

現代の健康観とその諸問題

—健康観の諸要素をめぐる分析—

伊藤 ちぢ代

日本大学大学院総合社会情報研究科

What does the Most Recent View of Health Aim at?

—Concerning New Conceptions of Health Care since the 1980s—

ITO Chijiyo

Nihon University, Graduate School of Social and Cultural Studies

In this essay the author tries to establish the importance and significance of the change in the view of health from a medic-centered notion to a patient-orientated one. At first, by examining the definition of health in the Preamble to the 1946 Constitution of WHO, Ottawa Charter for Health Promotion of 1986, and Article 25 of the Constitution of Japan, the meaning of the positive concept of health that appeared in international and national public documents for the first time after the end of World War II is made clear. Then, an inquiry is made about new conceptions of Health Care that have been prominent since the 1980s. This analysis shows that they have done much to bring about new ways of thinking which regard a patient as a dignified person with his/her own life to live, endeavoring to make it truly worth living precisely because of illness, with the assistance of doctors and co-medicals.

1. はじめに

時代の変遷に関わらず人は健康で長寿であることを願ってきた。「健康」に対して人が関心を抱き続けることは、生きることそのものである。健康問題は生きる時代背景に大きな影響を及ぼし、その時代の生き方に直接影響し、時代に要請される「新しい」要素・側面のひとつとして反映され、その時代の健康観が形成される。他方で同時に、健康問題は、生命の尊厳性に直結する「不変」の側面をもつ。生命の尊さは人・場所・時代がどのように変化しても影響を受けない普遍的な価値である。健康観はこの両面によって、形成されてきた。

現代の健康観は、進歩し続ける医学や経済成長が生活水準の向上をもたらした健康水準の向上とともに、生活様式や生活習慣などが変容してきた影響と深く関係していると考えられる。

一つは、公衆衛生の改善や新薬の開発により、感染症が治療可能となり死亡率が激減したことである。

それに代わって、社会構造の変化は生活様式や生活習慣へ影響を及ぼし生活習慣病やストレスによる病気が増加している。過度のストレスにより精神的心理的な要因による健康問題が増加し、生活習慣病に対する施策が具体的に展開されることになる。

二つめは、平均寿命が躍進し続けて、急激な少子・高齢化、慢性疾患を中心とする疾病構造の変化、ニーズの多様化など、健康への関心は拡大していることである。少子高齢化と生活習慣病による慢性疾患の増大により、保健医療福祉の制度も著しく変化してきた。

さらに、地球規模の環境問題は、健康や環境に対する意識の高まりとして表現されている。

そこで、現代社会の中で健康観を構成する要素や側面としてどのようなものがあるのかを分析し、現代に生きる私たちの生命・健康への関わりを考察したい。

なお、本論で「現代」という場合、第二次世界大

戦後の時代、日本の場合、敗戦後の占領政策により戦前的な価値の転換と大きな社会変動を迎えた時期以降を指す。

2. 現代の健康観とは

2.1 WHO の健康の定義

現代の健康に関する定義は、1946年に採択されたWHO（World Health Organization: 世界保健機構）の憲章宣言の前文に方向性が示されている。

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition. The health of all peoples is fundamental to the attainment of peace and security and is dependent upon the fullest co-operation of individuals and states. The achievement of any state in the promotion and protection of health is of value to all.¹⁾

「健康とは、身体的、精神的および社会的にも完全に良好な状態であって、単に病気ではないとか虚弱でないということではない。今日到達しうる最高水準の健康を享受することは、すべての人間が人種・宗教・政治的信念・経済的あるいは社会的状況の区別如何に関わりなく、共通に与えられている基本的人権のひとつである。すべての国民・民族の健康は、平和と安全を達成するための基本であり、諸個人および諸国家の最も充足した協力にかかっている。どの国家であれ、健康の増進と保護の上である国家が達成することは、すべての国家に対して価値を有する。」^{注1)}

この健康の概念は、単に疾病がないという意味での消極的な概念ではない。全人類が目指すべき目標を明示した包括的な積極的な概念である。健康を身体中心で個人の責任であるとしかたえられなかった第2次世界大戦以前の旧き健康概念をのりこえて、社会の中で人間らしく、人間存在にふさわしく生き

ることをも積極的に健康の概念に取り込んだ点が特徴である。積極的意味での健康を享受することが健康権として確定され、これが基本的人権として承認されている。個人の健康を増進し国民の健康権を保全するという国家の義務が明記されている。

1986年、オタワ憲章はWHOとカナダ政府およびカナダ公衆衛生協会による合同の国際会議で採択された。

Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health.²⁾

「ヘルスプロモーションとは、人々が自らの健康をコントロールし、改善する能力を高めていくプロセスである。」^{注2)}

ヘルスプロモーションは健康増進を図る戦略として謳われたものである。ヘルスプロモーションの中心概念は、個人と集団が健康の決定要素をコントロールすることによってニーズを満たし、環境を改善し環境に対処することによって、健康改善を可能にするプロセスである。したがって、すべての人があらゆる生活の場で健康を享受することのできる公正な社会の創造にある。

ヘルスプロモーションにおける健康は生きる目的ではなく、毎日の生活を送るための資源であり、個人的ならびに社会的資源であることを強調した積極的な概念である。健康は、社会、経済の発展および個人にとっても重要な資源であり、生活の質の重要な要素である。

