション）のうち、公衆衛生領域におけるヘルスプロモーション活動における介入とその倫理についてである。本特集は「医療コミュニケーション」を扱っているが、筆者の理解によると、それは臨床現場におけるコミュニケーションないしは臨床コミュニケーション（clinical communi-

cation）を基調にした、医療関係者と患者（ないしは患者家族）のコミュニケーションのことである。それに対して、本稿でのヘルスコミュニケーションは、広義には「医療コミュニケーション」をも包摂する人間のヘルスケア活動一般にみられるコミュニケーション行為のすべてを指している（図1）。

これらのことを包括的に議論するためには、以下の課題をまずクリアにしておかねばならないだろう。

- (1) ヘルスコミュニケーションとは何かということに関する定義を明確にする。

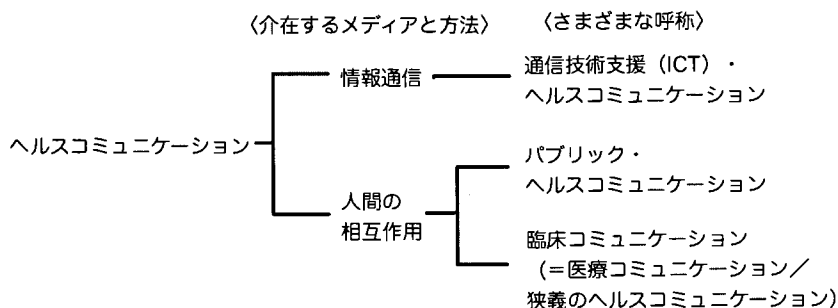


図1 ヘルスコミュニケーション概念の経験的整理（池田（2012）の改訂版）

そして、この議論の範囲について明確に示しておく必要がある。

- (2) コミュニケーションを通じた介入 (communication interventions) についての具体的な考え方の範囲について明確にする。
- (3) コミュニケーションを通じた介入にまつわる倫理的問題に関して、個別事象の検討から規範的アプローチの可能性について考える。とりわけ、正当化のための規範的項目と倫理的関与からなるマトリックスを検討すること。

私の関心は、公衆衛生における倫理問題の範疇と、保健行政における具体的な施策を倫理的介入であるとみた時に、何が焦点化され、なにが背景化されてしまうのかということにある。とりわけ、後者の「背景化」という事態は、介入そのものを、倫理的に問題を含まないと考える場合には、医療施策における倫理感覚の無自覚や欠如という事態を引き起こす可能性つまり危険性をもつことを指摘したい。その理由は、社会の特定あるいは不特定の集団に対する公衆衛生は、いかなる善意による正当化の手続きに基づいても、その時代や社会の価値概念に従属する＝価値負荷 (value-laden) という制約から逃れられないからである (Guttman 1996, 2000)。このような価値負荷の現象を背景化して、研究者に倫理問題を吟味することを忘却させてしまう理由のひとつに、公衆衛生学は価値自由な科学であるという研究上の思い込みがある。もちろん公衆衛生学を含めてあらゆる社会科学は、価値自由の科学になり得ないということを私は主張するものではない。むしろ介入をとおした政策に対して、事前／最中／事後の倫理的自己評価を施し、それらを政策過程や事後の総合的判断に還元することで、政策を実行する側の善的行為とその政策から恩恵をうける社会集団と構成員 (=個人) という全てのステイクホルダーに功利的な帰結をもたらすという価値負荷の科学がもつ利点について本稿では考察したい。この医療社会学的考察を通して、公衆衛生の実践的科学としての再定義に理論的に貢献する一助としたい。

II. ヘルスコミュニケーションとはなにか？

ヘルスコミュニケーションとは何かという問いについては、管見の及ぶかぎり10以上の定義がなされている (Schiavo 2007: 8-10)。2010年に設立された日本ヘルスコミュニケーション学会は「ヘルスコミュニケーション学は、医療・公衆衛生分野を対象としたコミュニケーション学」と解説している。換言すると、ヘルスコミュニケーションは、医療・公衆衛生分野を対象としたコミュニケーションのことである。同じサイトにあるウェブページに従うと「医学研究の成果を…分かりやすく正確に伝えるということ」、「関係者がお互いに伝え、受け取る、双方向のコミュニケーション」、「患者との良好なコミュニケーションが患者満足度の向上、紛争の予防・解決に結びつき」、「職員のやる気・能力を高め、組織内の紛争を防ぐためにもコミュニケーションが果たす役割は重要」であると記されている (日本ヘルスコミュニケーション学会 Online 2016)。これによると、コミュニケーションがうまくいくと、患者は満足し、患者が医療者に仕掛ける紛争は回避できるということになる。そして、職員同士の仕事のパフォーマンスをも高めるものとされている。その理由は、同サイトには示されていないが、コミュニケーション過程における良好さは、それぞれの人間関係の良好さであると想定されているようだ。

