昭和50年４月24日　第三種郵便物認可
「健康かながわ」の購読料については、
健康診断の料金に含まれています。
毎月１回15日発行（１部90円）
平成25年２月15日
第539号

健康かながわ

公益財団法人　神奈川県予防医学協会
予防医学事業中央会神奈川県支部
全国労働衛生団体連合会会員
編集・発行人＝土屋尚
発行所＝〒231－0021横浜市中区日本大通58
日本大通ビル　045（641）8501（代表）
http://www.yobouigaku-kanagawa.or.jp

受診率を高める テイラード受診勧奨のすすめ
―乳がん検診を事例に―

広いメッセージは誰にも届かない

住民を啓発するメッセージは、とかく最大公約数をねらいがちです。より多くの人々に届いて欲しいと考えるからです。しかし、その結果メッセージは「広く浅く」なりすぎてしまい、あまり印象にのこらない「一般的な言い方」になってしまうようです。

つまり、最大公約数をねらったメッセージは、逆説的に「ある個人」には届きにくくなってしまいます。理由はかんたん、「自分ごと化しにくい」からです。そこで今回は、「受診率を高める、テイラード受診勧奨のすすめ」と題して、不特定多数の住民を対象に啓発する際のポイントについてご紹介いたします。

（東京大学大学院医学系研究科修了、ハーバード公衆衛生大学院修了、キャンサースキャン・イノベーションディレクター　石川善樹）

一人ひとり異なる心理特性を考慮する

テイラード受診勧奨とは、「ヒトは、一人ひとり心理特性が違うのだから、メッセージを送り分けましょう」、ということです。たとえば、がんを怖いと思っている人とそうでない人とでは、メッセージを変えた方が効果的です。

普段の私たちは、一対一のコミュニケーション場面では、相手にあわせて柔軟にメッセージを変えています。しかし、不特定多数の住民を相手にした時は、対象者の反応に合わせて柔軟にメッセージを変えていくことが出来ません。また、一度メッセージを送付してしまうと、仮にそのメッセージが想定外の受け取られ方をしてしまった場合に、それを修正することは非常に困難となります。

一方で、何十万、何百万人といる住民一人ひとりの心理特性を考慮していくことは、現実的には不可能です。では、どうすればよいのでしょうか？以下、乳がん検診を事例に、テイラード受診勧奨の実際をみてみましょう。

セグメンテーションという考え方

テイラード受診勧奨は、(1)事前アセスメントによるセグメンテーション（市場細分化）、および(2)セグメント（細分化されたものの一つ）に応じたメッセージの送付、という２つのステップから成り立ちます。

まず、(1)事前アセスメントにセグメンテーションとは、住民をひとくくりにとらえるのではなく、特徴の共通するいくつかの小セグメントに分類することを意味します。全国の日本女性を対象としたHaradaらの調査の結果、乳がん検診未受診者は大きく３つのセグメントに分けられることがわかりました（図１）。

検診の未受診者というと、私たちはとかくひとくくりに捉えてしまいがちです。しかし、面白いことに、細かく未受診者の心理特性をみてみると、全く特徴の異なる３つのセグメントに分けられることがわかります。

さて、セグメンテーションの次は、(2)セグメントに応じたメッセージの送付です。表１に、セグメント毎に有効なメッセージについて整理しました。

心理特性が異なれば、当然受診しない理由、またそれに応じて有効なメッセージも異なることがわかります。

図１　乳がん検診未受診者のセグメンテーション

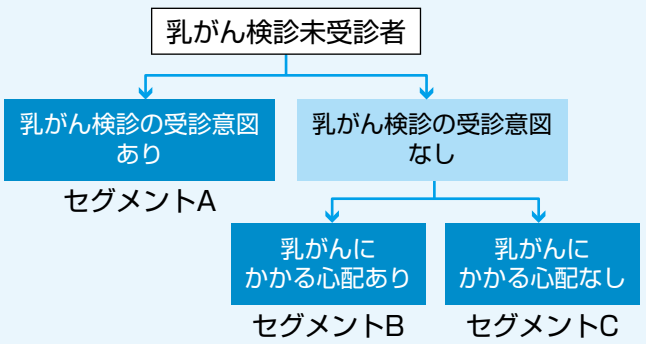

表１　セグメント毎に効果的なメッセージ

	受診しない理由	メッセージ	
		有効なメッセージ	有効でないメッセージ
セグメントA	がん検診の重要性を十分理解しているものの、どこで受診できるか知らない	端的に、受診場所と受診方法のみをつたえる	がんやがん検診に対する知識を伝える
セグメントB	がんになることが心配すぎて、がん検診を受けるとがんが見つかると思っている	がん検診を受けると安心であることを伝える	がんの怖さを伝える
セグメントC	そもそも、がんになるとは思っていない	がんの怖さを伝える	がん検診を受けると安心であることを伝える