ヘルスプロモーションによる健康の改善は、何人にも整えなければならない前提条件を明示している。人間が生きていくための基本的な条件と安定した基盤は生命の維持に不可欠である。健康のための基本的条件と資源は、平和、住居、教育、食物、安定した生態系、生存のための資源、社会正義と公正である。これらの条件と基盤づくりによって、人々のライフスタイルを改善することが可能になるのである。ライフスタイルの改善の具体的な活動方法は、健康の政策づくり、健康を支援する環境づくり、地域活動強化、個人の技術の開発を提案している。人々が健康問題をコントロールできるよう個人レベルだけ

でなく社会的レベルでの努力が必要であることを提示している。

引用文献

1) WHO. Magna Carta for Health of the WHO, the Constitution of the WHO, 1946.

http://www.searo.who.int/LinkFiles/About_SEARO_const.pdf 2008年4月.

2) WHO, Health and Welfare Canada, Public Health Association(1986) Ottawa Charter for Health Promotion.

http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/798A711D-D30-4E27-8DD6-19561EB969CC/0/ottawa_charter.pdf 2008年4月.

注 1)、注 2) 筆記者訳。

2.2 日本の健康施策の潮流

WHO の健康の定義は、到達しうる最高水準の健康状態は「すべての人間の基本的権利の一つである。」ことを原理的に確認し、生命はいかなる権力によっても侵害されない不可侵のものであることが宣言している。

日本では、19世紀中葉の開国以降第二次世界大戦終結まで、国民の健康は兵力を中心とした生産力として考えられてきた。時代背景から、この前文は日本の健康観の転換に大きな影響を及ぼしている。

日本においては、日本国憲法（1946年）の制定が行なわれ、憲法25条には、国民の生存権の確立と国民の生活の進歩向上が果たせるように努力する社会的な使命を国家は有すると規定されている。

日本国憲法第25条³⁾

「すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する

2 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」

すべての国民は永久の権利として、到達しうる最高水準の健康を求めることが保障されている。

日本における健康増進の施策が積極的に行なわれ

たのは、1970年代からである。1970(昭和45)年、保健所において、保健栄養学級が開催され、日常生活の中で正しい栄養・運動・休養の取り方について指導が行なわれた。

1978(昭和53)年「第1次国民健康づくり対策」が急激に加速していく長寿社会に対する備えとして行なわれた。この対策の目標は国民すべてが健康生活を送ることであり、生涯を通じる健康づくりの推進が基本施策の一つとなっている。これから10年間、平均寿命が延び続け、人生80年時代が到来した。

つまり、日本の平均寿命の延長、乳児死亡率の低下と健康水準は上位に達した。一方で生活習慣病の増加は悪性新生物による死亡率は高位になった。その結果、寿命の延長という量的な変化への問題から、いかに有意義に生きるかという質的な健康問題と課題が重要になってきた。

1988(昭和63)年、第2次国民健康づくり対策「アクティブ80ヘルスプラン」が策定され、厚生省は2次予防から1次予防へと重点を移行した。これまで健診などにより、疾病を早期発見、早期治療することにより、病気が進行しないうちに治す方針から、あらゆる生活習慣の見直し、環境改善などにより病気を発生そのものを予防することに移行したのである。健康増進するには健康的な生活習慣の確立を図ることが重要である。そこで、健康づくりの三要素である栄養、運動、休養のバランスを取ることに重点がおかれて、個人の努力が促され、すべての国民が生涯にわたり、アクティブな生活の維持を目指しているのである。一人ひとりが80歳になっても、日常生活は自立し、社会参加しながら生き生きと明るい生活が可能な社会の形成を目標としている。

このプランによる保健活動は、オタワ憲章によるヘルスプロモーションの影響を強く受けている。

国民の健康づくりを保健医療機関が主導していく体制から広く国民全体が自らの健康づくりに参加する体制へと構造転換を究極の目的としていた。

2000(平成12)年、第三次国民健康づくり運動(健康日本21)が策定された。健康日本21は2010年をめざした「21世紀における国民健康づくり運動」である。その基本理念は、すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするため壮年期死

亡率の減少、健康寿命の延長及び生活の質の向上を実現することである。国民一人ひとりが自己の選択に基づいて健康を増進する。その個人の活動を社会が支援していくことである。

1次予防を目的として生活習慣病の発生を抑える「健康シナリオ」が国民に示されたことが特徴である。

2002年、健康日本21を積極的に実現するために法的基盤として「健康増進法」⁴⁾が制定された。

第一条 「この法律は、我が国における急速な高齢化の進展及び疾病構造の変化に伴い、国民の健康の増進の重要性が著しく増大していることにかんがみ、国民の健康の増進の総合的な推進に関し基本的な事項を定めるとともに、国民の栄養の改善その他の国民の健康の増進を図るための措置を講じ、もって国民保健の向上を図ることを目的とする。」

第二条 「国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない。」

地域社会の公共施設を中心とした環境整備によって、健康づくりや疾病予防を積極的に推進するために健康診断や国民栄養調査、喫煙対策などが行なわれた。内容は生活習慣病に対する1次予防を中心としており、健康寿命の延長が主となり、生活の質の向上については今後の課題である。