他方、米国の疾病予防研究センター (CDC) の定義では「健康を増進する個人とコミュニティの決定に情報や影響を与えるコミュニケーションの諸戦略の研究と利用のこと」と規定している (Schiavo 2007: 8)。この定義では、コミュニケーション手段を、ヘルスプロモーションをはじめとして人びとの健康のために功利主義的な道具として利用すると記されている。これはソーシャル・インクルージョンを含む、あらゆる保健施策に関わる関係者の動員に関わることをであることを示唆している。ソーシャル・インクルージョンは、社会的排除という現象に対して行政の対処政策および当事者の抵抗戦略として登場してきた。そのため米国におけるヘルスコミュニケーション政策は、動的な保健医療福祉政策

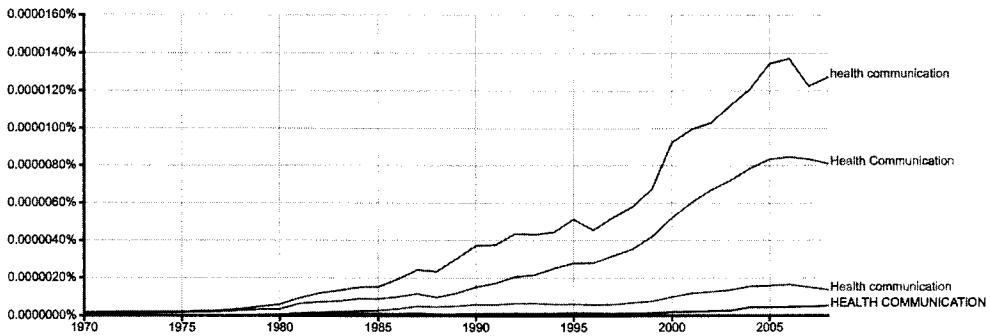


図2 Google Ngram Viewerによる 'health communication' 語の書籍出現頻度

のシンボリック存在だと位置づけられている。これに対して、日本のヘルスコミュニケーションではコミュニケーションを〈人間関係を円滑にする方策〉というふうに理解されている。そして日本ヘルスコミュニケーション学会のように、医療官僚や医療専門職向けに、その速やかな必要性を説き、かつ既存の医学教育にいち早く組み込まれることを望んでいるかのようである。

1996年WHOのある保健プログラムが作成した『ヘルスプロモーション用語集』(AMRO/PAHO 1996)ではヘルスコミュニケーションを次のように説明している。つまり「ヘルスコミュニケーションは、公的なアジェンダにおける健康の関心事に対する情報を人びとに提供し、重要な保健課題を維持するための主要な戦略のことである。大衆に有益な保健情報を普及するために、マスメディア、マルチメディアあるいはその他の技術的イノベーションの利用は、健康の進展に重要なだけでなく、個人および集団の健康の特異な側面への気づき(アウェアネス)を増大させる」と。この定義の第1センテンスは、Schiavo (2007)が彼女の著作のなかで引用しているオーストラリアのニューサウス・ウェールズ州政府保健局[2006年]の定義と全く同じである(Schiavo 2007: 8)。つまり10年間変化していない。このような一連のオリジナルの定義がなされた時代は、世界の先進国でインターネット革命が次第に進行している時期である。今日的なインターパーソナルなコミュニケーションの強調よりも、ICT技術の到来により多くの期待感を寄せているようにも思える。

さて最初の定義より遡る約10年前、1986年に採択されたヘルスプロモーションのためのオタワ憲章では、コミュニティという言葉は重要な用語として文書の中でたびたび使われているが、コミュニケーションという言葉は一度たりとも使われていない。ただし、ヘルスコミュニケーションという用語は1980年ごろから使われ出して、徐々に専門家の間に膾炙していったように思われる。ちなみに手元のGoogle Ngram Viewerにおけるhealth communication語彙の書籍における出現頻度のトレンドをみると、1980年から徐々に増加しはじめ、1985年から2005年まで20年間に直線的に増加し増加倍数は約9倍になっている(図2)。

Ⅲ. コミュニケーションを通じた公衆衛生的介入について

公衆衛生による介入は、公衆衛生の価値概念に負荷されている(value-laden)。したがって、個々の公衆衛生的介入と、それらが前提とする価値概念の関係を明確にしておく必要がある。公衆衛生領域においては、さまざまなコミュニケーション的介入がおこなわれる。どのようなものがあるだろうか、その活動や施策を列挙してみよう(大北(2014: 209-214)に筆者が項目を加筆)。

