

論 説

「ケア」と健康の連結を考える

三 浦 正 行

目 次

1. 問題関心
2. 国民の健康をめぐる状況
3. 「ケア」と健康の連結
4. 健康への真の「ケア」の連結のために - 「結び」にかえて -

1. 問題関心

今日、国民の健康をめぐる情勢が大きく変化してきている。それは、「健康日本 21」が策定され、その法的根拠としての「健康増進法」が公布されたところに端的に現れている。つまり、「生活習慣病」対策を軸とした「国民の責務」としての健康づくりの「上からの提起」の問題である。

「健康日本 21」は、国民の健康問題の中心に「生活習慣病」を置き、具体的な数値目標を掲げながら、生活習慣形成を中核に据えた健康政策として制定された。極めて身近な生活習慣との関わりにおける健康づくりは、国民的な関心として非常に大きいものである。しかし、それが「権利」としてではなく、「責務・義務」として国策として提起されてきている。これについては、日本国憲法第 25 条に謳われる「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」や WHO 憲章に謳われる健康の権利性の問題と対比させながら正確にみておく必要がある。

また、生活習慣の主体は私たち自身であり、それだけに、「生活習慣病」対策は、どうしても「自己責任」の領域の問題となりやすいし、「国民の責務」としての「生活習慣病」対策の根本は「自己責任」の徹底といえる。「稼ぐに追いつく貧乏なし」といわれ、だからこそ、「身体が元手（資本）」の論理の中で、本来は「社会化」されるべき生活が、「丈夫で、健康でありさえすれば何とかなる」といった強烈な「不安感」の中でのわずかの「安心感」にすぎること、国民は黙々と狭い日常生活の枠の中に押し込められていき、社会との関係が希薄となっていくことになる。

死亡率減少への寄与度、平均寿命の伸張、そして国民保健・医療費の削減などとの関わりの中で、「生活習慣」は従来から強調されてきているウェルネス論の提唱やその具体的な展開の中

にその本質をみることができる。しかし現下の健康をめぐる政策提起の意味は、さらに大きく深い意味をもっているといえる。

これに関わって、斉藤貴男『安心のファシズム - 支配されたがる人々 - 』は、次のように述べている。

イラクでの人質事件でしきりに自己責任論を唱えていた『読売新聞』のデータベース(1986-)を検索してみると、90年代初め頃まで、自己責任という言葉は金融・証券市場以外の世界ではほとんど使われていなかったことがわかる。...この延長線上に、たとえば介護保険制度の導入があった。糖尿病など従来は「成人病」(adult disease)と呼ばれていた疾病が、96年に厚生大臣の諮問機関である公衆衛生審議会成人病対策部会の提言で、患者本人の責任を前面に押し出した「生活習慣病」(life-style related disease)と言い改められ、以来、医療費の自己負担分が増加してきたことも記憶に新しい。...かくて「自己責任」の氾濫は、弱者を排除するための方便に悪用されかねない危険をはらんでいく¹⁾。

そして、イラクの人質バッシングにおける「自己責任」は、「非国民」と読み替えることができる²⁾ といっているが、「イラク」問題の中で特徴的に語られる「自己責任」論は、「生活習慣」形成という「行動化」をともなう健康づくりでの自己責任論と完全に重なりながら、その分野での「非国民」を作り出す働きをもつことになる。そして、国民の中に「非国民」状況が作り出される時代とは「戦争」の時代であり、ことさら今日の健康問題を注意深くとらえておかなければならない理由はここにあるといえる。

実は「イラク」にみられる問題は、WHO体制での「平和主義」にもとづく健康づくりの基盤の崩壊という深刻な問題に対する警鐘といえる。第二次世界大戦までの一連の世界規模での戦争状態が終結することによって立ち立てられたのがWHO体制である。そこには、「平和であってこそ健康」という明確に文言としては表記されていないけれども底流に流れる精神をみることができる。つまり、「戦後60年」を迎えようとしている時代的な節目は、WHO体制での健康づくりの推進にとっても、節目の時を迎えることになる。1946年に草案が採択され、1948年に正式採択されたWHO憲章の歴史的意義とその精神とが改めて確認されなければならない。それは、「健康の定義」と「健康の権利性」が世界レベルで明確に提唱され万人が承認したということである。「健康の定義」については、諸々の議論がなされてきたし、現在でも、Dynamic, Spiritualの二文字が加筆される動きがあるなど、ある種の「曖昧さ」をもったものではあった。しかし、「権利性」については、日本国憲法第25条でも語られるように確固たる位置を示してきている。そして、憲章の中に明文化されてはいないが、未曾有の世界的惨禍を

1) 斉藤貴男『安心のファシズム - 支配されたがる人々 - 』岩波新書、2004年。p.18-20 参照

2) 斉藤貴男、前掲書、p.37 参照

経て憲章が採択された時代背景からすれば、「平和主義」が根底にあるといえる。

今日の日本における健康をとりまく状況とは、「生活習慣病」や「自己責任」そして、「国民の責務」といった、ことさら「個」への関心をかきたてながら、権利性をかなぐり捨て、同時に「平和主義」をも否定しかねない状況へと向かっているようである。それだけに、私たちは大きな二つの課題に直面しているといえる。一つは、「平和でこそその健康」の意義を確認し直すことの重要性である。もう一つは、「権利性」を失い、「国民の責務」が強調されながら、自己責任のもとで「生活習慣」形成という「行動化」が強制的に推進されようとしていることの問題性である。

こうした二つの課題を設定したうえで、ここで検討を加えていくのは、健康分野への「ケア」の適用の問題である。医療分野での使用から始まって、今日では広い範囲で「ケア」と連結した言葉が用いられてきている。しかし、「ケア」という言葉自体の吟味も十分でなく、安易に用いられている傾向がある。そもそも、「ケア」は「人間の本質」にまで迫る奥行きも深く幅も広い「豊かな」意義をもつ言葉であるが、そのことが十分反映されるような用いられ方がされている状況ではない。それだけに、たとえば、「行動化」との関連の中で、「ケアする人」と「ケアされる人」との関係だけが強調される嫌いがあり、本来の意味を離れて、狭く浅い「ケア」となってしまうと、健康づくりのうえで必要な様々な「関係」を逆に断ち切ってしまうことにもなっている。一方で「ケア」の発想に学びながら健康づくりの実情を見つめ直したとき、設定された二つの課題に迫る、今日の国民をめぐる健康づくりのうえでの問題性が浮き彫りにされてくるのである。

2. 国民の健康をめぐる状況

(1) 「健康日本 21」とその問題性

国民の健康度（健康状態）をわかりやすい数値で概観してみると、合計特殊出生率 1.29、平均余命（平均寿命）は男 78.32 歳、女 85.23 歳、10 万人の出生に対する 65 歳の生存数は男 85,384 人（85.4%）、女 92,922 人（92.9%）で、80 歳までの生存可能性は男 54.2%、女 75.9%というように、まさしく世界最高水準である。しかし、「少子高齢化」の進行は、人間的な発達のあるあり方の検討も含めて新しい課題を突きつけていて、両手を上げて万々歳というわけには行かない。もちろん、戦後の公衆衛生制度や学校保健制度などの確立と展開にみるように、国民の健康づくりのうえで果たしてきた「健康政策」の意義は大きいし、その「実績」が否定されるものではない。ここではまず、今日の健康水準を作り上げてきた「健康政策」の流れを振り返っておきたい。

戦後初期の栄養改善施策にはじまり、1964（昭和 39）年頃の健康増進施策、1970（昭和 45）年頃の保健所での栄養・運動・休養の取り方についての具体的な指導、第 1 次国民健康づくり対策の開始は 1978（昭和 53）年で、1. 妊産婦、乳幼児等を対象とした健康診査に加え、老人

保健事業の総合的実施を図るための生涯を通じた予防・健診体制の整備 2.市町村保健センター等の設置と保健婦等のマンパワー確保による健康づくりの基盤整備 3.健康・体力づくり事業団等による活動の推進と健康づくりの啓発普及が図られた, 第2次国民健康づくり対策の実施は1988(昭和63)年で、「アクティブ80ヘルスプラン」-生活習慣の改善による疾病予防・健康増進の考え方の発展が図られた³⁾。