引用文献

3) 『日本国憲法』第三章 国民の権利と義務、第25条。

<http://constitution.at.infoseek.co.jp/kokumin.htm>

2008年4月。

4) 厚生労働省『健康増進法』(平成14年八月二日法律第百八号)第一章 総則 第一条、第二条。

http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/law/index_1.html

2008年4月。

3. 現代の健康危機とその背景

1874年医制の発布より、西洋医学の導入と普及により、近代の医療政策が始まった。1922年に労働者に対する健康保険制度が発足し、1961年に市町村に国民健康保険の設置が義務づけられて、国民皆保険制度が成立した。医療の枠組みは、医療法の体系を変えることなく診療報酬が操作されて政策的に充実がはかられた。

しかし、老人医療費無料化が導入され医療費の高騰が生じたため、1985年の第一次医療法改正により医療費の抑制が行なわれた。以後、2000年の第四次医療法改正に至り、高齢化の進んだ老年期の健康問題は加齢による変化と疾病による影響によって生じ、個人・家族だけで抱えて解決できる問題ではなく、重大な社会問題となっている。

世界一の長寿国であるわが国では医療機関への受診は自由であり、保険で認められた検査や治療を行なうことに、なんら障壁はない。逆に、これは受診者が過剰気味となり、検査や薬物投与が多くなりがちで、効率性や本来の質の高い医療サービスの提供という点が問われている。医療の質を求める場合、自分の健康に関する情報はもちろん情報公開やインフォームド・コンセントなどについても多くの問題を抱えている。

さらに、がん、心臓病、脳卒中、糖尿病などは生活習慣に基づく疾病であり、現代の疾病構造を構成している。そこで、主要疾患の要因となる生活習慣の改善が急務である。これらの疾病に罹患することは、現代の食の欧米化や交通機関の発達に伴う生活様式から運動不足が生じ生活習慣への影響が健康障害にまで及んでいることを現わしている。生活習慣が個人の責任であると強調される一方、この時代の社会生活の要素を・側面が反映されているのである。

「いかにして生涯健康で生き生きと過ごすか」、超高齢社会を「いかにして人間性豊かな老年期を築くか」、個人はもちろん社会全体でも重大な課題である。

現代の生活の中で、どのように健康維持・増進を図ることができるのであろうか。人々は社会生活を営む活動の中で、自らの生活を維持している。すべての人が自分らしく生きることを希望し、そのための努力をしている。その中で健康を維持する個人の課題は大きく、毎日の生活に追われ、自ら積極的に

1 次予防に取り組みず、健康障害を引き起こすライフスタイルが継続されてしまうことになる。

そこで、2 次予防が必要となり、早期発見・早期治療として対応することが、病気の進行を防ぐことに繋がる。しかし、2 次予防が遅れると病気は重症化、長期化することによって、治療は高度化・専門化して、医療費の負担は大きくなり、生活の質は低下する。特に近年、2 次予防は、発症から検査・診断・治療という一連の医療技術の進歩と同時に複雑化し、完全治癒から病気の慢性化に伴う継続治療・ケアの継続へと範囲が拡大した。同時に、医療制度改革による入院日数の短縮、早期退院が実施され、健康障害を抱えたまま在宅へと治療の場の変更を余儀なくされ、急激な生活環境の変化に対応できないために混乱が生じている。

言い換えると、入院を必要とする病気の適切な治療から社会復帰までのプロセスに大きな変化が生じている。健康を回復し、維持・増進へと目標達成するためには、2 次予防から 3 次予防へ移行が重要な位置をしめる。

3 次予防は必要な病気の適切な治療により、病気や障害の進行を防止（リハビリテーションを含む）して、いわゆる健康とともに生活の再構築を行なう時期である。成人期においては病気によって、社会復帰がどの程度できるか重要な課題を含んでいる。家庭や社会の中で責任ある重要な役割を担っていることが多く、健康の回復状況は自己概念まで影響を及ぼす可能性を含んでいるからである。

例えば、がんの治療が外来で継続され、あるいは脳血管障害のリハビリテーションが必要で退院後も継続する場合、退院後の生活は入院前とは大きく変化しており、本人はもちろん家族の生活そのもので影響を及ぼす。社会復帰の困難さと不安、家族の負担など多くの課題を抱えて、在宅で治療を継続することになる。早期退院は在宅におけるセルフ・ケアが重要になり、そのサポート体制の整備などが求められ、3 次予防の重要性を示している。

生活習慣病の予防から発症後の進行とともに、1 次・2 次・3 次予防の特徴をふまえた課題に注目することが重要である。現代の健康危機の課題は 1 次予防の如何により、いかに病気にかからないように健

康に過ごすことができるか。一人ひとりの生涯にかかわる生活の質に影響していくことが予測される。一生を通じて継続的に健康の保持増進をはかり、個人の生活習慣の改善のために、社会全体として環境を組織的に変えていくことが必要である。

園田は、健康観の変化や転換の要因を以下のように具体的に示している⁵⁾。

- ① 慢性疾患が今日の主要な健康問題となってきたこと、
- ② 精神的、心理的な要因と強く関わった健康問題が増加していること、
- ③ 加齢や高齢化に伴う健康問題の比重が増加していること、
- ④ 一般の人々の経済的水準や教育水準が大きく上昇していること、
- ⑤ 一般の人々健康や環境問題などへの関心が一段と高まってきていること、
- ⑥ 女性、消費者、高齢者、あるいは病者や障害者などといった、社会的に弱い立場におかれていた人々の権利意識の高まり、利益の主張が強まっていることなどをあげている。

このように 20 世紀後半から急激に進んでいる高齢社会、地球規模の環境問題、人間関係の希薄さや時間に追われるストレス社会、情報化社会などから生じる健康問題はそのまま 21 世紀に引き継がれている。また、健康の支援には、どこに住んでいるかによって、受けるサービスに格差があり、新たな社会問題へと発展している。健康増進のために現代の健康危機に注目していく必要性は明確である。

引用文献

- 5) 園田恭一『健康の理論と保健社会学』、東京大学出版会、1998、p15.

