

シンポジウム 1

患者、住民、コミュニティを育てる・動かすヘルスコミュニケーション —当事者のエンパワメントと社会的包摂に向けて Health Communication for Empowerment and Social Inclusion

秋山美紀¹⁾、今村達弥²⁾、笈裕介³⁾、永井昌代⁴⁾、福田吉治⁵⁾
Miki Akiyama, Tatsuya Imamura, Yusuke Kakei, Masayo Nagai, Yoshiharu Fukuda

- 1) 慶應義塾大学
 - 2) ささえ愛よろずクリニック
 - 3) NPO 法人イシュープラスデザイン
 - 4) APCO Worldwide
 - 5) 帝京大学
- 1) Keio University
 - 2) Sasaeai-Yorozu Clinic
 - 3) Issue Plus Design
 - 4) APCO Worldwide
 - 5) Teikyo University

Abstract

英語抄録

This paper is a summary report of Symposium I at the 12th Meeting of the Japanese Health Communication Association, titled "Health Communication for Nurturing and Moving Patients, Residents, and Communities". At this symposium, three practitioners working on empowerment and social inclusion of vulnerable parties having difficulties in their lives. First, a psychiatrist Dr. Imamura introduced "Tojisysha-Kenkyu" by clients with mental disorder, which is a collaborative process of studying oneself through communication with others who share similar experiences. Next, Mr. Kakei as a designer introduced their project, "How to walk in the world of dementia", which conveys the world experienced by people with dementia so that people without dementia can understand it. Then, Ms. Nagai specializing in public affairs reported on a case study of macro-level advocacy, which enabled policy changes for women's health promotion. After the presentations, Dr. Fukuda of Teikyo University wrapped up the symposium. He presented a new aspect of health communication, which is "Communication FOR Health" and concluded that health communication will be more interesting, involve more researchers and practitioners, and improve people's health.

要旨

日本語概要

本稿は、第12回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会のシンポジウム1「患者、住民、コミュニティを育てる・動かすヘルスコミュニケーション」における各シンポジストの発表と総合討論を取り纏めて報告するものである。このシンポジウムでは、様々な生きづらさを抱える当事者のエンパワメントや社会的包摂に取り組んでいる3名の実践家が、各自の取り組みを報告した。まず精神科医の今村が、精神障害のある者が自らの体験を自らの言葉で伝える「当事者研究」について報告した。続いてコミュニケーションデザイナーの笈が、認知症のある人が経験している世界を認知症でない人にもわかるように伝える「認知症世界の歩き方」について報告した。最後にパブリックアフェアーズを専門とする永井が、制度や政策の整備や変革に向けて働きかけるマクロレベルのアドボカシーの具体的なアプローチについて報告した。これらの実践報告の総括として帝京大学の福田が、「Communication FOR Health」というヘルスコミュニケーションの新しい側面を提示し、今後のヘルスコミュニケーションがさらに面白く、多くの研究者や実践者を巻き込み、人々の健康にさらに貢献するであろうと締めくくった。

キーワード：エンパワメント、アドボカシー、社会的包摂、当事者研究、デザイン

Keywords: Empowerment, Advocacy, Social inclusion, Tohjisha-Kenkyu, Design

1. 序文

健康の社会的決定要因に関する知見が次々と明らかになる中、格差の底辺にいる人たち、社会的に不利な立場に置かれている人たちを知り、その状況を改善する取り組みが、公衆衛生、医療、福祉などヘルスケアに関わる者に求められている(WHO CSDH, 2008)。近藤ら(2015)によると、最大の健康リスクとして知られている貧困とは、単に低所得を意味するものではなく、社会参加や他者との交流、社会保障等の制度との接点、労働市場における地位など様々な社会的な不利が内包された概念である。さらに社会的排除や孤立と健康状態の関係は一方ではなく、例えば社会的排除によるストレスから精神疾患を発症すると社会経済的地位が低くなりさらに孤立の状態が強まるといように、双方向に影響しあうことも指摘されている(大平ら,2015)。

そもそも人の健康状態は、活動や社会参加に大きな影響を受ける(WHO, 2001)。ヘルスプロモーションにおいても、個人というマイクロレベルの焦点だけでなく、その人を取り巻く家族や組織というメゾレベル、さらに国の制度や政策というマクロレベルへの働きかけを視野に入れた「エコロジカルアプローチ」(McLeroy, et al. 1998)が重要であると言われてきた。

一方で、個を対象とするヘルスケアや援助においては、これまで、人の問題に焦点を置き、問題となっている行動を望ましいとされる方向に修正しようとする行動変容アプローチ(Thomas, 1967; Edborg, 2010)が中心であった。すなわち客観的なエビデンスを重視し、「正解」とされる行動ができるように教育等の手段で働きかけるといふものであり(Tengland, 2012)、疾病予防や管理におけるヘルスコミュニケーション戦略もこの枠組みで発展してきた(US NCI,2001)。

こうした従来のアプローチとは別に、当事者自身が語る物語の中から現状の問題や当事者が持つ強み等を見つけ、物語を通して自己と取り巻く社会の変容をも視野に入れるナラティブなアプローチが、近年ケアや援助の分野で注目されている(野口,2002)。従来の、対象者の弱点に焦点をあてる援助観に対して、対象者のストレングスを伸ばしていく視点(Rapp and Goscha, 2001)やエンパワメント・アプローチ(Judith, 1994)の重要性も、広く認識されるようになっていく。