- 1) 薬剤投与や予防接種などにおけるインフォームド・コンセント
- 2) 薬剤を用いない調査、通告、隔離などの介入
- 3) 認識の啓蒙や行動変容を目的とするヘルスプロモーション(健康増進活動)

- 4) 汚染物質調査や媒介動物病対策における環境施策の際の説明
- 5) その他(例: 厚労省や世界保健機関施策の啓発等)

公衆衛生におけるコミュニケーションの倫理について考える前に、まず公衆衛生について考えてみよう。公衆衛生とは、人間の生存権を根拠にして個人と集団の疾病を予防し健康を増進する総合的な施策のことをさす。このもとでのコミュニケーションとはどのような機能があるだろうか。まず(a)「社会のなかの特定の集団に介入する行為としての公衆衛生」はその施策の実行のためにコミュニケーション手段を道具として利用する。他方、公衆衛生は疾病を予防し健康を増進するために、(b)「公衆衛生そのものがコミュニケーション行為である」という側面がある。マルクスやエンゲルスが提唱した社会運動としての共産主義の語源は、ラテン語の *communis* から由来し、これは私有財産の廃絶からくる共通のもの(コモンズ)という意味があるが、そこには人類の共通の理想としての共通・共感・共同という一体性が共有される。後者の「コミュニケーションとしての公衆衛生」とは、疾病を予防し健康を増進するという人類社会共通の目標に向かうモデルとして考えることもできよう。

さて、前者の「ツールとしてのコミュニケーション」に戻ろう。公衆衛生におけるコミュニケーション行為は、ただ一方的に情報を伝えるのみならず、それらが効率的に伝わったかどうかの証明や検証のみならず、そのコミュニケーション行為の帰結として、どのようなアウトカムが産出されたのかに、施策者は関心をもつ。もちろん、公衆衛生プログラムに関わるすべての人たち、すなわちステイクホルダーは、その施策が適切に運用されれば、その帰結として良好な結果(アウトカム)が産出されることを期待している。

このようなアウトカムは一般には解決(solution)と呼ばれる。解決にはさまざまなレベルがあるに違いない。すなわち、(a)個人のレベル、(b)組織的なレベル、(c)コミュニティ・レベル、(d)市場レベル、(e)構造的あるいは制度的レベル、(f)文化的ある

いは社会規範的レベル、という便宜的に6つのレベルを示すことができる。もちろん、それぞれのレベルの事象は相互に関連していることは言うまでもない。

例えば、WHOが推奨している結核治療対策であるDOTS(直接観察に基づくショートコース治療、directly observed treatment, short-course)は、基本的には、個人に介入し個人が治癒すること(a)を目的にする方法である。しかし、この解決は、結核対策の部局の組織的で制度的な計画立案(bとe)が欠かせない。しかし、結核は感染症であり、対象者への投薬管理だけではなく、感染予防や啓発のためのコミュニティ・レベルでの活動(c)も不可欠になる。公的資金でおこなうにせよ自己負担(一部)を含めるにせよ、薬剤の調達には市場メカニズム(d)の利用や納入価格の調整が欠かせない。DOTSは、従来の投薬忌避や中断というコンプライアンスの悪いケースに対するフェイルセーフ的な方法で登場したが、この政策を浸透させるためには、医療社会学者や医療人類学者を動員して、西洋医薬の投薬行動に関する行動学的観察や、結核や医薬品に関する従前の文化的規範(f)についての知識が不可欠である。また、政策のより丁寧なフォローアップのためには、コミュニティの人たちがもつ伝統的な価値観への影響調査(aとf)が引き続き必要になるかもしれない。

もちろん、DOTSは、現場では服薬の直接観察だけに焦点が絞られた地域活動をおこなう看護師への管理ルールという機能的側面のみが重要であり、患者の文化的規範(f)の状況把握などはないがしろにされている可能性がある。もしそうであるならば、DOTSという政策は、市場(d)と(e)制度が支える治療薬とスタッフが供給されなくなると、途端に持続可能性がなくなってしまう——つまり(a)個人と(f)社会の福利に打撃を加える——脆弱な医療プログラムになってしまう。したがって、公衆衛生におけるアウトカムを期待する一連の全部の領域の水準と行動に、倫理的要素が絡んでくるのである。

IV. コミュニケーションを通じた介入にまつわる倫理的問題について

公衆衛生におけるコミュニケーションの倫理に適うのみならず、一般的に他者に働きかける実践行為全般には、正当化のための規範倫理の項目の整備が不可欠である。規範倫理の項目については、以下のような11項目の原則が指摘されている（Guttman 1996: 370-377）。