4. 健康観のキーワード

現代の健康観を考える場合、個人、生活、行動、環境という視点と保健・医療・福祉、行政等による健康への関わりや取り組みを背景に検討する必要がある。現代の健康危機の背景の中で、現代に生きる

人々は健康への個人の取り組み方が変わってきたことに注目する必要がある。従来であれば医師への依存というおまかせ医療と言われた健康管理体制から、自分の健康に対する自己責任を自覚し、自分の生活習慣に関する行動、生活、考え方や環境との関わりに主体性が求められている。

生活習慣病は、食行動、運動、睡眠などの行動パターンが大きく変化しており、高カロリーでバランスの悪い食事摂取、肥満、喫煙やアルコール過剰摂取、車社会で日常生活における運動量の減少、不規則な生活、睡眠不足、精神的ストレスの増加などが要因にあげられる。これらの要因が如何に改善され、健康を保持・増進するか、あるいは疾病予防と疾病早期発見につなげるか、ヘルスプロモーションの基本理念の実現に向かうことである。

人々は生涯にわたり健康で生き生きと過ごすことを目標にしている。「いかに生きるか」「どのように生きるか」「どこでどのように生きるか」という生活や生活スタイル、環境との関わりに注目する。

そこで、健康観を検討する場合、以下のような視点でキーワードをあげ分析を試みる。

経済的成長と自然環境の保全と人間の生活の質が求められ「クオリティ・オブ・ライフ」、健康が身体的健康だけでなく、人間の存在と生活行動・健康意識との関わりで「ホリスティック・ヘルス」、人間が本来自律をした存在であることを前提にした「セルフ・ケア」である。また、社会的な関わりの中で、健康生活をめざして学習を積み重ねており、ある特定の行動を習得し、他者の行動を見て模倣する。運動習慣や禁煙、食事のコントロールなどの健康行動は、健康教育においてどのような動機づけ、行動変容を図るか重要課題である。

そこで、行動変容は強制ではなく主体的変容を期待し、動機付けや考え方、行為に関わる「自己効力理論」が有効とされている。人々が慢性の病いとともに生活するとき、どのような障壁があり、それにどう対処しているのかを「コンプライアンスからアドヒアランスへ」と病を体験している人の立場に焦点をあてることが重要である。

さらに、主体が人間であることを、かつ自分自身で自己の健康を管理することは重要である。同時に

健康管理の継続は困難をとまなう。そこで、「エンパワメント」により、健康に関わる状況を改善するために、人が自己の能力に気づき、それを発揮させていくプロセスに注目する必要がある。

4.1 クオリティ・オブ・ライフ

人間は生まれ育った生活環境の中で、その時代の歴史的背景、文化、価値観を有して生きている。

現代は健康を単に病気の有無やそれに伴う症状の程度からではなく、生存し生活や人生を高めていく、言い換えれば自己実現をめざすための手段である。保健医療の分野においても、医療技術の急速な発達で人間の終末期においても延命治療が可能になり、生命の量として充足されてきた。延命は、本当にその人らしさを維持し、その生きる姿が身体的、精神的、社会的生活の営みに大きな影響をあたえている。慢性の経過を辿る病気の治療より、病気とつきあいながらどのように生活を整えるかに注目する必要がある。生命の量とは長寿を求めて平均寿命の延長が重要になる。さらに、延命だけでなく、生活、人生そのものの生活の質を問うことが求められている。

そこで、クオリティ・オブ・ライフの意味するものは何か、以下の3点をあげることができる。

- ・健康を身体的側面に集中してきた評価を、心理的・社会的はもちろん生活面への影響にも目を向けていく必要性が強調されていることである。
- ・健康な生活を送ることができることは、身体的な側面の充足だけではなく、日常生活への満足や社会活動が継続的に保持でき、生活の質を保つことにつながると考える。つまり、生活、人生の質は、個人でも、集団でも生活する主体がどのように感じているかが一番肝心なことである。
- ・人は人生の過程で、一病を持ち続けていくとしたら、その病気の完治のみを追及するのではなく、病気であることが受容され、積極的にプラスに受け止め、一病有りながらも健康保ち続けることによって、自己実現をめざすことが強調されている。

4.2 ホリスティック・ヘルス

ホリスティック・ヘルス (Holistic Health) は1970年代にアメリカ、カリフォルニアから現代の医学へ

の批判として起った。

中山はホリスティック・ヘルスについて、その背景と定義について、以下のように述べている。

「ホリスティック・ヘルスという言葉が、科学的医学の限界に対するものとして用いられている。」⁶⁾

ホリスティック・ヘルスの基本的な概念は Holistic と Health の語源から整理され、全体論的な考え方によって、健康を統合された状態としてみるということ、その状態の実現のために、健康をポジティブな方向性をもつものとしてみる必要がある。