そこで、学術集会初日のシンポジウム1では、ヘルスコミュニケーションの新たな挑戦分野として、障害等の困難があり社会で生きづらさを感じている人々のエンパワメントにつながるコミュニケーションの実践に焦点を当てることにした。社会的排除の状態におかれがちな人々を包摂していくためにヘルスコミュニケーションは何ができるのか、従来の学問領域に囚われない新たな視点・視座・視野を得ることを目的

とした。

本稿では、続く第2節で、精神科クリニック院長の今村達弥が、精神障害がある当事者本人と医療者の協働的な取り組みである「当事者研究」の可能性を報告する。第3節では、コミュニケーションデザイナーの寛裕介が、認知症の人々が見ている世界を知ってもらう「認知症世界の歩き方」について報告する。第4節では、政策や社会へ変化をもたらすマクロ・アドボカシーのプロセスについて、永井昌代が具体例を示しながら述べる。最後に、シンポジウムの座長で指定討論者であった福田吉治が、ヘルスコミュニケーション学の地平における本シンポジウムの意義や位置づけを総括する。

2. 「当事者研究」がもたらす当事者-専門家双方の変化の行方

新潟市の精神科クリニック「ささえ愛よろずクリニック(通称「よろクリ」)」では、当事者・家族・専門家が共に考え共に創る「コ・プロダクション・モデル」を念頭に、より人間的な精神医療サービスの道筋を探っている。本節筆者の今村は、長期間大量の薬物療法に反応の乏しかった統合失調症の患者が「当事者研究」(向谷地ら, 2018)のセッションを経て劇的に回復する姿を目の当たりにして以来、チーム医療にこの当事者研究を組み込むようになった。以来、従来の医学モデルの治療とは異なる、当事者のナラティブを尊重する独自のアプローチが開拓されつつある。本節では、当事者研究とはどのようなものを概説した後、このプロセスを通して患者自身がどのように変化していったのか、さらに精神科医である今村がどのように変化したのかを報告する。

2001年に北海道浦河町の社会福祉法人「浦河べてるの家」で始まった当事者研究というアプローチは、障害や病気をはじめ、様々な困りごとを抱えた本人が、その解釈や解決を専門家や支援者に丸投げするのではなく、支援者と協働的に研究していく取り組みである(向谷地ら, 2018; 熊谷, 2020)。この取り組みは、英国の精神保健福祉サービスの中核概念である“Co-Production”(NEF, 2013)の理念にも通じるものであり、“Tojisy Kenkyu”として世界でも徐々に知られるようになっていく。

具体的なプロセスは、自助グループ的なミーティングの中で、自分の抱えている苦勞や弱さを自己開示することから始まる。その苦勞や弱さに皆でネーミングをし、そこから参加者が互いに語りを広げていく。参加者も、語った人の体験を自分の体験と重ね合わせたりしながら言葉を紡ぎだす。いわば「言葉のジャズ・セッション」を重ねる中で、本人に合った「自分の助け方」を見出し、いこうとするものである。

よろくりでの当事者研究セッションは、精神科デイケアの場で月1回行われているが、別に週2回行われているソーシャル・スキル・トレーニング (SST) の下地が活かされている。よろくりデイケアでは、SSTにより互いの「いいところ探し」をしながらコミュニケーションの練習を積み、互いに何を言っても大丈夫という安心感が醸成されている。当事者研究はまず、他の人の体験談を聞くことから始まる。体験談は、デイケア以外にセミナーや、障害を持つ当事者が書いた本などで得ることもある。人の体験の中に自分も似たところがあるなど感じ、日記をつけたりして自分自身を振り返る中で、その人なりの気づきが得られると、やがてそれをデイケアの場で発表してみようということになる。筆者やクリニックのスタッフは、患者が他の人の体験を聞けるきっかけをつくったり、デイケアに誘ったりという役割も担っている。

よろくりの当事者研究では、語る人の横にホワイトボードが置かれ、語られる独自の体験や世界観を、本人やファシリテーター、サブファシリテーターが、図やイラストなどで可視化していくのに用いられる。体験の分かち合いにおいては、ロールプレイが用いられることもある。当事者研究のセッションが理想的な形で進行するとまさに「言葉のジャズ」という形容がふさわしいコミュニケーション空間が生まれる。体験を聞いている人たちも、自分の体験と重ね合わせたりしながら、自分なりの解釈や対処法を披露したりと、話に広がりや生まれていく。自分一人の気づきとは違う、多様な気づきや視点が得られたり、誰かの新しい言葉によって現実認識が再構築されたりする。そうして得られた新しい解釈や感触、対処法を実生活に持ち込み、どのような違いが出るかを実験してみるという流れである。

当事者研究で快復していった佳子さんの症例を紹介する。佳子さんは30年以上にわたり幻聴に悩まされてきた40代の女性である。三女として生まれた佳子さんは、6歳の時に弟（両親にとっての長男）ができた。その後、中学校でいじめを受け不登校になり、26歳で結婚し子どもが一人できた。離婚を経て、現在は両親、弟、息子と暮らしている。