こうした流れのなかで現れたのが,2000(平成12)年の第3次国民健康づくり対策の策定(「健康日本21」)であり,これは,寝たきりや痴呆などによる要介護状態でなく生活できる期間(健康寿命)を延伸し,すべての国民が健やかで活力ある社会とするための対策である。とくに,「健康日本21」は,「少子高齢社会」での健康のあり方を強く意識したものである。もちろん,先にも触れたように,すでに1960年代から「高齢化」の傾向が認められていながら,的確で十分な対策が講じられてこなかったことの問題に直面しているという側面もあり,この点では,「社会化」され「政策化」された健康づくりの重要性が浮き彫りにされてきたといつてよい。

但し,実際に策定の中身を見ると,「社会化」の発想がなほ繰り捨てられているといえる。そこでは,次のように述べられている。「全ての国民が健康で明るく元気に生活できる社会の実現のために壮年死亡の減少,健康寿命の延伸と健康に関する生活の質の向上を目指し,一人一人が自己の選択に基づいて健康を増進する。そして,その個人の活動を社会全体が支援していくこと」⁴⁾

基本方針としては,一次予防の重視,健康づくり支援のための環境整備,健康づくり運動の目標設定とその評価,多様な健康増進運動実施主体間の連携をあげている。その対策として,生活習慣・生活習慣病9分野での取り組みの方向性と具体的な目標設定を行い,さらに,1.栄養・食生活 2.身体活動・運動 3.休養・こころの健康づくり 4.たばこ 5.アルコール 6.歯の健康 7.糖尿病 8.循環器系 9.がん,をあげ,運動推進の4本柱としては,以下のような事柄をあげている。1.健康日本21全国大会などによる普及啓発 2.ヘルスアッププランなどによる推進態勢の整備と地方計画支援 3.保健事業の効率的・一体的推進 4.科学的根拠にもとづく事業の推進

健康づくりにおける「社会化」は,WHO憲章でも明記され,日本国憲法第25条でも謳われている健康の権利性のもとでは「国の責務」として必然的に起こってくる性格の問題である。しかし,「生活習慣病」を具体的な対象とし,個別の数値目標も定めて一人一人が自己の選択に基づいて健康を増進することを社会全体が支援していくことが謳われるだけで,健康政策の主体であるはずの国の責務が明確にされていないのである。それは,「健康増進法」(2002年(平成14)8月制定,2003年(平成15)5月施行)第二条(国民の責務),第三条(国及び地方公共団体

3)厚生統計協会『厚生指標・臨時増刊 国民衛生の動向』2003年第50巻9号,p.78

4)厚生統計協会,前掲書,p.78

の責務)、第四条(健康増進事業実施者の責務)、そして第六条(「健康事業実施者」の規定)など⁵⁾をみれば明らかである。

第二条は「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」と、まず求められるのは国民の責務なのである。そして、確かに、第三条は「国及び地方公共団体は、教育活動及び広報活動を通じた健康の増進に関する正しい知識の普及、健康の増進に関する情報の収集、整理、分析及び提供並びに研究の推進並びに健康の増進に係る人材の養成及び資質の向上を図るとともに、健康増進事業実施者その他の関係者に対し、必要な技術的援助を与えることに努めなければならない。」としている。そして、第四条は「健康増進事業実施者は、健康教育、健康相談その他国民の健康の増進のために必要な事業を積極的に推進するよう努めなければならない」とし、「健康増進事業者」には、「健康保険法の規定により健康増進事業を行う政府」(第六条の一)、「船員保険法の規定により健康増進事業を行う政府」(第六条の二)、「国民健康保険法の規定により健康増進事業を行う市町村」(第六条の三)などを指すとしているが明確な国の責務を読みとることはできない。

そして、第七条二項の六「食生活、運動、休養、飲酒、喫煙、歯の健康の保持その他の生活習慣...」⁶⁾と続くのである。「健康日本21」推進のための法的基盤としての「健康増進法」によって、生活習慣病を防ぐための栄養改善の視点だけでなく食生活や運動、飲酒、喫煙等の生活習慣を通じた健康増進の概念を取り入れながら、「自己責任」による国民の健康づくり体制を強化するものとなっている。

日本国憲法第25条(生存権、国の社会的使命)第一項は「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と明記し、第二項は、「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つとめなければならない」と明記しているのである。国民の健康は、憲法によって規定されるべき性格をもつはずである。しかし、「健康日本21」とその法的保障である「健康増進法」は憲法で謳われる「健康の権利性」との関係を曖昧なままにして具体的施策だけが強制的に推進される「強制された健康」の構図を描くことになるのである。

(2) 健康が強制されることの問題性

こうした状態はあたかも「健康至上主義」⁷⁾のもとでの偏った価値づけが健康に対して与え

5)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年、p.242 参照

6)日本健康教育学会編、前掲書、p.243 参照

7)詳しくは、拙稿「大学生の「健康像」を考える」『立命館経済学』第52巻第5号、p.74-75 参照

られることの問題性を生起することとなる。健康の権利性が「国民の責務」にすり替わりながら、健康の価値が「誰にとって、何にとって」の吟味なしに、あたかも国家のものであるかのような実態がつけられていくのである。こうした国家と健康の価値との問題は、ナチスドイツでの健康政策にもみられたものであるし、わが国においても明治以来の健民健兵が国策として推進されることと連結した種々の伝染病対策にその具体的な展開をみることができる。そして、上からの強烈的な「健康づくり」体制は大きな問題を生起するという歴史的な教訓を私たちは忘れてはならない。

このあたりの問題性については、藤野 豊『強制された健康 日本ファシズム下の生命と身体』が、ファシズムは国民を「人的資源」として活用するため、極端な優生学的人口政策を実行した。国民には健康と強靱な体力・精神力の持ち主であることが義務づけられ、「改善」の見込みがない病者・障害者は社会から排除された⁸⁾ のであると明確に述べている。

また、ロバート・N・プロクター/宮崎 尊『健康帝国ナチス』は、具体的な「健康問題」の装いのもとで実際は国民が管理・統制されていく状況を「健康帝国」という言葉を通して教えてくれている。そこでは何よりも、国民に対する「不寛容」な状況が生み出され、問題行動を行う者は「非国民」としての扱いを受けかねないのである。健康づくりの強制はこうした問題を生起させるのである。

たとえば、次のように述べている。...1933年に断種法が施行されてからは、「ドイツ人の遺伝原形質」への障害の可能性という言葉のもとに、「慢性アルコール中毒者」の断種が行われるようになった。また、今日「胎児性アルコール症候群」と呼ばれるものに関する議論がさかんにおこなわれるようになった⁹⁾。ナチスはなぜアルコールを脅威と捉えたのか？そしてアルコールの消費を抑え、アルコール中毒を防ごうとするナチスの努力はなぜ失敗に終わったのか？¹⁰⁾

また、同書第五章「ナチス・ドイツの食生活」の「禁酒運動」¹¹⁾は、次のように述べている。...ナチスのアルコールに対する反感の中心には経済的な理由があった。反アルコール運動のもう一つのターゲットは交通事故防止であった。1930年代のドイツでは年間の交通事故件数が25万件を超え死亡事故1万件と無視できない社会問題化していき、アルコールが大きな原因であった。...もう一つの懸念は、「機会費用」の問題、つまり作物を食物としてでなく醸造してしまうことによるロスである。1937年、高純度アルコール飲料の製造にジャガイモ200万トン、小麦・大麦類6万トン、果実6000万リットル近くが消費されている。...健康問題はナチスの

8) 藤野 豊『強制された健康 日本ファシズム下の生命と身体』吉川弘文館、2000年、p.4 参照

9) ロバート・N・プロクター/宮崎 尊『健康帝国ナチス』草思社、2003p.171-172 参照

10) ロバート・N・プロクター/宮崎 尊、前掲書、P.179 参照

11) 同前、P.169-184 参照

反アルコール運動の動機の何分の一かにすぎなかった。ガンの問題、労働力への悪影響の問題、あるいはドイツ人の「遺伝形質」の問題とは別に、アルコールは広く文化・文明に対する脅威であると同様、ナチス国家およびナチス的肉体に対するシンボルとしての脅威でもあった。そして、一番目立ったのは「アルコールと退廃の同一視」である。ヒトラーが1935年のニュルンベルク党大会で飲酒について語っている内容からもわかる。…ナチズムはとくに、無用・反社会的と見なされる人々に対して不寛容であった。慢性のアルコール依存症患者は、とくにホームレスであるなど、社会の枠組みからはずれた人々にとっては命にかかわる問題で、1939年以後、ホームレスで酒飲みで、しかも反社会的の烙印を押されたら施設に送られて安楽死、が珍しくなかった。開戦前でもアル中と診断されれば、酒のために仕事をしくじるなどという場合には、強制収容所入りということもあった。