ホリスティック (holistic) の語源はギリシャ語で holes、全体や調和を意味している。全体というのは、個人として身体と精神の統合や調和を表し、さらには人間として、一人ひとりの個別性が尊重されることを表している。

ホリスティック・ヘルスの概念は殆どの文献において、健康を body, mind, spirit の統合された状態として多く用いられている。

本宮は「全人的(ホリスティック)」を以下のように規定している。

「個々人の生を,精神,身体,他者,環境からなる自己の全関係性と生の質の全レベルにおいてとらえていくこと」⁷⁾

「ホリスティックな健康とは精神,身体,他者,環境からなる自己の全関係性から見て、一人一人与えられた条件において自ら達成可能なより良好なレベルの生の質を得ている状態である。」⁸⁾

「生の質 (Quality of Life)」については、「生存」にかかわる特性として価値にかかわることである。量であれば生存の時間などで客観的であるが、質を問うとは価値を問うことであり、生命、生活、人生のそれぞれのレベルにおいて、自己の存在を自己の価値観の中で問い、あるいは問い続けることである。

全人的な健康を問うことは、一人一人の生き方をどのように実現するか、自らのあり方を表現していくことと考えられる。人間は社会的存在であるという言葉は、各個人が自ら他者との関わりや環境の中でどのように生きるかを問うことを意味している。

日本でホリスティック・ヘルスが人々の関心を集

めたのはサリドマイド禍などの薬害や有毒な工業廃水による公害問題などに対する不信や恐怖が広がっていたからである。人間にとって科学の発展が何をめざしているのか社会全体で問い直され、ホリスティック・ヘルスが人間の存在や生命を尊重することから注目された。特に、健康レベルの低下による治療を必要とする場合は、現代は西洋医学への信頼と期待以上に、人間としての尊厳が保たれるかという不安の中で、生命が本来もっている自然治癒力を治癒の基本と強調されるホリスティック・ヘルスの考え方に大きな期待がよせられていると考えられる。

ホリスティック・ヘルスは科学的医学への限界に対するものとして、社会の中であらたに示された内容で生き方そのものを現わしている。また、ホリスティック・ヘルスは個人の責任が明確に表現され、かつ強調されている。現代の健康について考える場合、健康がライフスタイルや他者と関わりで生じるストレスが関連していると言うことが明確になり、個人の与えられた条件を問い直すことが求められている。個人の条件を問うことは、人間として生きるために必要な能力、本来具わっている能力に注目することになる。人間は生れてから死ぬまで、成長・発達し続けるなかで、一人の人間として自律した存在となることである。ホリスティック・ヘルスは健康は身体的な病気にだけ注目されるものではなく、精神・心理的、社会的な側面にも影響することにあためて注目した概念の必要性を問いかけていると考えられる。人間の成長発達とともに獲得され、発揮される能力として、自分で如何に自分をコントロールするかというセルフ・ケアが注目されていった。

引用文献

- 6) 園田恭一、川田智恵子編『健康観の転換』、(中山和宏、第3章、ホリスティック・ヘルスの概念と問題点)、東京大学出版会、1995、p54.
- 7) 園田恭一、川田智恵子編『健康観の転換』(本宮輝薫、第2章、健康度のホリスティックな把握と評価)、東京大学出版会、1995、p34.
- 8) 園田恭一、川田智恵子編『健康観の転換』(本宮輝薫、第2章、健康度のホリスティックな把握と評価)、東京大学出版会、1995、p34.

4.3 セルフ・ケア

人々は健康に対する考え方やライフスタイルの改善を必要とした。自己決定による自己コントロールによって、自分の健康は自分で管理していくというセルフ・ケアの概念が重視された。

人間の生命や健康を維持するためにはセルフ・ケア(self-care)が必要である。セルフとは人間の全体的存在(whole being)と言う意味であり、セルフ・ケアは「自分自身のために」「自分で行う」という意味を持っている。

1950年代以降、慢性疾患の増大や完全に治癒が望めない疾患、医療技術が高度化、また高騰し続ける医療費の負担増、医療情報の不適切さや多種多様な検査や薬物の副作用等医療不信などの社会情勢を背景としている。この中で、自己負担の増大に対抗する消費者運動をはじめとする市民運動、人権問題などが起った。

1970~1980年代にかけて、セルフ・ケアに関心が高まっていった。セルフ・ケアは、アメリカの文化や社会背景に発達してきた概念である。セルフ・ケアとは何か。セルフ・ケアが取り扱う範囲について2つの区分がある。

一つは日常生活行動の遂行を中心とした考え方である。WHOのICF日本語版国際生活機能分類の中でセルフ・ケアがあげられている。

「自分で自分の身体を洗うこと、身体各部の手入れ、排泄、更衣、食べること、飲むこと、健康に注意すること」⁹⁾

もう一つは、人間の活動をすべて包括した考え方である。わが国では1970年代後半にオレム(Orem, Dorothea E)によるセルフ・ケア看護の概念と構造的枠組みが紹介された。オレムは以下のように述べている。

「セルフ・ケアとは、個人が生命、健康、および安寧を維持するために自分自身で開始し、遂行する諸活動の実践である」¹⁰⁾

健康を維持するという展開では、後者のセルフ・ケアに関して焦点をあてる。日常生活行動を開始する主体の考え方が生理的欲求の充足から自己の実現に向かうことが人間の全体的存在を現わしている。