- (1) 善行あるいは善きことをなす (Beneficence, or Doing Good)
- (2) ケア (Care)
- (3) 有害回避あるいは危害を加えない (Nonmaleficence, or Doing no harm)
- (4) 自律性とプライバシー (Autonomy and Privacy)
- (5) 個人の責任 (Personal Responsibility)
- (6) 市場原理の容認 (Market Autonomy)
- (7) 公共善 (The Public Good)
- (8) 功利性、効率性、あるいは最高善 (Utility, Effectiveness or the Maximum Good)
- (9) 正義と妥当性 (Justice and Fairness)
- (10) 科学的妥当性 (Science)
- (11) 自己実現性 (Self-actualization)

これらにおいて、読者には良く知られているもので、説明を要するものはほとんどない。ただし我が国の公的な保健医療制度に馴染んだものには、分かりにくいと思われる、(6)の市場原理の容認について簡潔に解説しておこう。市場原理の容認とは、じつは個人の責任や自律性と関連している。つまり、近代市民社会では、人間は自律的で自由であり、さまざまな機会選択の自由があり、その選択は個人の責任においてなされている。

日本では公的医療保険制度が充実されているために、同じ診療内容に対しては保険点数に応じた経済的負担が課せられる点で平等で

選択の余地がない。しかし、医薬分業にみられるように、医療機関の選択と同様に、処方せんがあれば、保険医療に指定された薬局にて購入することができるし、ジェネリック医薬品の選択が可能であり、そのことについては医療者は説明責任が負わせられている。医療機関の多くがプライベートセクターにより運営されており、どの医療機関に受診するかは、患者に選択の自由がある。これらは、公的医療保険制度のもとでも、医療の運営主体は、市場原理にもとづいて運営されていることの証左である。日本の世論公論とは異なり、またさまざまな公的制度により管理監督が必要であると指摘されているにも関わらず、世界の多くの経済学者や政策担当者たちは、近代医療制度は良好な市場制度のなかで、その質の維持が可能になったと主張している。ヘルス（健康）は他の商品とは異なる性格をもつためにヘルス経済学——実際はヘルスケア産業経済学（Arrow 1963: 941）——は独自の市場メカニズムをもちながら、同時に競争原理と社会的選択によって効率的な管理システムが機能していると言われている（Arrow 1963; Meltzer 2001）。

さて先の11項目の原則の説明に戻ろう。これらはアプリアリにこれらの一連の規範を、個々の状況において当てはめて、それに適格であるかどうかについて判断を下すための指標（indexes）になるものである。もちろん指針であるので、個々の状況でその指標を用いて判断する場合、成員の意見が食い違ふことがある。例えば、ジカ熱の流行において小頭症との発生の疫学的理由により住民に警報するのがよいのか、それとも病理的証明を待つべきなのか？ HIVの流行においてその地域や国で販売権が認められない治療薬の緊急援助を公共善に照らして容認すべきなのか？——これらの状況はそれぞれの指針ごとにおいて評価が二分することを指す。

それではこのような規範と、レトロスペクティブな問題探究やプロスペクティブな課題模索は、それぞれどのような点で交差するのだろうか。私は、ヘルスコミュニケーションにおける倫理的関与（ethical concerns）として、どのような具体的関与

をおこなっているのかをナリット・グートマンの2つの著作を参考に、現象論的にその5項目をまとめてみた (cf. Guttman 1996: 377, 2000: 94)。

(a) 内容への関与 (Content concern)

内容への関与において倫理的に問題化されるのは、内容の表現が正しく適切におこなわれているか、正確であるか、虚偽はないか、不利益が被ることについてきちんと説明されているか、自律性を損なったりプライバシーに抵触する危険性があれば表現されているかということである。(とりわけヘルスコミュニケーションにおいては) メッセージ内容に、犠牲者非難をもたらすようなものが含まれていないかが重要になる (Becker 1993; Marantz 1990; McLeroy et al. 1987)。

(b) 標的への関与 (Target concern)

公衆衛生施策は、保健的介入をおこなう集団を標的あるいはターゲット集団 (target group) に焦点化しておこなわれる。それはコミュニティの全員であることもあるし、特定の疾患や障がいを持っている人たちからなる「仮想的集団」であることもある。後者の場合は、コミュニケーション維持不足等により追跡を怠ると見失われることもある。この場合には、害を与えないことや、標的目標から外れてしまい便益を受けられないという不利益が生じる。他方で、標的化という行為が全体の集団から切り離されることによる不利益にも配慮しないとならない (Gruning 1989)。また標的という管理対象におくことで、プライバシーの保持において不正行為が発生する危険性がある。

(c) 経路への関与 (Channel concern)