わが国におけるハンセン病対策も、国家レベルでの健康政策の負の遺産を残し、大きな歴史的教訓を示すものであった。

1907年制定の法律第十一号「癩予防ニ関スル件」によって始まったハンセン病患者への差別と偏見の歴史は、1996年の「らい予防法の廃止に関する法律」の制定によって一応の解決がなされたように見える。2001年5月に日本中が注目した「ハンセン病国家賠償訴訟」は、その画期であったといえる。松本克美「画期的な熊本判決」は、そのことをよく示している。

5月11日に出示された熊本地裁判決の内容¹²⁾は、ハンセン病政策とその対応についての厚生大臣の過失を明確に認めるとともに、これまで日本で二件しか認められてこなかった国会の立法不作為責任（立法すべきであったのにしなかったことについての責任）を認める画期的判断を示すものであった。この判決について政府は控訴を断念し、小泉内閣の支持率の異常な上昇に多大な寄与をしたと推測される。他方で、控訴断念にあたって内閣決定をもって公表された政府声明（2001/5/25）は、この判決の妥当性を批判しており、まさに不承不承控訴を断念したかのようにもみえる¹³⁾というのである。

国家の政策（公衆衛生政策、健康政策）によって人間の尊厳に反するような重大な人権侵害の被害が生じ、それが長年放置されてきたのである。ハンセン病訴訟は、こうした、人間の尊厳に対する国家の加害行為に対して、どのような法理で対処すべきなのかが問われたのであるし、それを普遍的な法理として発展させていく¹⁴⁾ことが求められている。

しかし、その後も、熊本でのハンセン病元患者の宿泊拒否事件が起こるなど、歴史の蓄積に

12) この内容の詳細については、解放出版社編『ハンセン病国賠訴訟判決 熊本地裁[第一次～第四次]』解放出版社、2001年参照

13) ハンセン病・国家賠償請求訴訟を支援する会『ハンセン病問題これまでとこれから』日本評論社、2002年、p.86-87参照

14) ハンセン病・国家賠償請求訴訟を支援する会、前掲書、p.95参照

よって根強く構造化された社会の偏見と差別は残念ながら消失しているわけではない。それは、90年に及ぶ「健康政策」のもとでの「強制隔離」の歴史がもたらしたものであり、その傷跡は今日の身近な生活の至るところでもくすぶっているといえるのであり、報道されてきている一連の新聞記事だけを取って見ても問題の根深さが窺えるのである。

なぜ、国家は、それほどまでにハンセン病の撲滅を願ったのだろうか。それは、ハンセン病には当時、完治させる治療薬がないとされたこと、そしてハンセン病は神経を侵して身体に大きな変形・障害をもたらすため、優生学的視点からその蔓延は国民の体力を低下させると考えられたこと、ハンセン病患者は欧米の「先進国」では極めて少なくアジア・アフリカに多いことから、病者の存在は「先進国」を自負する日本国家にとり「国辱」であると受け止められたことなどによる。病者を隔離施設に追い込み、その死を待つこと、それこそが国家の進めたハンセン病対策のすべてであった¹⁵⁾のである。

ハンセン病の病態像、とくに、「獅子顔」「掴み手」などといわれる典型的な後遺症を残すことが偏見と差別を助長し、増幅させることになったといえる。

それは、なぜなのだろうか。日中戦争の勃発直前に当時の内務省衛生局防疫課長であった勝俣 稔の「苦言」はそのあたりの事情を窺わせる点で参考になる。

そこでは「防疫は衛生行政の部門のうちでも一番歴史が古い、最初に発達した部門である。従って、その方法には一定の型が出来て当局者は其の型に従って無意識に行動する傾向がある。其間研究もなければ批判もない。熱のないこと夥しい。これでは効果の寧ろないのが当然であって、其れを期待するのが無理である。疫学的、細菌学的の新知識を以って従来型の型を再検討して力の入れ場所を確立してもっと熱のある防疫を講じ度いものである」¹⁶⁾と述べられている。

こうした「苦言」から窺えるのは、国際的なハンセン病をめぐる情勢の変化や研究動向とその成果に敏感に対応するという、公衆衛生の担い手としての疾病対策、健康政策上の専門家としての責任の放棄と怠慢の姿である。そして、国策としての「健民健兵」体制に歯止めをかけることさえも困難となっていたのである。

健康づくりが強制されることの恐ろしさは、こうしたところに如実に現れてくる。そして、それは、戦時体制であればこそ起こってくる問題であったのである。「ニューヨーク・タイムス」のクリス・ヘッジズ記者の経験則が想起されたとして紹介されるのは、「戦時体制に入ると、まず国家は自国の文化を破壊しようとする。それをし終わってはじめて、敵の文化抹殺に取りかかるのである」¹⁷⁾ということである。ここでの文化を「健康文化」と置き換えることができる

15) 同前, p.180 参照

16) 清水勝嘉『昭和戦前期 日本公衆衛生史』不二出版, 1997年, p.74 参照

17) 中谷和男訳『戦争の甘い誘惑』河出書房新社, 2003年

とするなら、自国の健康文化が危機に瀕しているという状況は、まさしく戦時体制への突入を意味することになる。

（3）「自己責任」による「生活習慣形成」のもつ問題性

「成人病」から「生活習慣病」への転換は、個々の疾病が、「遺伝要因」や「外部環境要因」以上に「生活習慣要因」に由来していることがわかったからである。このことは、1990年代以降、わが国で展開してきている「ウェルネス」と関連づけてみておくことが重要である。

「行動科学」を学問的な拠り所としながら、1980年代アメリカを中心により積極的な健康づくりへのアプローチとして脚光をあびてきているのが「ウェルネス」である。1950年代にハベルト・L・ダンが提唱したのが始まりとされ、「ヘルス」よりも健康をつくっていかこうとする日々の実践的努力や充実感を大切にしているという点で、積極的、総合的でダイナミックな健康観を表現しているといわれる。そして、行動科学にもとづく「保健行動」としての「生活習慣形成」が実践的に行われることになる。

この、「保健行動」としての「生活習慣形成」が、「ウェルネス」の展開とともに日本でも強調されることになるのだが、こうした「ウェルネス」の動きは、世界的な健康づくり、つまりヘルスプロモーションの動きと連結させてみておく必要がある。

その端緒は、1974年のカナダ連邦政府の保健福祉長官の「ラロンド報告」だといわれる。ここでは、次のように語られる。

「カナダ国民が、十全に、幸福に、長く、そして病気から解放された生活を送るためには、環境をより一層改善すること、自らが課した危険性を減少させること、そして人間の生物学についてのより一層の知識をもつこと」「カナダ政府は、ヘルスケアの費用についてと同じ程度の関心を、人間に関する生物学と、環境と、ライフスタイルに払い、この4つの健康を改善する方途が等しく追求されることを意図しているのである」¹⁸⁾と。

「ラロンド報告」の影響がとくに大きかったのが、1979年のアメリカ公衆衛生局長官の報告書「Healthy People: The surgeon Generals report on health promotion and disease prevention」であり、今日のアメリカでのヘルスプロモーションの原典とされるものである。

「アメリカ国民の健康を一層改善するためには、医療を拡大したり、医療費を大きくするというだけではなく、疾病を予防し、健康を増進させる努力に国が新たに賭けることによって達成できるし、達成するであろう」¹⁹⁾と語っている。そして、報告書第3部は、「予防的健康行動（preventive health services）」としては家族計画、妊娠と乳幼児ケア、免疫、性病対策、高血

18) 日本保健医療社会学会編『都市化・国際化と保健医療の課題』垣内出版、1991年、p.10-11 参照

19) 日本保健医療社会学会編、前掲書、p.12 参照

圧管理の5項目をあげ、「健康の保護(health protection)」としては有害物の統御,職場の安全,事故による傷病の統御,上下水道のフッ素添加,感染源の統御の5項目をあげ,そして,「健康増進(health promotion)」としては禁煙,アルコールと薬物濫用の減少,栄養改善,運動,ストレスの統御の5項目をあげている。

これら計15項目それぞれの課題や取り組みの方法を検討することになるのだが,ヘルスプロモーションを限定して用いる場合には,最後の5項目を,健康活動を広義に問題とする場合には,15項目全体を含めて考えるようである。