症状が悪かった頃の佳子さんは、悪い幻聴に支配されており、4回の精神科入院を経て、当クリニックに通うようになった。その後も悪い幻聴（後に「クロ」と名付けられる）に妨害されて通院できなくなった佳子さんは、当院からの月2回の訪問診療と週1回の訪問看護を利用するようになった。その頃の筆者は、とにかく悪い幻聴を消さなければならないと、薬物で治療することに力を注いでいた。一方、訪問看護師は心理社会的アプローチを用いた介入をうまくやっていたのだが、筆者はその成果をうまく活用できないま

ま分業を続け、薬物治療に行き詰まりを感じていた。

訪問看護師の働きかけのおかげで、佳子さんは得意の漫画で自身の幻覚体験を描くようになったのだが、漫画を描く過程で、佳子さんには「悪い幻聴」だけでなく、支えになるような「良い幻聴」（後に「雅子さん」と名付けられる）、さらに傍観者的な幻聴（後に「髭じい」と名付けられる）など複数の幻聴が常にあることが判明していった。悪い幻聴に囚われ服薬を拒否することもあったが、SSTで介入しロールプレイで佳子さんが悪い幻聴との対話を試みると、悪い幻聴は自分が薬で消されることが嫌で服薬を妨害していたことが分かった。

ちょうどその頃タイミングよく、院外で開催された向谷地生良さん（浦河べてるの家理事）の当事者研究ワークショップへ、佳子さんも参加することになった。飛び入りセッションにおいて佳子さんから、良い幻聴（雅子さん）は、弟ができた6歳の頃、お母さんを取られたように感じて寂しいと感じた時に初めて現れたということが語られた。筆者も知らないことであったが、その場で佳子さんは向谷地さんから「幻聴に育てられた人」の異名をもらい、拍手喝采を得たのである。さらに佳子さんによると、その会場には悪い幻聴の「クロ」も来ていたのだが、クロに対して「来てくれてありがとう」と言うと、会場から拍手が沸き起こり、初めてクロがニヤリとするのを佳子さんは見たという。その時から、クロも含めた幻聴たちの気持ちを佳子さんはだんだんと汲み取れるようになっていった。

このようなプロセスを経てしばらくすると、今度は傍観者的な幻聴の「髭じい」が、自ら仲裁役を申し出て、悪い幻聴「クロ」と良い幻聴「雅子さん」の和解が成立することになった。図1は佳子さんが描いた幻聴たちの和解の場面である。この和解以来、悪い幻聴クロは佳子さんにあまり悪い命令をしなくなり、佳子さんは、ついにデイケアに通所できるようになった。訪問診療を始めてから2年半が経過した頃のことであった。

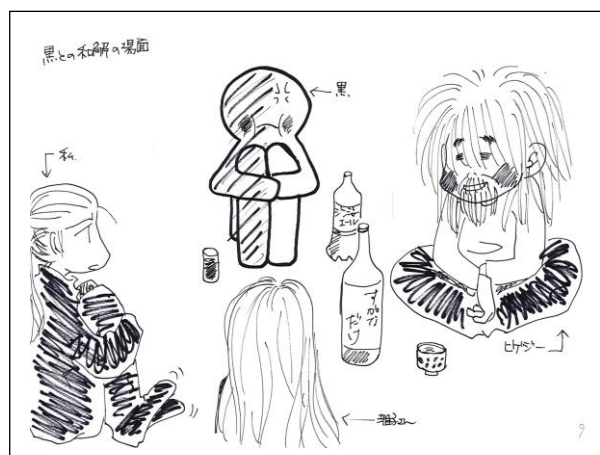


図1 佳子さんが描いた幻聴の和解

佳子さん以外には誰にも見えない「幻聴さん」たちであるが、当事者研究によって幻聴どうしの関係性など佳子さんの見ている世界が、本人の言葉やイラストで可視化されていくことにより、そこに意味や理由があったことがわかるようになった。

たとえば佳子さんの生家は、古くからその地区に伝わる観音様を守る役目を代々担っており、男子の跡継ぎを切望していたという事情があった。佳子さんが6歳の時に待望の男子が初めて生まれて両親は大喜びしたわけだが、その時の寂しさが幼少の佳子さんの幻聴出現のきっかけだった。後に佳子さんの母親より、実は母親自身も男子を産めないことのプレッシャーで、一頃ノイローゼになりかけていた話などを聞き、家族史の中で、いわば必然的とも思える経緯があって生まれてきた幻聴の役割や関係性を理解できるようになった。佳子さんが言うに、和解後のクロは自分を佳子さんのお母さんからも家族と認めてもらいたいという願望を述べたそうだ。当時は筆者も気づかなかったが、佳子さんの気持ち、つまり家族として再結成したいという願望を、クロという幻聴が代弁していたのではないかと考えている。

最後に、当事者研究の実践によって筆者に起きた変化を述べる。筆者は当初、多くの精神科医と同じように、幻聴や妄想をあまり実体化すると、逆にそれを強めてしまうと考え、まともに受け合わないようにしていた。当事者研究と出会ってから約1年後に、ようやく患者の中の幻聴を実体化して交渉相手としてもいかに納得するようになり、その後、生物学的治療だけでなく、心理社会的アプローチや当事者研究を統合的に用いるようになった。当事者が、幻聴の声だけでなく感情にまで思いを巡らすことで、次第に幻聴のキャラクターが浮き彫りにされて、むしろ幻聴からの被影響感が減弱し、当事者が逆に幻聴に働きかけることが可能になり、治療的关系性を保つことができるようになったのである。筆者は、幻聴は悪いものばかりではなく、良い幻聴や寡黙な傍観者のような幻聴の存在も確認できるようになった今、実は薬物療法こそが、本当は敵でないものを実体化して捉え、脳内を爆撃してしまっていたのではないかとすら思うようになっている。