コミュニケーションの経路 (チャンネル) とは、その介入において届く道筋のことを示している。したがって経路の末端に位置する標的集団内のステイクホルダーつまり本人の便益や有用性のみならず、本人の自律性にも関わる。また、コミュニケーション経路には、人や情報のほかに、商品流通も含まれるわけだから、市場原理の容認という点にも関わる

(Allegrante and Sloan 1986)。

(d) 制御への関与 (Control concern)

どのようにコミュニケーションが制御されているのかという観点と、コミュニケーションによる介入により、どのような集団 (ステイクホルダー内の分節) が制御されているのかという2つの観点が描出できる。ある種の専門家や権威が、コミュニケーションを介して制御されているとすると、それらの自律性が毀損されたり、逆に他者に害を起ささない原則に抵触する可能性がある (Tesh 1988; Zola 1972, 1975)。また近代医療が優勢な社会ではコミュニケーションの一方的な「交通」を介して医療化などの弊害がおこるが、それはステイクホルダーからみれば近代医療に日常生活が制御されていることに他ならない (Fox 1977)。

(e) 意図しない効果への関与 (Unintended Effects concern)

施策側はコミュニケーション的介入において正確さを期することが重要になるが、期せずして当事者に対してそのコミュニケーション行為が過剰な心配をもたらすことになる (Barsky 1988)。他方で、わかりやすさを優先して正確さを犠牲にするジレンマも回避しなければならない。また正確さを伝える努力は、近代医療の全能感というイメージをもたらすことになる (Callahan 1990)。これらは自律性や無害原則を逸脱して意図しない悪いメッセージやイメージをステイクホルダーに伝えることになる (Glick Schiller et al. 1994; McLeroy et al. 1987)。

これまで述べてきた、倫理的関与における上の(a)～(e)までのコミュニケーションがもたらす形態や機能は、先に述べた「正当化のための倫理規範の項目」がそれらのなかでどのように展開するのかマトリクス上にどのように分布するのか描くことができる (表1)。もちろん、これは一般的傾向をもつものであり、このマトリクスを空欄の表にすることで、個別の公衆衛生プロジェクトにおける倫理的課題や問題点の整理をおこなうことができる。

表1 正当化のための規範倫理項目と倫理的関与のマトリクス

正当化のための規範倫理の項目	倫理的関与 (Ethical concerns)				
	(a) 内容	(b) 標的	(c) 経路	(d) 制御	(e) 意図しない効果
1 善行あるいは善きことをなす (Beneficence, or Doing Good)				○	
2 ケア (Care)				○	
3 有害回避あるいは危害を加えない (Nonmaleficence, or Doing no harm)		○	○		○
4 自律性とプライバシー (Autonomy and Privacy)	○	○	○		○
5 個人の責任 (Personal Responsibility)	○			○	○
6 市場原理の容認 (Market Autonomy)			○		
7 公共善 (The Public Good)	○			○	
8 功利性、効率性、あるいは最高善 (Utility, Effectiveness or the Maximum Good)	○			○	
9 正義と妥当性 (Justice and Fairness)		○		○	
10 科学的妥当性 (Science)	○	○		○	○
11 自己実現性 (Self-actualization)			○	○	○

V. 「公衆衛生＝中立性の神話」をこえて

プライマリヘルスケアが世界的に謳われたアルマアタ宣言（1978年）から、ヘルスプロモーションのオタワ憲章（1986年）へ、ヘルスコミュニケーションのグローバリゼーションは、確実にすすんできている（池田 2006, 2012）。ヘルスコミュニケーションに基づく国際的な公衆衛生施策を、そのプラグマティズムの実践的帰結とみなす立場と、ソフトな社会統制の延長上に位置づける立場では、その倫理と社会的評価もまた、異なってくるだろう。

ヘルスケアにたずさわる人は、人びとの健康のために働くこと（work for health）は価値自由で中立的であり善行にもとづくよい行為をおこなっているという誘惑にかられる（Seedhouse 1988: 57, 2006）。公衆衛生学は集団の疾病学的な振るまいを疫学という価値中立を標榜する科学を利用して、この種の善行を実践すると思われてきた。その倫理的前提とは次のようなものがあげられる：(a) 健康の増進は個人にも社会の福利にも貢献するものである。(b) 個人の行動変容を促すにはコミュニケーションへの介入が不可欠であ

る。(c) コミュニケーションへの介入は、特定の価値観にとらわれない中立的なものを目指すべきである。(d) 中立的なアプローチを採用すれば、かならず個人や社会の受容や賛同を得られるはずである（池上 2004: 32）。しかしながら、筆者が本稿の執筆において多大な影響を受けたグットマンによると、これらの前提は非常に怪しいものになる。彼女は以下に述べる6つの価値（1～6.）の領域における10の提案（1～10）を掲げて、これらの前提を再考するように我々を促している（Guttman 2000: 9-31）。