この「報告書」との関わりで出てくるのが,「ライフスタイルと個人的な行動変容」なのである。そこでは,禁煙,節酒,ダイエット,フィットネス,ストレス・コントロールなど,日常生活や習慣を健康にとって望ましいものに変えていこうとするライフスタイル・チェンジへの取り組みや関心に目が向けられるのである。

「健康上の問題は,主として個人の行動に由来するというライフスタイル・イデオロギが,一般の人々の心をしっかりとつかんでいる」(サルモン=Salmon, J. W.)といわれるように,健康の保持・増進の役割や責任を,もっぱら個人の意欲や意志や選択に求めることになり,それができないものを無自覚だとか,不注意だとして避難する(Victim blaming)ことが問題となってくる²⁰⁾のである。

こうした状況への反省,批判などから,その後次第に,ライフスタイル・チェンジということも,さらにはヘルスプロモーションということにおいても,個々人の取り組みとあわせて,個人のつながりやコミュニティの結びつきも重視し,さらには生活全体の関連性に着目した生態学的な接近なども強められ,新しい段階に入っていくことになる。その画期となったのが,1986年11月カナダ・オタワ市での「第1回ヘルス・プロモーションに関する国際会議」であった。

そこでは,「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,改善することを増大させようとするプロセスである。十全な,身体的,精神的,社会的によい状態に到達するためには,個々人やグループは向上心を自覚し,実現しなければならない。ニーズを満たさなければならない。環境を変え,それと対抗しなければならない。それゆえ,健康とは毎日の生活を送る一つの資源なのであって,生きていることの目的ではない。健康というのは,身体的能力であると同時に,社会的並びに個人的な資源であることを強調する積極的な概念である。それゆえ,ヘルス・プロモーションというのも,健康だけにかかわるのではなく,健康的なライフ・スタイルから,よりよい状態へとすすむものなのである。」²¹⁾と提起されたのであ

20) 同前, p.13 参照

21) 同前, p.14-15 参照

る。

この会議では、1.健康的な公的施設 2.指示的な健康づくり 3.コミュニティ・アクション 4.個人的な技術 5.保健医療の方向転換の5つの柱からなる「オタワ宣言」が採択されたのである。そして、1988年4月オーストラリアでの第2回ヘルス・プロモーション国際会議では、「公的施設の重要性」にスポットが当てられたのである。「政府は民衆に、その健康を脅かす行動に責任をもてという以前に、彼らのために支えとなるような環境を創り出す責任を負うべきなのである。公衆衛生の将来を、構造的、制度的そして立法的に支える基盤を創り出すことにとりわけ力点をおくということの特徴づけられなければならない」²²⁾ というものである。

次いで、1991年スズヴァル（スウェーデン）では、健康づくりのうえでの「環境」が重視され、教育、食料、住宅、社会的サポートとケア、仕事、交通などととも、自然的、社会的、経済的、政治的なものまで含めて議論された²³⁾ のである。

さらに1997年のジャカルタでは、「健康に対する社会的責任の促進に重点をおき、平等性と社会的公正に基づいた「ヘルスインプクトアセスメント」活動を優先的に位置づける」とする「ジャカルタ宣言」が採択された²⁴⁾ のである。

そして、2000年メキシコでは、ノルウェーのミッテルマーク（M. B. Mittelmark）の「ヘルスインプクトアセスメント」についての「テクニカルレポート」が特筆すべきものであった。それは、「住民参加型地域健康開発のプロセスによって、住民の思考が、個々の病気の問題に注目するより、むしろプログラムや政策に向けられ、地域の健康推進に効果的かどうか、地域の潜在能力を増大し、より健康な社会に向けた地域環境が改善できているかどうかという思考に発展することは明かである」²⁵⁾ というものであった。

こうした一連の「ヘルスプロモーション」の世界的な動きをみれば、日本の「生活習慣病」への執着とその改善のための「行動化」そして「自己責任」の強調の動きは、特異なものといわざるを得ないであろう。

（4）ヘルスビジネスの隆盛とその問題性

「ヘルスビジネス」の隆盛 「健康大国」の現状は、合計特殊出生率 1.29、平均寿命が男、78歳、女 85歳を超えて、高齢人口が総人口の19%を超えるというものである。そして、WHOへの拠出金が13%を超えるように、「健康づくり」の上でこれほどの「目に見える」成果、貢献を行っている国が日本であり、「経済大国」への道を歩んできた過程と重なって「健康

22) 同前, p.15 参照

23) 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年, p.17 参照

24) 日本健康教育学会編, 前掲書, p.17 参照

25) 同前, p.17 参照

大国」を語ることができる。しかし、政策的な提起にも拘わらず「福祉大国」、「生活大国」とはほど遠いのが今日の日本の姿である。そのうえに、「少子高齢社会」を叫びたてながら福祉に手を加え、国民の生活不安をさらに増幅させている²⁶⁾のが現状である。

こうした「健康大国」であるにも拘わらず生起する問題を考えるとき、竹崎 孜の『スウェーデンはなぜ生活大国になれたのか』と『スウェーデンはなぜ少子国家にならなかったのか』は、国にとっての健康政策の指針を示しているという点で教訓的である。

制度やサービスの高水準をうらやむ肯定的な見方と税負担や財政難をとらえた否定的な見方が複雑に入り組み、スウェーデン社会の実態がつかめないとの指摘がなされる²⁷⁾し、日本で騒がれるような高齢化の域にはすでに達しているのがスウェーデンである。そして、健康と労働を政策の基本にすえた、長期展望のもとに対策を練るといふ政治メカニズムが働いているところにこそスウェーデンらしさを見ることができるのである。

わが国の場合、たとえば、高齢者の増加はすでに1960年代に予見できたことであるし、出生率の低下にしても、女性の労働環境整備を怠ってきた証拠といえる。「福祉大国」、「生活大国」は、「健康大国」と並び称されるものではないのだろうか。世界に前例のなかったほど急速な高齢者増加を体験したのはスウェーデンであったが、しかし、高齢化が社会や国民の生活のうえに暗い影を投げかける問題とはならなかった。それはひとえに、高齢者を含めた国民全体の生活基盤強化に社会規模で早くから取り組んだ結果²⁸⁾だといえる。一方、平均寿命が伸長し、乳幼児死亡率などの統計の数値をみれば、どれをとっても日本は「健康大国」の名に値する。しかし、「少子高齢化」の進展で「危機意識」さえ煽られながら、国民の中にどこことなく潜む「不安感」があり、それが、「健康ブーム」となって現出されてくるのである。その「ブーム」の現出のためにはいくつかの背景が存在している。一つは、「健康」に対する関心の高まりと生活のゆとりを自らの健康保持に振り向けたいという欲求、健康のために時間とお金をかけるべきだという認識の高まり、二つ目は、世界でも1,2位の長寿先進国で「少子高齢社会」へ移行したこと、三つ目は、医療費の膨張を抑制する自己負担増加策の推進、四つ目は、スポーツの大衆化、医療への民間活力の導入、そしてより健康的な生活を送りたいとする国民のニーズである。こうした、「健康ブーム」の中で、スウェーデンにみられるような「公的主義」とは相反する「自己責任」の健康づくりのための強力な装置といえるヘルスビジネスが隆盛するのである。

「健康ブーム」のもとでは、さまざまな「ビジネスチャンス」が生まれてくる。たとえば、「自分の体は自分で守る」ことを謳って普及する健康管理機器では、電算機が健康診断を行い、

26) 竹崎 孜『スウェーデンはなぜ生活大国になれたのか』あけび書房、2000,p.2 参照

27) 竹崎 孜、前掲書、p.3 参照

28) 同前、p.3

「腹八分目」までチェックする。また、衣食住にもニューウェーブが到来し、「健康衣料」「健康ふとん」「成人病食材の宅配」「経腸栄養剤」など身の回りの健康商品が普及することになる。そして、高齢化の進展は、市場膨らむシルバービジネスの市場を膨張させ、「シルバーマンション」「救急医療」「介護用品」「入浴介護機器」などの商機を到来させている。さらには、躍進するニュービジネスが、「健康ブームに乗り遅れるな」とばかりに、「ホテルに高級ヘルスクラブ」「フィットネス出前」「メンタルビジネス」「精神安定音楽」「酸素ビジネス」を生み出してきている。