その後の筆者は、看護師の心理社会的アプローチを分業的態度で接するのではなく、薬物療法と統合していく観点でチーム医療を試みている。「幻聴さん」に薬の効き方を直接インタビューしたりと、あらゆるものへ対話の可能性が開かれていると信じてみたい気持ちになっている。いわば「幻聴さんも含めたコ・プロダ

クション」と言えるかもしれない。さらには、幻聴を解離性障害の交代人格と見立てると、統合失調症の新たな精神療法的アプローチにつながっていくのではないかと手ごたえを感じている。

3. 認知症世界の歩き方

この節の筆者である箕は、全国各地のまちづくりや社会課題の解決に、デザインというアプローチで取り組んできた。各地で取り組んできた社会課題には、児童虐待やDVなど深刻なものも含め様々ある。

これから紹介する「認知症世界の歩き方」は、産学官が参加する「認知症未来共創ハブ」(代表 慶應義塾大学健康マネジメント研究科 堀田聡子教授)で取り組んでいるプロジェクトのひとつで、ウェブサイト(<https://designing-for-dementia.jp/guide/about/>)でも公開している。認知症の人が見ている世界、体験している世界を、認知症でない一般の人がひとつひとつ、納得できるような形で体験していける連載型のコンテンツである。認知症の人が生きている世界や見えている風景は、我々にはわからない。その世界を、ご家族、支援者、さらに一般市民が理解することが、認知症とともによりよく生きるために重要であるとの思いから、この「認知症世界の歩き方」を作成するに至ったのだが、始めるきっかけとなったエピソードがある。

若年性アルツハイマー型認知症の丹野智文さんから当事者が集まる会でのこと、あるご夫妻が丹野さんのところに寄ってきた。奥さんによると、夫にはレビー小体型認知症があり、汚れた帽子を片時も脱ごうとせず困っているとのことであった。奥さんが帽子を洗濯したいのでと脱がせようとする、夫が怒って暴力的になり、それでも絶対に脱ごうとしないので、途方に暮れているという。丹野さんが「ご主人と2人で話をさせてください」といって、直接本人に訊いてみると、本人には頭の上から木が垂れ下がっているという幻視が見えており、その帽子は頭に怪我をしないように木の枝から守るためにかぶっていると、非常に論理的でわかりやすい説明があったという。つまり夫の中には帽子を脱げないもっともな理由があったのだが、妻にはその幻視の世界がうまく伝わっておらず、両者の間にコミュニケーションの問題があったことに気づいた。家族が困りごとと感じているのは、互いに見える世界が異なっていることを前提にしたコミュニケーションがうまく機能していないことに端を発していることがわかった。この出来事がきっかけとなり、コミュニケーションデザイナーである著者は、どういった物を作れば認知症の人が生きている世界が一般の人にもうまく理解してもらえるかを考えるようになった。

「認知症世界の歩き方」は、前述の丹野さんの他に、

レビー小体型認知症の樋口直美さんら、多くの当事者の方々へインタビューを行い、その内容をベースに制作し、最終的に当事者に監修を受けている。「サッカク砂漠」「七変化温泉」「アルキタイヒルズ」など、ユニークに命名された場がそれぞれ体験のストーリーとなっており、13話で構成される。この世界に行くと誰もが記憶、注意、空間認識などが脳の誤作動によりいろんなハプニングを経験する、そんな旅を楽しみながら、認知症について学んでいただくという内容である。

では、認知症世界の一部を具体的にご紹介しよう。まずは「顔無し族の村」。ここは、人を顔で見分けることはできない人々が暮らしている、認知症世界の中の村である。ベースになっているのは、営業職の時にお客さんの顔が見分けられなくなって困ってしまったという丹野さんの体験談である。私が初めて丹野さんにお会いしたとき、「僕は人の顔を覚えられないから、次に会ったときにわからないと思うけど気にしないで。話していると思いつから」とあっけらかんと話



された。丹野さんがどのように人の顔を認識できないのか、詳しく話を聞いていくと興味深い実態が見えてきた。たとえば丹野さんは、同じ人であっても写真に写っている顔と目の前の人の顔はまったく違うものに見えてしまい、一致を認識できないという世界に生きていた。テレビドラマを見ていても、登場人物の顔がわからないから、役の区別がつかず、全然楽しむことができないという。しかし、最近になって、アニメの場合だとキャラクターの違いがわかることに気づいたそうだ。この丹野さんの話から見えたのは、人は顔を認識するとき、必ずしも画像として捉えているわけではなく、自分の頭の中の過去の記憶と見えている世界を適合させつつ顔を認識しているということだ。我々が10年以上も会っていない昔の同級生でも再会した時に分かるのは、記憶と視覚の情報をと合わせてその整合性から判断しているのであり、見た目だけで判断しているわけではない。認知症のある人が「顔が分からない」ということは、単に忘れてだけでなく、

