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

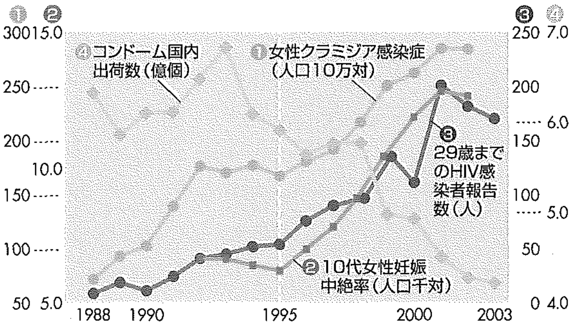
世界で最初のエイズ患者が確認されてから四半世紀以上が経ちましたが、エイズ流行はなお拡大を続け、生存HIV感染者数は、2005年末で4000万人を超えてしまいました[1]。流行はアフリカからアジアへと舞台を拡大しており、今後十年という近い将来の間に、アジアは世界最大の感染者数を抱える地域になるとの予測がなされています。その影響はすでに中国や台湾などの近隣諸国に現れつつあり、わが国がアジア流行の影響に曝される危険が迫っています。

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。

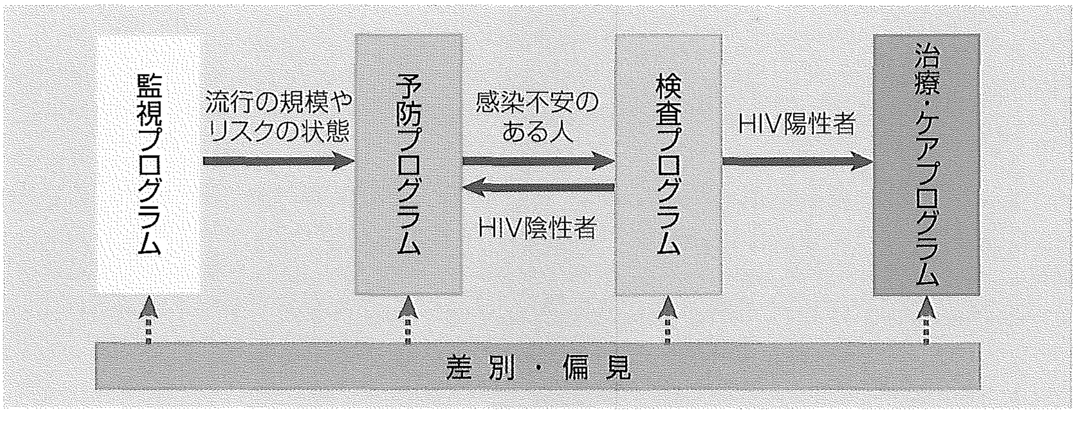
検査は保健所等や医療機関などでのHIV/STD(性感染症)検査のこと、**治療**は医療機関におけるHIV感染症の治療、**差別偏見の撤廃**とは、あらゆる意味での感染者に対する差別意識の撤廃と社会的権利の擁護を意味するものです。