現在、セルフ・ケア概念は様々な領域で必要とされているが、様々な受け止め方がされている。

宗像はセルフ・ケアを以下のように定義している。「セルフ・ケアとは人々が自らの健康問題を、資源を使って解決する保健行動である。」¹¹⁾

保健行動学の立場から、セルフ・ケアについて、以下の3つの考え方を示している。

- ・自分の健康を増進し、疾病を予防し、病気を回避し、病気から回復しようとする個人人の活動である。専門家の助けを全く借りないというものである。
- ・患者の意志が尊重され、健康の維持、増進・回復のために医療従事者の指示を守るコンプライアンス行動
- ・医療専門家の助けを活用して自ら健康問題を解決しようとする行動。実際にはどのような行動を取る必要があるかを自己判断し、実行するという考え方である。特に、糖尿病などの慢性疾患をもつ人が病気と折り合いをつけて生きていくためには、専門家と関わりながら、主体的な健康行動を取る必要がある。

このようにセルフ・ケアの考え方は様々である。人間である個人が自己の健康を維持・増進していくためにどのように専門的な知識や技能を取り入れ、専門家に何を手助けしてもらえばいいのか自己判断、自己決定する能力を有する存在であるということである。

つまり、これまで自分の病気や治療に対して、全面的に医療の専門家に任せるという方向から、健康の維持・増進から自分の健康を自分で守るという自己管理の方向に変化していることを示している。

健康の自己管理は、日々の積み重ねとして、結果を伴うことになる。健康を維持して、自己実現をめざす過程は、試行錯誤であった。その経験は、失敗と成功を繰り返している。成功体験は自己活用に達成感と自信をもたらし、さらに、生きる意欲として注目される。

引用文献

- 9) ドロセア・E・オレム著、小野杜紀訳『オレム看護論 看護実践における基本概念』、第3版、医

学書院、1995、p149.

- 10) ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)『国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—』.
- 11) 宗像恒次『保健行動学から見たセルフ・ケア』、看護研究 20 巻 5 号、1987、p20-29.

4.4 自己効力 (self-efficacy)

健康な習慣を再獲得し、その生活習慣が継続していくには、行動変容を図る必要があり、それまでに獲得した価値観や信念の転換を伴うことが重要な課題である。

人は行動を遂行する過程で、その行動の実現可能性を予測し、コントロールする能力を有する。

1977 年、バンデューラ (Bandura, Albert) により自分自身の能力への信念を説明する理論として、発表された。彼は人が社会あるいは他者から学習する様式に関する研究を行なった。人はある新しい行動を習得する過程において、モデリングや認知的評価の重要性を強調している。

人は自分で考え望ましい行動をとっている。その主体的な行動の獲得では、他人の行動を観察し、模倣の中で試行錯誤している。適切なモデルと出会えると習得過程は著しく短縮できる。この過程で成功体験となれば、行動変容する必要性に不安が軽減し、達成感や自己活用における効力がもてる。学習過程において人は特定の行動に取り組むとき、どの程度その行動ができるかという予測をたてる。個人がこの特定の行動にもつ予測や見通しのことを自己効力と名付けている。¹²⁾

人が自分の健康をコントロールする力を発揮することは、健康の維持・増進につながる。それは自分で自分を生かしている、言い換えれば、自分のもつ力を信じることであり、予測される状況をコントロールするために必要な行動を計画し、実行するための能力として認識される。

人はセルフ・ケアを行ない、その経験は加齢とともにコントロールができるようになり、自己をうまく活用しているという認識を持つことができる。

引用文献

- 12) Albert, Bandura. Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change, *psychological Review.* 84, 1977, p.191.

4.5 コンプライアンスからアドヒアランスへ

これまで述べてきたように、21 世紀には、慢性の病い (chronic illness) とともに生活することが求められる。言い換えれば、慢性の病はその養生方法をすべて生活の中で位置づけ、継続していくことが求められている。

わが国では「一病息災」と言われるように、持病が一つくらいある方が、無病の人よりも健康に注意し、かえって長生きできるということが言われてきた。しかし、持病が何であれ、現代では難病という原因不明の病気さえ、持病として抱え込まなければならない複雑な状況である。人間として、家庭そして地域における自分の役割を果しながら、医療従事者から指示された養生法を自分の生活の中に取り込み、かつ長期に継続することが必要である。

継続するということは、病気をコントロールしていくことであり、様々な障害を伴うことである。コンプライアンスという言葉は、病を体験している人たちが、病のコントロールのために、保健医療職者の指示を患者が実践する能力を表現する場合に用いられてきた。この考え方は、保健医療従事者中心の考え方である。

病を体験している人が、自分の生活の中で養生していくこと人を中心において、考える必要がある。実際に生活している人の視点から障害を軽減させることが重要である。

そこで、アドヒアランス (adherence) という用語が用いられ、生活者の視点 (病気とともに生きる) に立った障害を明らかにしていくことが求められている。保健医療従事者中心から患者中心への転換、いや本来の姿であると考えられる。まさに、コンプライアンスからアドヒアランスへと変化している。病を体験しながら自分のめざす自分らしさを実現するには、健康に不安を持ちながら、それだけでも大変なことである。これまでの治療はすべておまかせという依存から、多くの患者は自律することで、自分の病気と関わっていくことが求められている。