記憶と視覚情報を結びつけて顔を認識するという機能にトラブルを抱えた状態で生きていると推察された。そこで、この「顔無し族の村」で暮らす人々は、声や体の特徴、その人との大切な思い出でお互いを見分けてお互いに繋がっているという設定にした。

続いて紹介するのは、「カクテルバーDANBO」という認知症世界のバーである。カクテルパーティ効果という言葉がある。パーティ会場などザワザワとうるさい中でも、人には必要な情報を聞き分けて、そこに注意を向けることができるという機能がある。しかし認知症の人の中には、バーテンダーと会話していても、いろんな人の声が全部耳に入ってきてしまい、自分が聞きたいマスターの話に注意を寄せられないという人がいる。会話に集中できず、言いたいことが言えないという認知症世界のバーで、誰かと話しているときに外で救急車のサイレンが鳴る。我々は「あ、救急車だ」と気がついて話を一瞬は止めても、また元の話に戻ることができるだろう。しかし認知症世界では、目の前の人との会話に注意を戻すことができないばかりか、救急車が通りすぎた後でも、頭の中でサイレン音が鳴り響いてしまい、その後も満足に会話ができなくなる。そのような注意に関するトラブルを体験するストーリーである。

次の世界「ミステリーバス」では、自分がどこにいるか、どこに向かうのかわからないという不思議な体験をしてしまう。あるバスに乗って「これならば8時半に目的地に着けるな」と思っている時に、フーンと意識がなくなる。ハッと意識が戻ったとき、自分がどこにいるのか、なぜバスに乗っているのか、どこに向かっているのか、自分がいる場所や今やっている行為が消えてしまうという話だ。

図2 アルキタイヒルズ「認知症世界の歩き方」より

(<https://designing-for-dementia.jp/guide/column/008/>)

最後に紹介する「アルキタイヒルズ」は、幸せな思い出とともに歩き回れる街だ。自分にとって強い思い出が残っている場所、たとえば絶世の美女とデートした思い出など、楽しい昔の記憶がどんどん呼び起こされ、まるで昔の記憶の世界に迷い込んだかのようにどんどん歩みを進みたくなる街である。認知症を経験していない我々も街歩きの時に、ここは幼馴染みと遊んだ公園、あっちは昔会社に通った道で、ここは仕事終わりによく立ち寄った店だというように、街の風景と自分の記憶を結びつけて歩くことがある。そんな時は、懐かしい思い出に浸ってなんとも心地よく、気持ちが安らぐ。「アルキタイヒルズ」は、「徘徊」と呼ばれる認知症の代表的な行動について、認知症の当事者側に立って描いている。その人が無目的で歩いていると誤

解されがちだが、20年前に勤めていた会社に足が向いたり、ほぼ必ずその背景には過去の記憶や本人の意図があるという。時々タイムスリップして、その時代のその場所を歩いてしまうという認知症世界を、認知症でない人も納得感を持てるように描いた。

以上のように、認知症の人が様々な領域で抱える脳の誤作動・トラブルを、いかに本人でない人が体感し、腑に落ちるように、感覚的にわかってもらうかということ意識して13のストーリーを展開してきた。頭で理解してもらうというよりは、認知症の人の見えている風景を心で感じたり、感覚的に理解してもらうようなコミュニケーションが大切だと感じている。わかりにくいものではあるが、当事者の話の中から核になるものを掴んで、それを、皆が知りたい、感じたいと思うように表現するところが、デザイナーの腕の見せどころだと感じている。

4. アドボカシーにおいて重要な役割を果たす患者・住民・コミュニティ

ここからの第4節では、医療・健康政策に影響を与える効果的なアドボカシーについて、永井が論じていく。永井が所属するAPCO Worldwideは、米国ワシントンDCに本社を持ち、世界38都市に拠点を持つパブリックアフェアーズを専門とするコンサルティング企業である。戦略的なコミュニケーションを立案するコンサルタントとして、世界各国の様々なアドボカシー活動に関わっている。ヘルスケア分野においても製薬企業やNPO、医療機関等の依頼を受けて、アドボカシー戦略を立案してきた。

アドボカシーは多様な立場の人が多様な目的で行っているものであり、何もヘルスケア分野に限ったものではない。ヘルスケアの分野では、世界保健機関(WHO)が「個人的、社会的アクションを組み合わせたものであり、特定の健康事業や健康目的のための政治的コミットメント、政治的支援、社会からの受容、制度的支援を勝ち取る」とアドボカシーを定義している(WHO, 1998)。この定義を神馬は「多くの人々から支持され、政治家や行政官からの支援も得て、事業の実現を目指す諸活動」(神馬, 2017)と要約している。これらの定義が示すように、アドボカシーにおいては、その事柄が関連する様々なステークホルダー(利害関係者)と話し合いなどによって関わり、その期待や関心を考慮しながら進めることが必須となる。このような多様なステークホルダーと関係をつくっていくことを「マルチステークホルダー・エンゲージメント」と言う。