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。

BOX1 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。

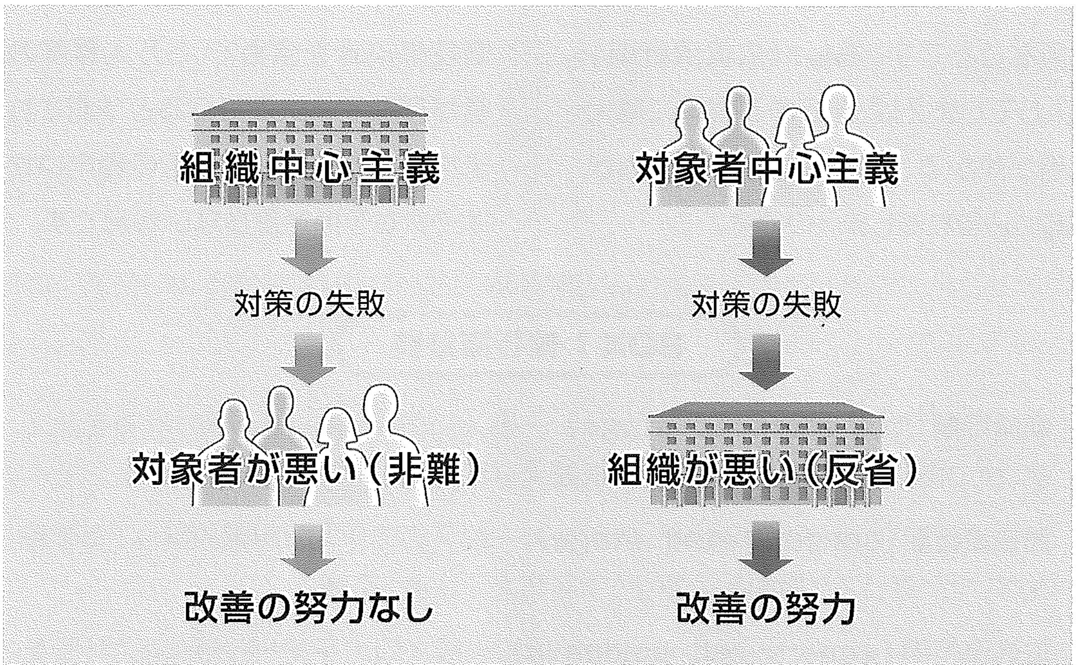
4.啓発の基本精神－対象者中心主義

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、対策の効果を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。

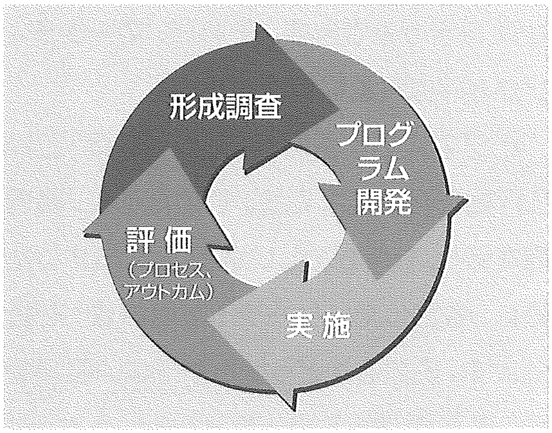
5-2　啓発のプロセス

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が、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えます。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、年令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

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[16]。

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、「何もしらない時期（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て、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。

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。

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 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	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）。
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

〈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ります。

メッセージの送り方には、

❶ 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、

❷ 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。

❶ 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。

❷ 技術的情報は関心期の対象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う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）とチャネル（channel）という2つ概念がでてきます。チャネルを通して、あるいはセッティングとチャネルを組み合わせて、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。

チャネル

チャネルとは、メッセージや情報を流す手段のことで、多様なチャネルが存在します。チャ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ネルと、伴わないチャネルに分類してみました。

図5.チャネルとセッティング

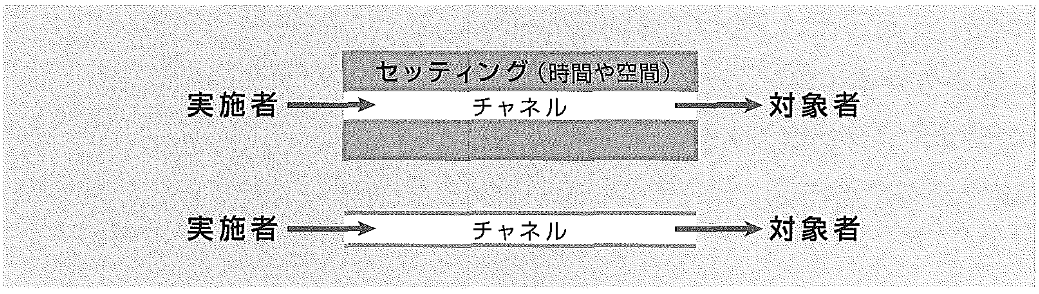


表2.チャネルとセッティング

チャネルのタイプ	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ネルが有効です。

なお、チャネルは、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ネルの場合は、セッティングとチャ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。

資材の開発

ここでいう資材には、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。

資材を開発する際には、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ては、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材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

資材間（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

資材の内容は厳選し、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、結局何が重要なの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、視聴覚資材なら、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)資材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

資材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。同時的に、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、