患者が自分の病気を理解し、治療計画や治療方法に積極的に参加することが求められている。そこで、アドヒアランスとは、自分自身を支えるために責任を自分が持つことであり、自分を支えるためにたゆまず努力することが期待されている。

さらに生活において、アドヒアランスの障碍になるものは何かを見極める必要がある。

健康な生活の主体は本来生活者である。しかし、時代背景からも、国や権力や権威を有する医療従事者主体で健康が語られてきたことが見直されている。生活し健康を維持したいと願う人々は、自己に対する責任とともに、その成果をしっかりと実感して健康な生活を送る権利が守られる必要があることが公に議論される時代になってきた。その背景にある概念に「エンパワメント」がある。

4.6 エンパワメント (empowerment)

1986年のWHOによるヘルスポロモーションは「人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようになるプロセス」として、位置づけられた。このことは、健康は生きることの目的ではなく、毎日の生活の資源である、身体的能力であると同時に個人と社会の資源であることが明確にされた。この概念が明確にされた背景に健康教育における個人の能力への期待と援助協力的な健康教育への転換であった。

パワレスネス (powerlessness) な状態が病気のリスクファクターとなることから始まる。エンパワメントは健康に関わる分野で活用され始め、ヘルスポロモーションにおいても一つの特徴と考えられ、「人々への能力の付与」として基本理念と一致して、導入された。この概念は、1960年代にアメリカにおいて、無力感からの回復、コントロール感覚の再獲得として、明確にされた。エンパワメントの概念は発展過程にあり、本来の人間としての存在を確立し、自己のもつ力を発揮できるように家族や社会、環境を変革する考え方として発展してきた。そのねらいは人間の復権、解放に向けての社会運動を支援する考え方に活用された。

エンパワメントは人々がなんらかの健康障害を有する状況にあるとき、患者の権利擁護や潜在能力を

大切にした意志決定、自己決定に基づいたセルフ・ケアや行動変容の基盤となる概念として考えられる。具体的に言い換えると、エンパワメントとは、健康に関わる状況を改善するために、人が自己の能力に気づき、それを発揮させていくプロセスであるということである。

健康が障害されると言うことは、個人と家族はパワレスネスな状態になる。そのときに、パワーリソースがなんらかの原因で影響をうける。一番に体力、活力、動機はもちろん、状況の判断に必要な知識、肯定的な自己概念、心理的強さ、社会的支援が不足すると考えられる。

慢性の病気の場合、身体障害、未来への希望の喪失、減収、生活の質の低下、他者への依存の増大、病気についての知識の不足など、初めての病気体験は、状況の理解を困難にして、知識の低下をもたらす。この状況で、エンパワメントの過程は、まず、人間は自分自身の健康に対する根源的な責任を負うことから、始まる。関わりは、対象との協力関係であり、対象をコントロールしようとするのではない。エンパワメントの過程は信頼関係が必要条件である。

5. 健康観の課題

健康観に関わるキーワードについて、それぞれの特徴について述べてきた。健康観について検討する必要条件は、健康はすべての人に保障された基本的人権である。人権として認められた健康権は、平等にその保障を受けることができる。

健康に関わる疾病構造の変化、生活習慣と健康レベルの変化は、健康のリソースとなるパワーの源泉の獲得とリソースへのアクセスとコントロールが可能であるかで健康観は左右されると考えられる。

たとえば、健康と環境の関わりでは、どこに住むかによって、安全な環境が脅かされることになり、健康格差が問題になる。

健康にかかわるリソースは経済的、政治的リソースが不安定であれば、生活の基盤は大きく揺らぎ、生命の危険にさらされることになる。

社会的リソースとして、自然環境はもちろん維持していくことが健康な社会生活を送る上で、重要である。環境は一部の大企業や工場の存在が環境破壊

をしているのではなく、地球上に生きる人間が消費生活を送ることによって、生活の仕方が環境破壊に関連している。人間の生活スタイルが、人生をどのように送るかというライフスタイルのあり方として、健康に影響を及ぼしている。

また、人間の知的リソースについて検討するとリソースを知識として理解することから始まる。健康を維持するために必要な知識を獲得する機会が確保されることが、健康維持には重要である。年齢、性別、宗教にかかわらず、自分の理解できる言語で、獲得する権利を有するのである。

人間と人間の関係として、親子関係、兄弟関係、友人、家族関係が人間の信頼関係や尊敬、愛情という基盤があり、人間としてもっている欲求の充足が本来の健康として大切である。この人間と人間の間を信頼できる関係として、構築していくことが重要な課題である。この関係は、患者と医療従事者ではチームとしてのサービスの質に関わり、健康の回復に大きな影響を及ぼす。また、患者と家族の関係は生きる意欲に関わる愛情の欲求の充足となり、生活の質にも大きな影響を及ぼすからである。

また、慢性の病に関わる場合に焦点をあてると、健康障害による生活の見直しや価値観の転換が差し迫り、如何に教育的に関わるかが重要な課題である。それは、健康は誰のものか？と問われていることと同様である。誰が中心に健康問題に焦点をあてれば、障壁になっている健康問題への対処はコンプライアンスの能力として、評価されるであろう。

しかし、医療従事者中心では、患者を継続して望ましい方向へ、変化させし続けることはできない。健康問題とその状況に対する対応が生活者の視点となれば、自分を支える責任を自分自身がもつようになりアドヒアランスを支えることが必要な対応である。