1. 分析の立ち位置

(1) 結果を前提とした分析計画：公衆衛生コミュニケーションの介入の多くの分析が、すでに与えられたゴールとして受け入れられている。そのような介入は社会的現象であるがゆえに『なぜある特定のゴールが選ばれたのか』ということに私たちは探究する必要がある（Guttman 2000: 9）。HIV/AIDS 予防教育プログラムには、その社会の倫理規範（例：一夫一妻制や異性愛に基づく婚姻）が前提にしているが、そのような価値観は政

策の表面には出てこない。

(2) 例外を排除した想定集団の存在：隠された議論、暗黙の要求、倒錯した代表性が、公衆衛生コミュニケーションの介入のメッセージには含まれている。戦略的なアプローチにみられるようなものがそこにはないのである（Guttman 2000: 11）。心疾患予防に適度の運動という介入措置がなされるが、運動機会をとれない就労条件や運動ができない障害者の予防の問題は不問にされる。

2. 問題の定義

(3) 問題の狭量化：その介入方法に従えば、保健に関連する事象（Susser 1974）に枠組みをつける幾つかの方法のうち、ただひとつを問題が定義される方法として代表するだけのものがある（Guttman 2000: 12）。若年者の喫煙が問題になっても、当事者のリスク回避よりも社会的コストや未成年のモラル遵守が焦点化されることがある。

(4) 価値概念を無視した問題設定：健康関連問題の原因についての疑問やそれをどのように扱うのかは、価値概念に埋め込まれている（Guttman 2000: 17）。高カロリーの清涼飲料水のテレビ広告が購買行動にどのように影響を与えるかという問題はメディア関係者の議論だが、公衆衛生関係者は消費者たちに高カロリー飲料の摂取を控えるように啓蒙するのか、広告に規制をかけるなどの問題を複合的に考える必要がある。

3. 価値の問題

(5) 効率性の優先：ターゲット集団の価値は、効果的に行動を変えることができるかということに焦点化される。選ばれた介入のゴールや活動が前提としている価値は、十分に研究されてきたわけではないし、また介入のスポンサーになったものの価値でもない（Guttman 2000: 19）。HIV/AIDS予防プログラムで、性感染を買春や婚外性交だけにそのイメージを限定すると、若年者の活発な性活動の予防にはマイナス効果になる。また社会的コストを低下するものとしてプログラムを誘導すると、個人の福利を追求するステイクホルダーに対して倫理的には背反するこ

とになる。

4. 介入戦略と行動変容モデル

(6) 価値概念を無視した介入：どのような保健問題であれ、介入戦略は価値負荷している（Guttman 2000: 21）。介入者はターゲット集団に対して「予防できる」「予防すべき」であるという価値概念を滑らしてプログラムの中に入れてしまう。ターゲット集団は、その価値観の違いに戸惑い、最悪の場合には離反してしまう危険性をもつ。

(7) 最初に戦略ありき：介入に定められたゴールがあるにも関わらず、ある種の戦略的アプローチが介入者に好んで採用されることがある（Guttman 2000: 22）。この戦略アプローチにおいて好んで使われるのがソーシャルマーケティングアプローチであるが、これは個人や法人がおこなう利益追求型ではなく社会性をもたせる方法であり、公衆衛生的介入にも使われやすい。ただし、この目標は、個人や集団の行動変容を促すものよりも、ある情報について知識やその意義を普及する（＝啓蒙する）アプローチである。

5. プログラム評価

(8) 評価における価値概念：評価基準の選択は価値が介入する（Guttman 2000: 25）。乳がん発見のためのマンモグラフィー普及活動は、乳がんの早期発見早期治療をもたらすことでの女性の福利になる。しかし、このことが大きな社会的プログラムに発展すると、その便益者はすべての女性というわけではなく、マンモグラフィーに自由にアクセスできる社会階層の集団や、マンモグラフィー診断にたずさわる医療機関、あるいはその機器メーカーもまた恩恵を受けていることがわかる。公衆衛生における介入コミュニケーションは、このことを正確に客観的に伝えているというわけではない。

(9) 介入の対象集団選択の恣意性：介入戦略は、その潜在的な効果性にもとづいて選ばれるわけではない（Guttman 2000: 27）。HIV/AIDS予防介入では、ターゲット集団への教育的介入が優先して使われる。しかし、実際には若年青少年にはコンドームの使用法