「ヘルスビジネス」の陰に潜む問題　ヘルスビジネスの隆盛は、「健康はお金をださないと手にはいらない」構図を現出させることでもある。それは、国民的な「健康ブーム」の拡がりとそのもとで健康づくりを商業ベースに乗せようとするヘルスビジネスの本質的な問題としてみることを求めている。それは、二宮厚美がいうように、「目的・課題が本人以外の他の何ものかによって他律的に設定されて動いた場合には、その行動や活動の成果が当人ではなく、目的・課題を設定した側に属する結果を招くことを意味しています。それは、将来の目的・課題の設定が「将来の結果の精神的先取り」を意味することによるためです。つまり将来の成果や結果をあらかじめ精神的に先取りした者が、同時にそれらを実現するための行為を支配することになりますから、実現した成果は最初に目的を立てた者に帰属することになる。」²⁹⁾からである。

とくに、今日の巨大化した生産力を基盤とした生産様式の社会では、人々の必要性が生産を促すのではなく、生産自体が自己拡大・自己革新しながら、資本（商品）が一方向的に人々の需要をつくりだすことになる。

さて、企業は国民（消費者）の健康欲求（健康づくりへの期待）をどれだけ充足させようとしているのか。つまり、「健康商品」の提供・供給によってどれだけの「効果」を考えているのか。そこには、ヘルスビジネスの企業側の事業責任とそこにはたらいだ「意思」が問題になってくる。そのために、「健康商品の質」と健康づくりへの貢献の度合いが十分に検証される必要がある。本来、健康づくりへの貢献が目的であるはずの「健康商品」であるが、往々にして、「商品価値」だけが一人歩きする傾向がある。そして、現実的には、この部分でのトラブルが多く発生しているのである。

健康を育む「食」をめぐるビジネスを参考にみていきたい。世界最初の遺伝子工学製品による公害事件であった「昭和電工トリプトファン健康食品公害事件」は、死者 38 人、被害者約 1500 人（死者の全員と被害者の大半は米国人で、ほとんどは中高年の女性であった）をもたらした。通常の食生活では不足することのない「必須アミノ酸」のトリプトファンを、抑うつ状態、不眠症、月経前緊張症、不安、頭痛、ストレス、行動異常(behavior disorder)、肥満、関節炎、禁

29) 二宮厚美『生きがいの構造と人間発達』労働旬報社、1994年、p.48

酒,ボディビルなどに効いたり役立つという宣伝をしたのであった。1984年から米国市場におけるトリプトファン製品の売り上げが急増したことは,各社の広告宣伝攻勢が行われたことを示している。こうした中で,昭和電工が先発メーカーである味の素などを追いつけて最大のシェアに拡大した基本戦略のひとつが,精製工程の簡略化などによるコストダウンの追求であった。味の素や協和発酵の1キロ2万円に対して,1キロ5千円で販売した³⁰⁾のであった。

昭和電工にとっては,新潟水俣病に続く二回目の大型公害であった。そこでは,企業責任だけでなく,行政責任,すなわち企業の要請に迎合した安易な遺伝子工学の規制緩和の問題,そして,技術の影響に未説明,不確実な部分が多い「先端技術」の抱える問題などが指摘された³¹⁾のであった。

商品が一方的に人々の需要を喚起し,購買力を誘導するために,莫大な費用(宣伝・広告費)が投入され不必要なものを必要とさせていく構造は,どこかで無理を生じさせることになる。食品は本来,健康上の必要にあわせて供給されるべきものであるのに,企業が健康とは関係のない需要をつくり出した「需要の創造」と,コスト削減や安全の確認を軽視した先端技術の性急な商品化が事件の根底には潜んでいる。「健康商品」の提供・供給による「効果」の検証は,「健康商品の質」と健康づくりへの貢献の度合いを正確にするためにも絶対に必要なプロセスである。しかし,現実には,十分な検証を経ないまま,「健康商品」であるはずのモノが「商品価値」だけが一人歩きする構造となっているのである。

「商品価値」の過大な追求と言う点でいえば,「薬害」はその最たるものということができる。「インサイダー取引事件」³²⁾で社会問題となった抗ウイルス剤「ソリブジン」の問題は特徴的であった。さらに,1994年11月17日には,香川医科大学の新薬臨床試験をめぐる汚職事件で,厚生省は同医大と日本グラクソ(本社・東京都中央区)がGCP(医薬品の臨床試験の実施に関する基準)を定めた薬務局長通達に違反する疑いが強いとして査察の方針が決定されたりもした。

高齢化が急速に進む中で「シルバービジネス」の分野でもトラブルが多発している。「健康商品」を売るということは,商品それ自体を売るということとともに,「健康願望」に対する「夢」を対象としていることでもある。この点では,意識・精神構造の内面にまで深く入り込んで,「藁にもすがる」思いでいる高齢者を対象とした商業活動であるだけに,倫理的・人道的にも問題が大きいといえる。

健康づくりの基本は,個々人がいかにして自らのからだ・健康に対して主体的にかかわるのか,そして,それを公的なサービスがどのように支えていくのかというところにある。しかし,

30) 戸田清『環境的公正を求めて』新曜社,1994年,p.42-43 参照

31) 戸田清,前掲書,p.43 参照

32) 抗ウイルス剤の「ソリブジン」の副作用による死亡例や出荷停止などの情報を入手後,株の売却を行った事件

主体性を失ったかたちで「ヘルスビジネス」に健康づくりを委ねることは、大きな不安を抱えることにもなるということを多くの事件・問題は示している。

3. 「ケア」と健康の連結

ごくありふれた言葉で「ケア」は用いられるようになってきた。しかし、そこでイメージされる内容は必ずしも一致したものではない。それは、辞書的な意味（気がかり、心配、苦勞、煩わしい務め、用務、注意、用心、骨折り、とくに力を入れる事柄、用心、配慮、世話、監督、保護、といった具合である。（『新英和大辞典』研究社参照））でみられるような「ケア」のもつ広さ、そして一方では、医療・福祉分野に代表されるように、もっと限定された、あるいは専門的な術語として使われている（例えば「ヘルスケア（医療）」、「ナーシングケア（nursing care, 看護）」、「アンビュラトリー・ケア（ambulatory care, 外来）」、「ロング・ターム・ケア（long-term care, 長期ケアまたは介護）」といった具合である。）ことから窺うことができる。

安易に「ケア」という言葉を使うことには慎重になる必要がある。しかし、これら「ケア」という概念のもつ広さを受け止めながら、その豊かさや奥行きにさまざまな角度から光をあてるのが、今日の健康づくりの分野ではもちろん、「人間的」なるものを考えるときに有益であるうと考える。

ここでは、健康分野で「ケア」を適用させることの意味が二つあると考えるのである。一つは、教育の場、学校保健分野においても「ケア」の言葉が用いられ、その発想が注目されてきている状況にあるが、そのことは、「ケア」をめぐる種々の状況とどのように結びついているのであろうか。より妥当な「ケア」の捉え方とそれにもとづく的確な連結の必要があると考えるのである。そして、ここでは、「ケア」の未熟な連結の仕方そのことの中に潜む問題性を抽出することにもなる。もう一つは、「ケア」そのものの概念に学びながら、改めて、真に豊かな健康づくりとはどのようなことなのかのヒントを得ることである。

（1）WHO 憲章と「ケア」との連結

SARS 問題や鳥インフルエンザなどで注目を集めたが、世界レベルでの健康づくりを考えるときには否応無しに WHO 体制の枠組みの中での諸活動が自覚されなければならない。この点では、WHO 憲章の「健康の定義」の部分に、dynamic と Spiritual の二文字が加筆される動きにも注目する必要がある。

とくに、Supiritual は、Physical, Mental, Social と並んで、どのように訳されるのか。そして、そもそも、なぜそれが加筆されることになるのか。そのことは、今日の健康を考える世界的な動向として大きな意味をもっている。

WHO 健康定義への Spirituality 加筆の状況に関しては、大西賢太「スピリチュアリティ」を

使う人々」,湯浅泰雄・監修『スピリチュアリティの現在』³³⁾を参考にしながら,「ケア」がどのように導き出されるのかを概観しておきたい。

加筆の動きが,突如として脈絡なしに生じたものではない。1.多様な立場を包含する連合体であり,spiritualityを重視する立場も,慎重あるいは反対の立場もある。2.Quality of life(QOL)のさまざまな側面が問題とされるようになった状況がある。もっとも重要なのは終末期患者の主観的状态に対する受け止め方の変化である。精神面でのケアは残された日々の生活をよりよきものとするだけでなく,ときとして延命につながることもある。3.WHOは宗教的な祈禱による治療や民間療法などをも軽視/排除しない。むしろそれらを研究し,呪医等のネットワークを活かして近代医療を普及させる政策をとってきた。4. social, physical, psychological, cultural, spiritual等の形容詞を同格に列挙することで,WHOは人間の健康を総体的にとらえることを示してきた。5.1984年の第37回WHO総会で決議された「西暦2000年までにすべての人に健康を」の前文に「スピリチュアルな側面」について言及している。「スピリチュアルな側面は,物質的な性格のものではなく,人間の心と良心に現れた思想・信念・価値及び倫理,特に,高邁な思想の範疇に属する現象」と定義されている³⁴⁾というのである。