誰もがインターネットで情報を発信できる今日、ステークホルダーは政治家や議会、マスメディアなど特定の力を持つ人だけではない。特に公益に資する健康政

策等の実現に関しては、患者や市民、コミュニティといった多様なステークホルダーとともにアドボカシーを進めていくことでゴールを達成しやすくなると考えている。では、実際にどのようにアドボカシーを進めていくのか、筆者が関わった「働く女性の健康増進プロジェクト」という具体例を紹介する。

このプロジェクトは、ある製薬会社からの相談を機に始まり、マルチステークホルダー・エンゲージメントにより、大きなうねりとなったアドボカシー活動である。背景に、日本では若年女性が婦人科を気軽に受診できる環境が整っておらず、婦人科検診の受診率を見ても8割を超えている欧米や韓国などに比して著しく低いという課題があった。女性自身も自らの健康に関するリテラシーや意識が高いとは言えず、サポートする制度や仕組みも十分でない。そこを変えていきたいというのがそもそもの狙いであった。

折しも当時の政権は、経済活性化の3本の矢の1つとして女性活躍を進める方針を示し、2014年の国連総会で首相が女性活躍社会の実現を表明するなど機運が高まっていた。我々のプロジェクトは、本来は子どもから高齢者まで幅広い年齢層の女性の健康増進を求めて2015年の春先から準備を始めたのだが、このようなタイミングだったので、戦略的に「働く女性」を切り口とし、名称を「働く女性の健康増進のためのプロジェクト」とすることにした。ステークホルダーである政府や企業には、他にも取り組むべき様々な健康課題がある中で、女性の健康の優先順位をあげてもらわねばならない。政権の中心的な政策に沿うような文脈で見せることにより、ステークホルダー達の取り組みを加速させ、確実に推進してもらうことができると考えた。女性活躍推進法により、女性管理職の登用30%とか、子育て支援などいろいろな形で施策がスタートしたのに、根本となる女性の健康に対する施策は十分でないというロジックは、誰にとってもわかりやすい。という経緯で「働く女性」がプロジェクトの入り口となった。

我々の具体的な狙いのひとつは、婦人科診療の受診を向上させることであった。欧米では、初経を迎えた女子が母親とともに婦人科診療ができるクリニックを訪ねて、以降はかかりつけ医として女性特有の健康に関する様々な相談ができるようになっていく。一方の日本では、妊娠、出産を機に初めて婦人科を訪れる、あるいは子宮がんなど重篤な疾患になってはじめて婦人科を訪れるという現状があり、これを変えたいという狙いがあった。当然ながら、年齢ごとに女性の身体は変化していき、女性特有の疾患も出てくる。全ての世代の女性が婦人科にもっと積極的に行けるように、婦人科に行くことのハードルを下げたいという思いがあった。妊娠・出産期、更年期、骨粗鬆症防止と

いったライフサイクルに沿った健康増進プランを進めることを目標にプロジェクトを推進した。

プロジェクト開始後、最初に着手したのは、働く女性が健康を損なうとどのくらいの社会的損失があるかという試算であった。医療政策シンクタンクである日本政策医療機構と共同で実施した我々の試算によると、年間 6.37 兆円もの経済損失があり、これは日本の国土交通省の年間予算よりも大きいことを示すことができた。アドボカシーを進める上で、エビデンス（根拠となるデータ）を、政策の意思決定に関わる人にわかりやすく提示することは非常に重要である。この 6.37 兆円という数字が出た時には、プレスリリースを発行し、報道メディアへのブリーフィングを行った。この数字のインパクトは大きく、結果として、新聞社、テレビのキー局、経済紙誌、さらに共同通信等を通じてほぼすべての地方紙までもが記事にしてくれるなど、主要メディアに掲載された。

こうした試算とほぼ同時期に行ったのが、働く女性の健康増進に関する重要なステークホルダーである企業へのアプローチである。少し前から始まっていた健康経営銘柄やなでしこ銘柄といった企業の価値を上げるための動きともうまく連動させながら、推し進めたいと考えた。もし女性社員の健康が損なわれれば、当然ながら企業の医療保険の負担額も増えるので、このプロジェクトは企業にとってメリットがある。また、女性活躍推進法という法律はできたものの、実際のところ企業の多くは、自分の会社は何をやったらいいのかわかっていたという状況があった。そこで東洋経済と組んで、企業の役員クラス向けに、女性活躍と女性の健康増進に関する情報を提供するイベントを開催したところ、100 人の枠に 160 人もの企業役員の申し込みがあった。イベントでは、日本航空やワコール等の企業による女性社員の健康増進の具体的な取り組みケースを紹介、前述の医療政策機構と実施した調査結果の紹介、経済学者の講演等が行われた。参加者の反響は大きく、何をしたら良いか悩んでいる企業が多いことが良く分かった。

こうした活動以外にも、働く女性の健康に対する知識と職務上のパフォーマンスとの関係、継続的な調査を行い、パートナーのシンクタンクと様々な情報発信を行ってきた。

一方、働く女性の健康増進の取組みをやればやるほど、当事者である女性たちのヘルスリテラシーを上げることの重要性に気づくことになった。企業内で活躍する女性と話をすると、高学歴で真面目で一所懸命な女性ほど、キャリアの追及に追われて自分の健康に思いが至らなかつたり、病気なのに頑張りすぎていたり、望んでいたのに出産が難しい年齢になってしまっていたりしていることがわかった。女性の健康リテラシ