になじませる方法が有効であるにも関わらず性道德のほうが優先されることがある。また途上国での感染予防のためには、注射針の無料配布のほうがいにも関わらず、初期においてはその導入は行政には躊躇された。これも私たちがプラグマティックな成果より、既存の価値に縛られてそちらを優先してしまうことの弊害が現れている。

6. 倫理的関与

(10) ジレンマの産出：個人や集団に対して変化をもたらすように設計された介入ゆえに、その対象になった個人や集団は対立する価値の葛藤や、倫理的ジレンマをもたらすことになる (Guttman 2000: 29)。介入は、当事者たちの保健信条モデル (Health Belief Model, HBM) に介入することになる。通常は、介入を通して行動変容が当事者の保健信条を変容させることに成功すればよいわけだが、当事者がその失敗を自分の責任に帰すると、自分自身を「弱い性格」とみなし、社会の犠牲者非難——例えばHIVに感染するのは本人に責任がある——というスティグマ付与などと相まって、自分の存在を自己犯罪化 (self-incriminalization) して、介入へのアクセスから離脱するという問題が生じる。

VI. 終わりにかえて

このように公衆衛生におけるコミュニケーション的介入はつねに価値負荷の状態にある (=「価値概念にまみれている」) ということについて自覚することが、今後のコミュニケーション行為にまつわる倫理的課題を照射することになる。それは例えば、公衆衛生の倫理的教育におけるタスキギー梅毒研究 (1932~1972年) を「倫理的に不公平で」あり「人種的マイノリティへの差別」とみなすのみならず、コミュニケーションにおける倫理上の問題と考え直すことを、私たちに促す。この事件は、約300名の黒人の梅毒検査陽性者を、その病名を告知せず (「悪い血」だと言われたのみ)、福利サービス (無料医療検査、食事提供、埋葬保険への加入) を受ける代わりに、1943年にペニシリン治

療が可能になっても治療的介入をせずに医療観察をつづけたことである (Savitt 2004=2007: 2505)。

そして、時代を現在に戻そう。アメリカにおける黒人と白人の間における臨床コミュニケーションの差異は、文化的民族的差異よりも両者が置かれている権力構造の差異であることを、Dula (2004=2007) は雄弁に次のように主張している。

「コモンウェルス財団 (Commonwealth Fund) が報告したところによれば、アフリカ系アメリカ人は、医師とコミュニケーションをとることが、白人よりもずっと難しくなりがちで、保健医療を受ける際に軽蔑されながら治療されているとすら感じるということを報告している。医師と患者との関係は、コミュニケーションの質や、健康上の成果に影響を及ぼす。医師と患者とのコミュニケーションは、1つの重要な生命倫理の問題であり、情報が集積された分厚い本を何冊も生み出してきた。アフリカ系アメリカ人の患者の場合、保健医療へのアクセスが乏しければ乏しいほど、自分の主治医との議論が乏しいものとなり、診療にも参加しなくなる。多くの場合において、定まった主治医をもたない黒人は白人よりも多いため、意味のあるコミュニケーションは全くない。」 (Dula 2004=2007: 1926 傍点は引用者)

彼女の主張は医療社会学者ではなく、生命倫理学者やコミュニケーションの専門家に向けられたものである。しかしだからと言って医療社会学者は、彼女の審問に応答する必要はないだろうか。本稿の読者におかれては、もはや誰もそう思う者はいまい。ここにおけるコミュニケーション上の問題は、医療サービスをめぐる資源配分の人種・民族的不均衡に由来するものである。そして、彼女の文章は、黒人の臨床コミュニケーションを成り立たせる背景にある社会経済政治的問題について、何らかの解決を求める問題提起である。そしてこの記述は、研究者間に道德的覚

醒 (standing up for justice) をうながすコミュニケーション行為である。医療社会学者は、社会と人びとが取りむすぶヘルスコミュニケーション介入の場面に立ち合う際においても、そのコミュニケーション過程が内包する社会的問題について道徳的にも考えることを要求されていると言っても過言ではない。