本来の健康はその人自身のものであり、そこに健康に対する個人的な責務とともに、知識の再獲得と行動の変容、健康教育のあり方に焦点をあてることは、今後の課題として大きな要素である。

健康教育は単なる知識の伝達ではなく、望ましい健康行動への変容を自らが期待することによって、自己の効力感をたかめることにつながる。健康教育は、多くの経験により関連づけた対応とそれに対する

価値を持っている。もし、それまでに経験してきた考えや行動が活用されないとすれば、その経験の否定だけでなく、人間として否定されていることを感じることになる。喪失感をもつことは、健康に対する意欲に関わり、自らの健康をコントロールすることができるような支援とはならないのである。主体は本人であり、自覚した健康問題や課題に対して、相互の責任を持ったうえで、どのように支援するかが課題である。

日本の保健・医療・福祉の連携は、個人及び地域の集団に対しても、健康への支援をしていく専門職のチームとして、積極的に働きかけることが期待されている。これらを社会資源として、人は健康問題を自らコントロールする能力を積極的に獲得していくことが求められている。

参考文献

1. 池見西次郎『セルフ・コントロールの医学』NHKブックス、1978.
2. アルバード・バンデュラ著、原野広太郎・福島脩美共訳『モデリングの心理学—観察学習の理論と方法—』金子書房、1979.
3. アルバード・バンデュラ著、原野広太郎監訳、『社会的学習理論—人間理解と教育の基礎—』金子書房、1979.
4. 田中恒男『健康の生態学』大衆館、1985.
5. 小泉明（研究代表）『健康概念にかかわる理論的研究』（昭和60年度科学研究費補助金総合研究A研究成果報告書）、東京大学医学部公衆衛生学教室、1986.
6. 日本ホリスティック医学協会編『ホリスティック医学入門』柏樹社（東京）、1989.
7. 河野友信『医療学—人間中心の医療をめざして—』朝倉書店、1990.
8. S. ロック/D. コリガン、池見西次郎監修『内なる治癒力』創元社、1990.
9. 本宮輝薫『ホリスティック医学のパラダイム、生命のダイナミクス』柏樹社、1990.
10. Funnell, MM. et al. Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education. Diabetes educator. 17, 1991, p37-41.

11. 永田勝太郎『QOL 全人的医療がめざすもの』講談社、1992.
12. 園田恭一著『健康の理論と保健社会学』東京大学出版会、1993.
13. 本官輝薫『ホリスティックな健康とは、あなたの自然治癒力をほり起こせ』リヨン社、1993.
14. 吉田亨『健康学習と Empowerment Education.』Health Sciences. 10 (1) 1994.
15. 本官輝薫『ホリスティック・パラダイム』創元社、1995.
16. 園田恭一、川田千恵子編『健康観の転換』東京大学出版会、1995.
17. 野嶋佐由美、エンパワーメントに関する研究の動向と課題、看護研究、29 (6) 1996.
18. ノラ J. ペンダー著、小西恵美子監訳『ペンダーヘルスプロモーション看護論』日本看護協会出版会、1997.
19. ローレンス W. グリーン・マーシャル W. クロイター著、神馬征峰他訳『ヘルスプロモーション』医学書院、1997.
20. 清水準一、ヘルスプロモーションにおけるエンパワーメントの概念と実践、看護研究 30 (6) 1997 p453-457.
21. 園田恭一『健康の理論と保健社会学』東京大学出版会、1998.
22. 日本健康支援学会編集『健康支援学入門』北大路書房、2001.
23. 山崎喜比古編『健康と医療の社会学』東京大学出版会、2001.
24. ノラ J.ペンダー著、小西恵美子監訳『ペンダーヘルスプロモーション看護論』日本看護協会出版会、2002.
25. Anderson, RM. et al. Using the empowerment approach to help patients change behavior : in Anderson, BJ. et al. Practical psychology for diabetes clinicians. ADA. 2002, p3-12.
26. Onega, LL. et al. "Powerlessness". Lubkin, IM. et al. Chronic Illness. Jones And Bartlett Publishers, 2002, p297-310.
27. Funnell, MM. et al. Patient Empowerment : A Look Back, A Look Ahead. Diabetes educator. 29 (3), 2003, p454.
28. Penelope Hawe, Deirdre Degeling, Jane Hall 著、鳩野洋子、曾根智史訳『ヘルスプロモーションの評価』医学書院 2003.
29. L ノルデンフェルト著、石渡隆司他監訳『健康の本質』時空出版、2003.
30. 日本健康教育学会編『健康教育～ヘルスプロモーションの展開』保健同人社、2003.
31. 木村修一監修：長谷川俊彦『21 世紀の日本の新健康政策「健康日本 21」』ヘルスプロモーションの科学, 建白社, 2005.
32. 川上憲人・小林康毅・橋本英樹編『社会格差と健康 社会疫学からのアプローチ』東京大学出版会、2006.
33. 新村拓『健康の社会史 養生、衛生から健康増進へ』法政大学出版会、2006.
34. ガダマー、ハンス=ゲオルク著、三浦國泰訳『健康の神秘—人間存在の根源現象としての解釈学的考察』法政大学出版会、2006.

(Received: September 30, 2008)

(Issued in internet Edition: November 1, 2008)