

〈巻頭言〉

ヘルスプロモーションの展開

わが国において、ヘルスプロモーションへの関心が広がりはじめたのは1960年代からである。1950年代のレーベル (Leavell, H.R.) とクラーク (Clark, E. G.) による体系的予防活動の理論の普及によるところが大きい。健康と疾病の全体像は疾病の自然史 (natural history of any disease of man) という連続したプロセスとして理解された。ヘルスプロモーションは、そのプロセスにおける最初の段階の予防、すなわち第1次予防として位置づけられている。

それは、健康教育、適切な栄養、住居、パーソナリティ、労働、遺伝等を含む、むしろ“0次”予防の内容や方法が多くある。非特異的予防、ファンダメンタルな健康づくりを意味している。

わが国でのヘルスプロモーションに関する行政が取り組みはじめられたのも、1960年代の中頃からである。総理府が中心になって、厚生省、文部省が協力して、栄養・運動を中心にしての健康・体力づくり国民運動が実施された。また、厚生省においては健康増進センターの構想を手がけは始めている。当時、わが国で国民の健康増進に関する行政や研究の構想が積極的に取り組まれはじめた背景には、今後の若年労働力の減少の予測があった。したがって、政府の政策の中心は質の高い若年労働力づくりであり、この国民運動もその一端——防衛体力や適応力を高めるといった側面——を担うものであった。一方、当時は公害事件が次々に起こるといって時代で、健康づくりのファンダメンタルな基盤は劣悪であった。

1970年代の後半から1980年代にかけて、ヘルスプロモーションの考え方は急

速に拡大しはじめた。

成人病、事故等非感染性の疾患、死因を中心にした疾病構造、死因構造への変化が定着してきた。同時にこれらの、“不可逆性”疾患の予防の研究が、臨床、疫学の両面から深まってきている。一方、心理学、社会学等からは、1960年からのセリエの GAS を取り入れての健康と心理的ストレス、パーソナリティ特性、ライフスタイル、ソーシャルサポートネットワーク等の研究発表が次々になされ、健康と行動の関係の重要性が順次明らかにされてきている。また、ラロンド (Lalonde, M.A.)、ブルム (Blum, H.L.) 等によるそれらの研究成果を基礎にした健康概念の理論化もなされた。このことは、保健医療の実践や研究分野での新しいパラダイムの出現とも言える。同時に保健医療に関わる行動科学の研究は学際的に広がり出した。

ヘルスプロモーションという言葉の内容も、それぞれの健康状態のレベルを一段とプロモートするという意味で理解されるようになった。“健康”なレベルにあるときに、健康度を低下させたり、疾病の発生要因になる非保健的なライフスタイルの是正、また、虚血性心疾患、糖尿病、動脈硬化症、慢性肝炎、慢性腎炎等の慢性疾患患者の疾病の安定期においては、保健的ライフスタイルを守ることによって疾病と共存する。すなわちセルフケアとしてのヘルスプロモーションを実行する。さらに、喫煙、飲酒、大麻吸飲をはじめとした感覚器への刺戟を楽しむという人類にとっての新しい非保健的習慣の是正までをヘルスプロモーションの範囲に入れてきている。

さらに、産業化、管理化、情報化、都市化、競争化社会への先端にある現代日本社会においては、いたるところで過剰な心理的ストレスによる健康障害が現れてきている。これを防ぎ快適な心理的環境をつくることもまたヘルスプロモーションであり、行動科学の役割が期待されている。

一方、東洋医学、ホリスティック医学等への関心も高まり、“全人的な健康”を把握するという考え方が広がってきている。なかでも、難病患者や高齢者等の在宅医療の実践を通して、患者にとっての生活とは何かが問われている。また健康という概念の中には「生活の享受」(日野秀逸)も入っているという課題が

出されてきた。1980年代中頃よりQOL (Quality of Life) の考え方が急速に広がってきている。これは、がん等死に直面している人達の「生活の質」の内容を問うているばかりではない。高齢化社会における高齢者の医療、心身の障害や慢性疾患と共存する高齢者のヘルスプロモーションにおいてはきわめて重要である。セルフケアとしてヘルスプロモーションの実行もまた、QOLの視点から支えられなければなるまい。

わが国における健康づくり行政は、1970年代後半から急速に活発化し拡大している。『国民の総合的な健康づくり対策』が1978年から実施されている。過去十年余の“健康な人”に対してよりよい健康を確保するための施策から、高血圧者、肥満者等のいわゆる半健康者に対して疾病に陥り悪化することを防止する施策も取り入れての総合的なヘルスプロモーション施策へと拡大してきている。生涯を通じての健康づくり対策、その基盤整備としての市町村保健センターの設置、さらに、全国市町村の健康づくり推進協議会の設置、健康づくり振興財団の新設等、従来からの伝染病対策を中核にした社会防衛的な衛生行政大系からヘルスプロモーション中心の衛生行政大系へと、その枠組を変えた。

さらに、1982年公布の老人保健法の一の方の柱である老人保健事業は、老人の健康管理と成人病の予防を内容としている。その基盤をなすものはセルフケアによるヘルスプロモーションであり、“健康づくり”である。21世紀の超高齢化社会におけるセルフヘルプ、セルフケアによる健康管理大系への誘導としての施策であろう。

一方、国民の健康に関する関心はきわめて高くなってきている。ここ10年余りの間における健康情報専門の大衆雑誌は急速に種類、発行部数ともに増大してきた。特に老後を意識する中高齢層を中心に、疾病、飲食物、保健薬、運動法、漢方、心の持ち方、ライフスタイル等々の情報が各種のマスメディアを通して広がってきている。また、クアハウス、スポーツクラブ、またカルチャーセンター等によって、レクリエーション、レジャー活動としてひろがってきている。それはフィットネスよりウェルネスの方向に進んでいる。と同時にヘル

スプロモーション活動が企業化されてきている。各種階層からなる国民の多種多様な需要を需要別に組織化し、企業化しているのである。

一方、難病の子供達の豊かな生活とよい医療を支えるボランティア活動。よりよい健康な生活を、自分達で考え判断し決定し行動に移すような地域の組織的な活動の事例も増加してきている。

また、保健情報も十分に手に入れられない人達も多い。また保健知識をもって、自分の悪い習慣を変えられない人も多い。このような人達にたいしては、専門家による行動科学的アプローチが期待される。一方、過労死の例に見られるように、悪いライフスタイルを変えたり、過剰な心理的ストレスを減少させることができないような労働環境、住居環境の人も多い。慢性疾患をもつ中高年勤労者の中にはこのような人が多い。このような人達のヘルスプロモーションはどのように展開していったらよいのか。

衛生行政にかかわる現在の政策の中心は、超高齢化社会にむけての医療費上昇に伴う公費負担増を抑えることであるという指摘は多い。“健康は自からの手で”という論理は、ヘルスプロモーションや治療は個人の責任で実行すべきであるという「健康の自己責任論」であるともいわれている。

セルフケア、セルフヘルプによるヘルスプロモーションの考え方は、「健康の自己責任論」という保健思想へねじまげられやすい。

ヘルスプロモーションは、国民の共通の願望であり、公的には社会保障の一環として、その基盤が確保されるべきものである。その一方で、個人的きめ細かいニーズ等に対して、公的にカバーしきれない側面にたいしては、ボランティア等協同の役割は重要である。また、私的役割—企業—のカバーの役割も多い。したがって、ヘルスプロモーションを行動科学的に把握し研究し実践する場合、その理論化の重要性はもとより、その評価と、評価の視点がきわめて重要になってくるであろう。

相磯富士雄（東京学芸大学教授）