引用文献

- Allegrante, J. P. and Sloan, R. P. 1986, "Ethical Dilemmas in Workplace Health Promotion," *Preventive Medicine*, 15(3): 313-320.
- AMRO/PAHO 1996, *Communication, Education and Participation: A Framework and Guide to Action*, WHO (AMRO/PAHO), Washington (<http://www.add-resources.org/who-amro.80584.en.html>).
- Arrow, K. 1963, "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care," *The American Economic Review*, 53(5): 941-973.
- Barsky, A. J. 1988, *Worried Sick: Our Troubled Quest for Wellness*, Boston: Little, Brown.
- Becker, M. H. 1993, "A Medical Sociologist Looks at Health Promotion," *Journal of Health and Social Behavior*, 34(1): 1-6.
- Callahan, D. 1990, *What Kind of Life: The Limits of Medical Progress*, Washington DC: Georgetown University Press.
- Dula, A. 2004, "Bioethics: African-American Perspectives," S. G. Post ed., *Encyclopedia of Bioethics* (3rd ed.), New York: Macmillan. (=2007, 「生命倫理 (アフリカ系アメリカ人の観点)」生命倫理百科事典翻訳刊行委員会編『生命倫理百科事典』東京: 丸善, 1921-1927.)
- Fox, R. C. 1977, "The Medicalization and Demedicalization of American Society," J. H. Knowles ed., *Doing Better and Feeling Worse: Health in the United States*, New York: Norton, 9-22.
- Glick Schiller, N., Crystal, S. and Lewellen, D. 1994, "Risky Business: The Cultural Construction of AIDS Risk Groups," *Social Science & Medicine*, 38(10): 1337-1346.
- Gruning, J. E. 1989, "Publics, Audiences and Market Segments: Segmentation Principles for Campaigns," C. T. Salmon ed., *Information Campaigns: Balancing Social Values and Social Change*, Newbury Park, CA: Sage, 199-228.
- Guttman, N. 1996, "Values and Justifications in Health Communication Interventions: An Analytical Framework," *Journal of Health Communication*, 1(4): 365-396.
- Guttman, N. 2000, *Public Health Communication Interventions: Values and Ethical Dilemmas*, London: Sage.
- 池田光穂, 2006, 「グローバルポリティクス時代におけるボランティア——〈メタ帝国医療〉としての保健医療協力」『地域研究』7(2): 169-182.
- 池田光穂, 2012, 「ヘルスコミュニケーションをデザインする」*Communication-Design*, 6: 1-16.
- 池上千寿子, 2004, 「保健に関する予防介入と倫理的問題——Nurit Guttmanの考察」*Journal of AIDS Research*, 6(3): 32-34.
- Marantz, P. R. 1990, "Blaming the Victim: The Negative Consequence of Preventive Medicine," *American Journal of Public Health*, 80(10): 1186-1187.
- McLeroy, K. R., Gottlieb, N. H. and Burdine, J. N. 1987, "The Business of Health Promotion: Ethical Issues and Professional Responsibilities," *Health Education Quarterly*, 14(1): 91-109.
- Meltzer, M. I. 2001, "Introduction to Health Economics for Physicians," *Lancet*, 258(9286): 993-998.
- 日本ヘルスコミュニケーション学会 Online (2016年7月3日取得, <http://healthcommunication.jp/>).
- 大北全俊, 2014, 「公衆衛生の倫理」伏木信次・霜田求・榎則章編『生命倫理と医療倫理』京都: 金芳堂, 205-215.
- Post, S. G. ed. 2004. *Encyclopedia of Bioethics* (3rd ed.), New York: Macmillan.
- Savitt, T. L. 2004, "Minorities as Research Subjects," S. G. Post ed., *Encyclopedia of Bioethics* (3rd ed.), New York: Macmillan. (=2007, 「被験者としてのマイノリティ」生命倫理百科事典翻訳刊行委員会編『生命倫理百科事典』東京: 丸善, 2503-2506.)
- Schiavo, R. 2007, *Health Communication: From Theory to Practice*, San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Seedhouse, D. 1988, *Ethics: The Heart of Healthcare*, New York: John Wiley.
- Seedhouse, D. 2006, *Values-Based Decision-Making for the Caring Professions*, Hoboken, NJ: Wiley.
- Susser, M. 1974, "Ethical Components in the Definition of Health," *International Journal of Health Services*, 4(3): 539-548.
- Tesh, S. N. 1988, *Hidden Arguments: Political Ideology and Disease Prevention Policy*, New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.
- Zola, I. K. 1972, "Medicine as an Institution of Social Control," *The Sociological Review*, 20(4): 487-504.
- Zola, I. K. 1975, "In the Name of Health and Illness: On Some Socio-Political Consequences of Medical Influence," *Social Science & Medicine*, 9(2): 93-87.

英文要約

This review paper examines ethical aspects of public health promotion policies from micro-local to macro-global contexts. The author has found

the emergence of health communication vocabularies that have appeared in 1980s, the eras of world wide primary health care strategy (from 1978 of the Alma-Ata declaration) and health promotion of the Ottawa charter (1986). The growth and popularity of public health promotion can give rise apprehensions for ten normative ethical issues and

five actors' ethical concerns of any kind of health promotion activities, in the matrix form that the authors presented in this paper. The author examined the capability of value-laden approach of medical sociologists in practicing actual health promotion settings.

(Mitsuho IKEDA: rosaldo@cscd.osaka-u.ac.jp)