1998年1月の第10回執行理事会において,7つの憲章改正案のうちの一つとして,健康定義についての提案が採択された。改正案では,spiritualとdynamicの語が加えられた。

この改正案の採決は,定数32のうち賛成22,反対0,棄権8で可決された。賛成の立場としては,人間の尊厳が確保され,また伝統医学への許容度が高まるというメリットが指摘された。また,棄権した立場からは,スピリチュアルの定義が明確にされていない,健康定義のような基本的事項の審議にはもっと時間をかけるべきなどと述べられた。

これを受けて,1998年6月,spiritualityについて国際的に比較検討を行うための調査票を作るプロジェクト(WHO:QOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs)が立ち上げられた。

この計画に基づき,国際比較調査が実施されたが,計量的にとらえるための徹底した調査が逆にspiritualityの多義性を浮き彫りにし,概念規定の難しさを示した。

調査結果を踏まえた1999年5月の第52回WHO総会では,定義改正には至らず事務局長預かりとなった³⁵⁾のである。

普通の日本人は「スピリチュアリティ」を使うことに積極的ではなく,ヒューマンケア専門職がこの語を定着させようとする努力についてきていない³⁶⁾状況にあるようである。

33) 湯浅泰雄・監修『スピリチュアリティの現在』人文書院,2003年,p.123-159 参照

34) 湯浅泰雄・監修,前掲書,p.144-146 参照

35) 同前,p.146-150 参照

36) 同前,p.154 参照

この、健康の定義への spiritual の加筆の動向に注目する理由は、「QOL」の中身との関わりで重要である「終末期患者」の精神的ケアとの結びつきが強調されているからである。そして、直接的には WHO 編集『がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア - がん患者の生命へのよき支援者のために -』が「ケア」を語る直接の契機となっているのである。

緩和的医療と訳されるパリアティブ・ケアの最終目標は、患者とその家族にとってできる限り良好なクウォリティ・オブ・ライフを実現させることである。このパリアティブ・ケアの実施にあたっては人間として生きることが持つ霊的な (Supiritual) 側面を認識し、重視すべきである³⁷⁾ という。(ここで、クウォリティ・オブ・ライフ (QOL) は、生活の質を問う言葉であると同時に人間的な生命の質、人間的な生の尊厳を意味する言葉として位置づけておきたい。)

こうして、「パリアティブ・ケア」という言葉として、世界レベルでの健康づくりを推進する活動の拠り所の部分で「ケア」が用いられていることの意義は大変に大きい。この一点だけをとってみても、健康と「ケア」との連結の状況としてみることができる。

(2) 看護と連結する「ケア」

ここでは、終末期医療との関係を置きながら、看護の本質として「ケア」の概念が本格的に問われるようになってきたことの重要性についてみておきたい。また、看護そのこと自体が、健康を維持し、回復するのを援助し、支持し、促進し、能力を与えるために相手の人間を「かけがえのない存在」として関係を結ぶという点は、健康づくりの本質を示すことになるのであるが、この点を、ジーン・ワトソンやマデリン・M・レイニンガーから学ぶことは有益である。

『ワトソン看護学 人間科学とヒューマンケア』によれば、看護の本質として、「ケア」および「ケアリング」の概念が本格的に問われるようになってきたことは、アメリカの看護理論発展の上で画期的なことで 科学としての看護に光が当てられることになったというのである。また、看護の本質としての「ケアリング」の概念はマデリン・M・レイニンガーによって、1976年にニュージャージー州アトランティックシティで行われたアメリカ看護婦協会総会の時に初めて紹介され、1978年には全米ケア学会が設立され、その後、「ケア」および「ケアリング」が歴史的、哲学的、比較文化的、言語学的、倫理・道徳的など、あらゆる側面から探究されるようになってきているという。そして、全米ケア学会では、どうすれば看護が人間性を復活させることができ、かつ人間性を擁護しながら援助できるかという課題にも取り組んでいる³⁸⁾のである。

そのマデリン・M・レイニンガーは著書『看護論 - 文化ケアの多様性と普遍性 -』において、

37) WHO: Cancer pain relief and palliative care, 武田文和訳『がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア - がん患者の生命へのよき支援者のために -』金原出版, 平成 5 年, p.48 参照

38) ジーン・ワトソン / 稲岡文昭, 稲岡光子『ワトソン看護学 - 人間科学とヒューマンケア -』医学書院, 1992 年, 「訳者まえがき」参照。

「ケアは看護の本質であり、明確で最優位を占める中心的かつ統合的な焦点である。ケア(ケアリング)は、安寧、健康、治癒、成長、生存に欠かせないものであり、また障害や死に直面した場合にも不可欠である。…看護は、世界中の人々にサービスを提供することを中心的な目的とする文化を超えた人間的・科学的なケアの専門的学問領域であり、専門職である。ケア(ケアリング)は、キュアリングと治癒に欠かせないものであり、したがってケアリングなしにはキュアリングはありえない。…」³⁹⁾と述べている。また、文化ケアの理論研究に適している「定位的定義」の中で、「1. ケア(名詞)とは、人間の条件もしくは生活様式を改善したり高めようとする明白なニードあるいは予測されるニードをもつ個人に対して行われる援助的行動、支持的行動、あるいは能力を与えるような行動にかかわる抽象的・具体的現象を意味する。2. ケアリング(動名詞)とは、人間の条件や生活様式を改善したり高めようとする、あるいは死に対処しようとする明白なニードあるいは予測されるニードをもつ個人あるいは集団を援助したり、支持したり、あるいは能力を与えたりすることを目ざす行為および活動を意味する。…7. 看護とは、個人もしくは集団が文化的に意味と意義のあるやり方で安寧(または健康)を維持し、回復するのを援助し、支持し、促進し、能力を与えるために、また障害や死に対処できるよう援助するために、ヒューマンケアの現象と活動に焦点を当てた、学習された人間的・科学的な専門職および専門的学問領域を意味する。…」⁴⁰⁾と述べている。

また、ワトソンは、「看護婦が患者の必要としていることを知るためには、その心にまで触れる理解をしなければならない」という Henderson の持論や、Annie Goodrich の「看護するということは、些細な行為にも意味を見出し、実践に際しては正確かつ最善を尽くしたいという気持ちを身につけることである。まず献身するという気持ちが大事で、広い視野、厳密な分析、科学の成果との密接な連携、きめ細かな認識、理解を生む忍耐力といったものも必要とされる」⁴¹⁾という言葉なども紹介しながら、看護にとって重要なことは、ケアすることとケアしないことが存在することに気がつくことであるとし、「…ケアする人の態度のなかで、最も「抽象的な」部分の特徴はと言えば、ケアする相手をこの世に一人しかいない独自の存在として対応し、相手の感情を把握し、その人を一般の人から区別することがあげられる。ケアしない人は、相手をかえがえのない存在というようには応対せず、相手の感情を見ようともせず、他の人と違った目では見ない」⁴²⁾と述べている。

39)マデリン・M・レイニンガー / 稲岡文昭監訳、石井邦子他訳『看護論 - 文化ケアの多様性と普遍性 - 』医学書院、1995年、p.48-49 参照

40)マデリン・M・レイニンガー、前掲書、p.51-52 参照

41)ジーン・ワトソン、前掲書、p.18 参照

42)同前、p.45 参照

（2）介護と連結する「ケア」

「老人ケア」、「ヘルスケア」、「心のケア」、「在宅ケア」などごくありふれた言葉として「ケア」は用いられているが、そこでイメージされる内容は必ずしも一致したものではないようである。

高齢化が最も速いテンポで進展するわが国にあって、1999年の国際高齢者年での指摘にはとくに注目する必要があるとしている。そこでは、「すべての年代がともに生きる社会を」がスローガンとしてかけられ、社会全体を展望しつつ長くなった人生のもとに、それぞれの年代、世代が、共同して生きる在り方を、人類があらたに創りだす必要が提起されている。そのためには、高齢者自らが、自立・参加・ケア・自己実現・尊厳の五原則を自らのものにしていくことが必要だ⁴³⁾としている。