テイラード受診勧奨の効果と経済性

従来、わが国の各自治体で行われてきた標準的な受診勧奨は、心理特性の違いを考慮せず、住民をひとくくりにとらえたものがほとんどでした。また、送付されるメッセージも、個別化されたものではありませんでした。

欧米の知見では、そのような画一の受診勧奨に比べて、対象者毎に異なる心理特性に基づいた、テイラード受診勧奨の重要性・有益性が指摘されています。たとえば、Sohlらは、28の研究を統合して分析したところ、テイラード受診勧奨は、画一的な受診勧奨に比べて42％受診率向上に効果的であったと報告。わが国でも筆者らが、テイラード受診勧奨は、画一的な受診勧奨と比べて効果的・経済的であったことを報告しました。具体的には、テイラード受診勧奨によって、約３倍の受診率向上効果がみられただけでなく、一人あたりの乳がん検診追加受診にかかるコストは約半分ですんでいます。

メッセージを送り分けることが難しい場合

理想的には、本稿でご紹介したように、事前にアンケート調査などで住民の心理特性を調査し、それに基づき受診勧奨策をテイラード化する方策が効果的・経済的と考えられます。しかし、現実的には事前の調査の実施が困難であったり、あるいはメッセージを送り分けることが難しい場合も想定されます。

その場合は、次善の策として、セグメント間で優先順位を付け、段階的に受診勧奨を実施していく、という方策が考えられます。

たとえば、１年目は特にセグメントAを優先するのであれば、まずセグメントAにテイラードされたメッセージを全てのセグメント（セグメントA、セグメントB、セグメントC）に対して送付し、２年目以降はセグメントBあるいはセグメントCにテイラードされたメッセージを、同様に全てのセグメントに送付する、という手法をとることができます。

優先すべきセグメントを選択する基準として、TARPARE法という手法が、公衆衛生分野では提唱されています。TARPARE法とは、セグメントの人口規模、健康リスク、説得可能性、到達可能性、公平性、活用可能な資源、の６つの観点から、各対象セグメントを点数化し、どのセグメントが優先的なターゲットになり得るかを、算定する手法です。

しかしながら、６つの基準のうち、特にどの基準を優先するかについては、必ずしも一元的な議論ができるわけではありません。

「限られた資源の中で、どのセグメントの受診率を向上させるのか」という問題は、裏を返せば「どのセグメントを受診勧奨の対象としないのか」を決めることでもあり、その倫理的な判断については関係者間の慎重な議論が求められます。

〈参考文献〉
Harada K, et al.Health Commun.（in press）
Ishikawa Y ’et al.BMC Public Health.2012.12：760.
Sohl SJ ’Moyer A.Prev Med.2007.45：252-261.
Donovan RJ et al.Aust N Z J Public Health.1999.23：280-284.

序章　医者にかかりすぎか

米山　公啓（医師）

先進国の中で日本人は医者にかかる回数が多い。だから長寿なのだという論理が成り立つかどうかはわからない。しかし、先日私が診療している地域の休日診療を行って、やはり医者にかかりすぎなのではないかと実感した。インフルエンザが流行っている時期で、ほとんどがインフルエンザの患者さんばかりだった。

発熱が38度以上の人が多いが、中には結構食事も食べることができ、単にインフルエンザであることを確認にきた人もいた。インフルエンザは診断も簡単にでき、抗インフルエンザ薬もあるので、薬を飲む意味はあるだろう。しかし、罹病期間を1日くらい短くするだけで、絶対的に飲まねばならないというものではない。食事ができ、脱水さえ起こさなければ、自宅で安静休養で十分だろう。むろん高齢者などは治療をすべきであろうが、なにがなんでも治療をしていく必要はない。

高熱になれば、すぐに医者へ行くというのも、日本ならではの医療の姿のような気がする。風邪の治療薬は実際にはないし、風邪薬は罹病期間を短くしない。それでも風邪で医者にかかる患者さんは多い。

医療費を削減するには、市販薬で対応できる風邪にまで、医療品を使うことはどうなのだろうか。こういう問題をなかなか正面から議論しない。OTC（一般用医薬品・市販薬）が増えて、患者の判断で従来の医薬品が飲めるようになってきている。しかし、それでも医者の出す薬は違うと思っている人も多い。そのあたりを、明確にすべきであろうし、適正な医療のありかたを真剣に議論すべきだ。