ーの低さを克服し、健康に関する知識の底上げをしていくことが重要だと痛感した。

そこで、働く女性の健康増進を推し進めるのと並行して、思春期までの女子にどのような健康教育が必要かを国立成育医療センターの先生らと議論し、2019 年施行の成育基本法で制度づくりを進められるように、青少年の問題の緊急提言を行ったり、第五次男女共同参画基本計画策定に向けた委員への働きかけなども行った。

こうした一連の活動の結果、国会の予算委員会の場で、我々が試算した損失額 6.37 兆円の数字を挙げて議員が質問したり、与党の勉強会に招かれて調査結果を報告する機会を得ることもでき、女性の健康を包括的に支援する制度の整備が進むことになった。さらに、経済産業省に働きかけをした結果、健康経営銘柄の選定基準の項目として、女性社員の健康増進の取組みを必須項目として入れないと選定できないようにするという成果を勝ち取ることもできた。

通常、我々の顧客は企業であり、企業がアドボカシーの主体となるのだが、この働く女性の健康増進のための一連のアドボカシー活動においては、成果を上げるために医療政策機構などのシンクタンクとパートナーシップを組み、様々なデータを収集し比較できる資料を作ったり、国立成育医療センターをはじめ様々な医療の専門家とも連携した。また、子宮頸がんの啓発や乳がんの啓発をしている NPO や患者団体などと一緒にセミナーを開催したり、シンポジウムの登壇者としての相互協力も行った。特に日本の NPO は人的資源や資金面でも厳しい状況にある団体が多く、それに対してもサポートするようにして連携をしてきた。

表 1 に、企業主体の場合と、患者・住民・コミュニティ主体の場合と、それぞれのアドボカシーの比較を示した。幸いにも働く女性の健康増進プロジェクトは、企業が自社の利益ではなく、女性の健康増進のためにやれることをしたいと尽力した例外的なものであったが、一般的に企業がアドボカシーをする場合は利益優先であることが多い。製薬会社をはじめ医療系の企業は、自社のマーケティングにどう直結するかを意識しており、短期的な結果を求めがちで、じっくりと時間をかけるようなアドボカシーができないという課題がある。しかし企業には、我々のようなエージェンシーをはじめ様々なリソースを使って調査をする力がある。特に外国の企業内には「パブリックアフェアーズ」という部署があり、プロフェッショナルなアドボカシーのノウハウも蓄積されている。

表 1 アドボカシーにおける「企業」と「患者・住民・コミュニティ」の比較

企業主体	患者・住民・コミュニティ主
------	---------------

	体
企業の利益優先	社会の利益優先
短期的な結果	長期的な取り組み
一定の予算と人員の投資	リソースの欠如
プロフェッショナルのノウハウ	アマチュア

一方、患者・住民・コミュニティが主体だと、資金などのリソースも乏しく、知識やノウハウがないという課題がある。政策形成の知識がないために、意思決定に影響を持つネットワークに関わることも難しい。メディアにどう発信したらいいのか、誰とどのようにパートナーシップを組むべきかもわからない。しかしそうであっても、アドボカシーには患者・住民・コミュニティの参加が不可欠だと、私は考えている。お金儲けのためではなく、実際に困っていたり悩んでいた患者・住民・コミュニティは、社会を良くしていこうとする主体である。そのような人たちがアドボカシーの中心になることで、望ましい社会が実現され、それはひいては企業のためにもなると考える。企業は企業の利益になるようなアドボカシーを今後もしていくだろうが、そんな企業をパートナーとして活用することを、患者や住民団体は考えても良いのではないかと感じている。一人一人の国民がこうした知恵や知識を身につけて力をつけていくことも大切だと考えている。

最後に、私は今ビジネスとして、企業のために、企業の立場でアドボカシーを行っているが、翻って一納税者の立場で考えると思いは複雑である。女性の健康増進はもちろん賛成だが、もし自分が違う立場、たとえば女性でなかったり、あるいは他の特定疾患で非常に苦しんでいた、あるいは健康自体に価値を感じずもっと違う政治的に優先してほしいことがある場合には、女性の健康を政策として優先する正当な理由を示して欲しいと思うだろう。何を優先すべきか、何処までが個人の利益で、どこまでが社会の利益なのか、あるいはどこまでが企業の利益かの線引きは難しい。それ自体を社会全体で議論してコミュニケーションしていく必要があるだろう。

5. 総括—新しいヘルスコミュニケーションに向けて

シンポジウムの指定発言者であった帝京大学の福田が、最後にこのシンポジウムで感じたことを述べ、本報告の纏めをする。

帝京大学で開催となったヘルスコミュニケーション学会学術集会の数か月前に、このシンポジウムの指定発言の依頼を受けた。大会の少し前にシンポジスト

の抄録を読み、正直めんくらった。今回のシンポジストは、3人ともそれぞれが大変素晴らしい活動をされている。でも、これって、ヘルスコミュニケーションなの？ 私はいったい何を発言すればいいのだろうと悩む日々であった。

大会当日、3人の発表を聞いたオーディエンスは、私と同様に、ヘルスコミュニケーションをどう捉えたらよいか、モヤモヤと考えてしまったのではないだろうか。

改めて3名の抄録を読み直していると、私の懐かしい時代が思い出された。私が大学院を修了し、東京のある研究所で研究員として働き、これからどんな分野で研究をしていこうか、研究者として、やっていけるかと思っていた頃のことだ。