介護においては、ここであげられる五原則の中身についてそれぞれ検討していくことは重要であるが、ここでは、「ケア」の言葉を連結させて考えてみたい。

とくに、様々生起する高齢者の「否定的問題状況」を受け止め「支え」ていくことが「ケア」に通づるといえる。「受容」し「共感」することを通して、高齢者の「大きな支え」の意味を「ケア」はもっていると考える。「かけがえのない」高齢者の生命、からだを本当に「かけがえのない」ものとしてとらえる、そこに、「かけがえのなさ」を十分に活かし、支えていく「営み」が必要になってくる。高齢者を「支える」営みで重要なのは、次の諸点に示される事柄である。

1. 今を生きる高齢者を大切にすること。そこでは、本人が「老いを受容」（本人が他人の援助を受けなければ生きられなくなったという現実をどう受け止めるのか）することとその援助が必要、高齢者は生きがいを求めている（自立支援も重要だが、日々の穏やかな生活の中での「楽しみ」こそが必要）ので、それを一緒に探すことなどが大切になってくる。
2. 高齢者本人の身になって考える（高齢者の意思、希望から私たちの世話や介護が始まるという視点を忘れない。つまり、「何をしてあげようか」ではなく「何をしてほしいのか」を探る）ということ。そこでは、高齢者の「自己決定」を鵜呑みにしてはならないことなどもでてくる。
3. キーパーソンの重要性である。ここでキーパーソンとは、主たる介護者のことではなく、高齢者の生活について重要な決定をしていく人のことである。そして、キーパーソンが自らの役割を果たさなかったり、対応の仕方を間違えるととんでもない不幸がまっていることがある⁴⁴⁾ というのである。

「キーパーソン」と「虐待」たとえば、キーパーソンの重要性については、日本の高齢者虐待の大きな「カギ」を握っているのが高齢者の「息子」と「息子の嫁」だという指摘⁴⁵⁾は

43)一番ヶ瀬康子・河島 修『高齢者と福祉文化』明石書店、2001年P.9-11 参照

44)横内正利『「顧客」としての高齢者ケア』日本放送出版協会、2001年、p.179 参照

45)多々良紀夫『高齢者虐待』中央法規、2001年、p.68 参照

興味深いものがある。多々良紀夫『高齢者虐待』は、在宅介護支援センターと老人デイサービスセンターの高齢者サービス機関職員のアンケート調査をもとにした高齢者虐待発生件数とその内訳について、克明に述べている。そこで現されているのは、地域レベルで高齢者福祉や介護に関わっている専門職の目を通した家庭における虐待の一端である。

アンケートに当たっては、高齢者虐待の種類として以下の五つのタイプを各々に短い定義をつけて表示している。 1.身体的虐待 - 意図的に物理的な力を行使し、身体の傷、痛みまたは欠損を結果としてもたらすこと 2.世話の放任 - 意図的または結果的にケア提供者がケア提供にかかわる約束または義務を履行しないこと 3.情緒的・心理的虐待 - 脅し、侮辱、威圧などの言語による、または被害者言語による虐待的行為によって、心理的または情緒的な苦痛を意図的に与えること 4.金銭的・物質的な搾取 - 許可なくして高齢者の金銭、財産またはその他の資源を使うこと 5.性的虐待 - あらゆる形態における高齢者との合意のなされていない性的接触

どのような行為や現象を高齢者虐待というのか、またどこまでの範囲を含めるのかといった概念や定義を明確にする研究は、十分に論議され研究者や実践者等が共通に用いるまでには至っていない⁴⁶⁾ ようであるが、いくつかの定義が参考となる。

例えば、高齢者アメリカ人法¹⁴⁴ 項における老人虐待の定義⁴⁷⁾ や、全国老人虐待資源センターによる定義⁴⁸⁾ などがそうであるが、ここでは、高齢者処遇研究会による高齢者虐待の定義と分類⁴⁹⁾ を参考にしておきたい。

虐待の定義 虐待とは、親族など主として高齢者と何らかの人間関係にあるものによつ

46)多々良紀夫, 前掲書, p.121 参照

47)1.老人虐待の主たる3つの形態・身体的虐待(physical abuse)・放任(neglect)・搾取(exploitation) 2.虐待とは・意図的な傷害の行使、不合理的な拘束、脅迫、または残酷な罰を与えることによって、身体的な傷、苦痛または精神的な苦痛をもたらす行為・身体的な傷、精神的な苦痛、または精神障害を防ぐのに必要な物やサービスをケア提供者からとりあげられること 3.放任とは・身体的な傷、精神的な苦痛、または精神障害を防ぐのに必要な物やサービスを得ることを怠る(自己放任)、またはケア提供者がそのような物やサービスを提供することを怠ること 4.搾取とは・ケア提供者が、高齢者の資源を、不法に、または不適切にケア提供者自身の金銭的利益や個人的利益のために使うこと(筒井孝子『介護サービス論』有斐閣, p.186 参照)

48)1.身体的虐待(physical abuse)・身体の傷、痛み、障害(欠損)をひきおこすような物理的な力を偶発的ではなく行使すること 2.性的虐待(sexual abuse)・高齢者との合意にもとづかないあらゆる形態の性的接触 3.情緒的/心理的虐待(emotional/psychological abuse)・脅迫、侮辱またはその他の言語によるまたは言語によらない虐待的行為により、精神的または情緒的な苦痛を意図的にひきおこすこと 4.放任(neglect)・ケア提供者が、意図的または結果的にケア提供に関わる約束または義務を果たさないこと 5.金銭的/物質的搾取(financial/material exploitation)・高齢者の資金、財産その他の資源を許可なく利用すること 6.その他(all other types)・上記のカテゴリーに含まれないが、各州にて定義されるあらゆる虐待 7.自虐/自己放任(self-abuse/self-neglect)・自分自身の健康や安全を脅かすことになる、自分自身に対する不適切なまたは怠慢な行為(筒井孝子『介護サービス論』有斐閣, p.186 参照)

49) 多々良紀夫『高齢者虐待』, p.122 参照

て高齢者に加えられた行為で、高齢者の心身に深い傷を負わせ、高齢者の基本的人権を侵害し、時に犯罪上の行為をいう。

虐待の分類 1 身体的暴力による虐待 (physical abuse) 他人から殴られたり・蹴られたり・つねられたり・押さえつけられたり等の暴行を受け、身体に外傷・内出血(アザ)・うちみ・ねんざ・骨折・やけど等の傷跡が見受けられる場合。また、意思に反して身体を拘禁された場合。 2 性的暴力による虐待 (sexual abuse) 高齢者が性的暴力または性的いたずらを受けたと見受けられる場合。 3 心理的障害を与える虐待 (psychological or emotional abuse) 主として介護者側からの言葉による暴力(侮辱、脅迫等)や家族内での無視等によって心理的に不安定状態または心理的孤立に陥り、日常生活の遂行に支障をきたすおびえなどの精神状態が見受けられる場合。 4 経済的虐待 (economic abuse) 高齢者へ年金等の現金を渡さない、または取り上げて使用する。高齢者所有の不動産が無断で処分されるなど、過度の経済的不安感を与えられたと見受けられる場合。 5 介護等の日常生活上の世話の放棄、拒否、怠慢による虐待 (neglect) 日常の介護拒否・健康状態を損なうような放置(治療を受けさせない・適切な食事が準備されていない等)・日常生活上の制限(火気器具等の使用制限)や戸外に閉め出すなどによって、高齢者の健康維持・日常生活への援助がなされていないと見受けられる場合。

「虐待」については、その概念、内容、基準そのものについて無理解な部分が大きいといえる。もちろん、主観的には、虐待をしようなどと思っているわけでもないであろう。介護する人が、介護される人に対する強い願いや思いのもとで家族介護は実施する。問題は、その「願いや思い」の質なのである。

「親近感」とコミュニケーション 高齢者医療や高齢者福祉に携わる人たちの気持ちにみえるものは、「弱い高齢者」に対する「親近感」である。それは、使命感、慈悲・哀れみ、施し、いたわり、愛、思いやり、打算などでは説明できない感情である。この「親近感」こそが、高齢社会を乗り切る原動力となる⁵⁰⁾といわれている。たしかに、高齢者を日常生活の中のあらゆる場面で、ごく身近な存在として受け止め、そしてその生き方に「共感」していくことが必要で、そのことが「親近感」という言葉で現されるのかもしれない。

現実にはかなり厳しいものがあるといえる。本当の意味で「親近感」をもつというためには、実は高齢者に対するあらゆる「バリア」から解放されるということが必要である。とくに「心のバリアフリー(意識のうえでのバリアフリー)」な状態が求められるのではないであろうか。

「心のバリアフリー」な状態ををどのようにしてつくりあげていくのかについては、田中キミ子『高齢者とのコミュニケーション・スキル』が多くの示唆を与えてくれている。そこでは、「コミュニケーション」を媒介とした高齢者の理解とそれにもとづく支援の在り方が具体的に

50) 横内正利『「顧客」としての高齢者ケア』日本放送出版協会、2001年、p.177 参照

提示されるのである。

コミュニケーションとは、人と人との間の共通性をもたらす行為の全般を意味し、主に個人や集団の反応をみるため、お互いの気持ちを表現し合って情報を交換する過程ととらえられている⁵¹⁾。そして、「コミュニケーションを通して行われる行為は、お互いに関わり合って自分を表現し、他の人を受け入れ、情報を交換しながら相互に考え方や感じ方などを共有したり、共感的なつながりを持つことができる。また、人と人との信頼関係を保ちつつ、人間として育まれていく過程であり、それぞれの人が自分の持つ目標に近づけていこうとする状況にできる場面でもある」⁵²⁾と語られる。そして、コミュニケーションにおける伝達方法で最も多く使われるのは言葉だが、それと同時に、表情、しぐさ、視線、態度などが大切だ⁵³⁾とされる。もちろん、コミュニケーションがよりよく達成されるためには、身体的変化、社会・文化的変化、心理的变化などを通して、高齢者をよく知ることが求められる。現実的には、これも簡単なことではないということがいえる。

(4)「ケア」が連結されるときの問題性

「ケア」の適用が必ずしも有用な場合だけではない。その大きな原因は、「ケア」がそもそも持っている広く・深い意味と離れた適用がされるところにある。そのような場合、健康づくりの本質的な部分でどのような問題を生起させるのであろうか。

「ケア」という現象を考えると、避けて通れないのが、「自己」がどのように成り立っているのかという問題である。「ケア」をするひと、されるひと、それぞれの自己がどのように出会い、どのように変容していくのか、そもそも自己とは一体何なのか、この問題から出発する必要⁵⁴⁾がある。「ケア」とは「何とかしたい自分」と「何とかしてあげたい自分」との共同作業によって成り立つものである⁵⁵⁾ということが出来る。

「ケア」は一般に、ある人間が他の人間に対しておこなうひとつの行為として描き出されることが多い。しかし、そのようにとらえると、「ケア」がそのひと自身から分離可能なひとつの動作、あるいは、技術のように見えてきてしまう。そうすると、ひとつの動作、ひとつの技術としていかに合理的に洗練させていくかという、いわゆる技法論としてのみ論じられてしまう⁵⁶⁾のである。しかし、一方で、「たしかにケアされた」と思える瞬間がある。思わず相手に感謝し

51)田中キミ子『高齢者とのコミュニケーション・スキル』中央法規、2001年、p.12 参照

52)田中キミ子、前掲書、p.14-15 参照

53)同前、p.17 参照

54)野口裕二『物語としてのケア』医学書院、2002年、p.34

55)野口裕二、前掲書、p.36

56)同前、p.36

たくなるような瞬間がある。この思いはどこから来るのか。それは、相手と自分との間に、ある独特の関係が成立したときだと考えられる。相手に理解され、相手を理解していると思えるような関係、相手に信頼され、相手を信頼していると思えるような関係、そのような関係が「ケアされた」という感覚を生み出す。つまり、「ケア」とは「行為」ではなく「関係」である⁵⁷⁾と考えられる。

しかし、こうした「ケア的な関係」に、わたしたちはなかなか立つことができない。それは、わたしたちが、いわゆる専門家モデルに深くとらわれているからである。知識や経験の多いほうが少ないほうを指導し、助言すべきであるという考え方、よりすぐれた知識や理論に基づいて問題を解決すべきであるという考え方が、疑いようのないモデルとしてわたしたちの内部に深く染みこんでいる。だからこそ、わたしたちは、「ケア」をもこのようなモデルのなかでとらえてしまう。よりよい「ケア」をするためには、よりすぐれた専門的知識や技法を手に入れなければならない。こうして、わたしたちは、よりよい「ケア」をめぐる、互いに競いあうような関係、すなわち「競争的關係」のなかへ入っていく⁵⁸⁾のである。

「ケア」がこのように語られるようになった背景には、わたしたちの生きる社会の編成原理そのものがある。「専門家モデル」「分業体制」「科学的根拠」「合理的技法」、これらが相互に補強しあいながら成り立つ「競争的關係」によって、現代の社会システムは編成されている。「ケア」もこのようなシステムのなかに組み込まれて、細分化され、技法化され、マニュアル化されていく。「ケア」のように「競争的關係」とは相容れない領域までもが、「競争的關係」のなかに置かれて処理されていく⁵⁹⁾ことになる。自己責任の狭い枠組みの中で、具体的で数値的な目標も立てやすいとみられる「生活習慣形成」の問題や、権利としての健康ではなく責務としての健康が強制されることの問題は、まさしく「ケア」さえも「競争的關係」のなかに置かれていることを示すのである。

4. 健康への真の「ケア」の連結のために - 「結び」にかえて -

古来、「ケア」は人間の本質的な営みと関わってきていて、1927年にピーボディ（Peabody, F. W.）によって Care の概念が医療界に紹介されて以来、英語圏においては過去一世紀の間、医療、看護を説明する際に使用されてきた。日本においては、Care の翻訳語として世話、手当、関心などがあてられながら、1970年代半ば以降、カタカナ表記のまま使用されているが、本来は、存在論的な視野からみた人間のあり方、関係性に関する主張が込められている⁶⁰⁾。さてミ

57)同前, p.189

58)同前, p.190-191 参照

59)同前, p.191 参照

60)日本保健医療行動科学会『保健医療行動科学事典』メヂカルフレンド社、1999年、p.88-89 参照

ルトン・メイヤロフの『ケアの本質 - 生きることの意味』は、「ケアすること」と「ケアされること」に関する経験を詳細に記述し、そのうえで哲学的な説明を加えていて注目に値する。

メイヤロフによれば、他人を「ケア」すること⁶¹⁾は、「最も深い意味で、その人が成長すること、自己実現することをたすけること」だという。そして、「ケア」は、たんなる感情でもなく、つかの間の関係でもなく、単純に「ケア」したいという願望でもない。「相手が成長し、自己実現することをたすけることとしての「ケア」は、一つの過程であり、展開を内にはらみつづつ人に関与するあり方であり」、「相互信頼と、深まり質的に変わっていく関係とをとおして」、「成長するもの」なのである。そして、私たちが「ケア」に従事することは、「ケア」される人が成長していくための契機としてだけ重要なのではなく、「ケア」を実践する私たちにとっても重要である。「私は、自分自身を実現するために相手の成長をたすけようと試みるのではなく、相手の成長をたすけること、そのことによってこそ私は自分自身を実現するのである」というように、「ケアする人」と「ケアされる人」との相互性を強調することが、「ケア」の基本的な態度なのだという。

関連して、広井良典は『ケアを問いなおす - 深層の時間 と高齢化社会』の中で、「ケアする動物としての人間」について、「子が親の面倒をみる」ということに見られるように、人間においては、個体つまり「私」ということと、他の個体との関係や社会性ということが、他の動物では見られないかたちで強固にあらわれる。ここでの他者との「関係性」というのが「ケア」に他ならない。人間はこうした意味において「ケアする動物」なのである⁶²⁾という。

このように「ケア」を考えることは、結局人間の存在全体を視野にいれていくことにつながっていき、人間の発達論的な展開の上でも重要な示唆を与えてくれるものである。そして、「ケア」で語られる広くて深い意味合いを今日の健康づくりの根底に据えることの意義は大変に大きいといえる。今日展開される健康づくりのための諸施策の根本に「ケア」の発想が位置づいたときに、どのように豊かな健康像が描けるのかについて検証することは、今後の課題としておきたい。

61)ミルトン・メイヤロフ/田村 真・向野宣之訳『ケアの本質 - 生きることの意味』ゆみる出版、2002年、参照

62)広井良典『ケアを問いなおす - <深層の時間> と高齢化社会』ちくま新書、1997年、p.34-37 参照)