その時に出会ったのが、“健康格差”と“ヘルスコミュニケーション”だった。当時、欧米でマイケル・マーモットやイチロー・カワチらが、健康の社会的決定要因に注目し、社会疫学という分野を確立しつつあった。一方、ヘルスコミュニケーションは、医療におけるリテラシーの格差が問題となり、また、米国疾病予防管理センター（Centers for Disease Control and Prevention: CDC）などによる健康情報提供のためのヘルスコミュニケーションの体系化が進んでいた。

よし、私もこの分野でいこうと、健康格差についての研究を始め、他方、ヘルスコミュニケーション研究会（通称、ヘルコミ研）なるものを立ち上げた。平成10年あたりのことである。幸い、健康格差の研究は時勢にも乗り、このような指定発言をするような立場にもなった。かたや、ヘルスコミュニケーション研究会は3回で終わってしまった（泣）。日本ヘルスコミュニケーション学会の前身の日本ヘルスコミュニケーション研究会の第1回が開催されたのが平成21年なので、私が始めた研究会がうまく継続していれば、今頃、私がヘルスコミュニケーション学会の理事長に君臨していたかもしれない。

さて、さらにさかのぼること数年。私が大学院生だった頃のマイブームは医療社会学だった。石川ひろの先生のお師匠さんでもある山崎喜比古先生ら、東大の先生方にも大変お世話になった。

医療社会学、Medical Sociology ってなに？ といえれば、それは、大きく二つに分けることができると書いてあった。Sociology in Medicine、医療の中の事象を扱う社会学、もうひとつは、Sociology of Medicine、すなわち、医療を研究の対象とした社会学である。なるほどと思ったものだ。

これと同じことがヘルスコミュニケーションにと当てはまるのではないだろうか。Communication in Health と Communication of Health。前者は、医療やヘルスケアの中でのコミュニケーション、後者は健康情

報のコミュニケーションである。このふたつが混在するため、ヘルスコミュニケーションは面白いのである。

さらに、このシンポジウムで、もうひとつのヘルスコミュニケーションがあることに気がついた。Communication for Health、すなわち、健康のためのコミュニケーションである。人々を健康にするためにさまざまなコミュニケーションをどう使うかということを考えるものである。

この3つ目のヘルスコミュニケーションが加わると、ヘルスコミュニケーションはさらに面白く、多くの研究者や実践者を巻き込み、人々の健康にさらに貢献するであろう。このシンポジウムは、新しいヘルスコミュニケーションの分野を拓く記念すべきものだと思う。

研究資金

なし

利益相反自己申告

報告すべき利益相反はない。

引用文献

- Edberg, M. (2009). *Essential Readings in Health Behavior Theory and Practice*. Jones and Bartlett Publishers.
- Judith, A. B. L. (1994). *The Empowerment Approach to Social Work Practice*. Columbia University Press.
- McLeroy, K. R., Steckler, A. and Bibeau, D. (Eds.) (1988). *The social ecology of health promotion interventions*. *Health Education Quarterly*, 15(4):351-377.
- NEF. (2013). *New Economic Foundation. Co-production in mental health A literature review Commissioned by Mind*.
<https://neweconomics.org/uploads/files/ca0975b7cd88125c3e_ywm6bp311.pdf> (last access 2021/01/05)
- Rapp, C. A., & Goscha, R. (2012). *The strengths model: A recovery-oriented approach to mental health services*. New York, NY: Oxford University Press.
- Tengland, P. A. (2012). Behavior Change or Empowerment: On the Ethics of Health-Promotion Strategies. *Public Health Ethics*, 5(2), July 2012, 140-153. doi.org/10.1093/phe/phs022
- Thomas, E.J. (1967) *Behavioral science for social workers*. Free Press.
- US NCI. (2001). *US. National Cancer Institute. Making health communication programs work*. NIH Publication. No. 04-5145.
- WHO. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization.
<<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>> (last access 2021/01/05)
- WHO. (2001) *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: World Health Organization.
- WHO CSDH. (2008). *Closing the gap in generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.
<https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf> (last access 2021/01/05)
- 大平英樹, 笠井清登, 西村幸香. (2015). 社会的ストレスと脳神経機能. In 川上憲人, 橋本英樹, 近藤尚己 (編). *社会と健康—健康格差解消に向けた統合的アプローチ*. 東京大学出版会.
- 熊谷晋一郎. (2020). *当事者研究—等身大のくわたし—の発見と回復*. 岩波書店.
- 近藤尚己, 阿部彩. (2015). 貧困・社会的排除・所得格差. In 川上憲人, 橋本英樹, 近藤尚己 (編). *社会と健康—健康格差解消に向けた統合的アプローチ*. 東京大学出版会.
- 神馬征峰. (2017). アドボカシー実践に必要な2つの成長. *日本健康教育学会誌* 25(2), 107-111.
- 野口祐二. (2012). *物語としてのケア—ナラティブアプローチの世界へ*. 医学書院.
- 向谷地生良, 浦河べてるの家. (2018). *新・安心して絶望できる人生 「当事者研究」という世界*. 一麦出版社.

*責任著者 Corresponding author : e-mail
miki@sfc.keio.ac.jp