

21世紀における新しい保健行動の提案

蛭田 由美

目 次

はじめに

I 世界の中の日本人の健康

II わが国の保健医療の現状

III 保健医療の古くて新しい潮流

1. オルタナティブ・メディスン

2. 身体感覚を磨き自然治癒力を高める

IV 新しい健康文化の創造 ―ホリスティック・ライフ―

1. 健康の医学モデルから生活モデルへのシフト

2. ホリスティック・ライフ

おわりに

はじめに

わが国国民の多くが健康に対する不安感を持っているというデータがある。2002年に厚生労働省が行った「保健福祉動向調査」¹⁾によると、自分の健康状態を良いあるいは普通と考えている人が8割に上る反面、健康への不安を持っている人も7割もいるという実態が報告された。今筆者の目の前に「豊かさの精神病理」²⁾、「不幸になりたがる人たち」³⁾、「健康という病」⁴⁾という書物がある。これらはそれぞれ、燦然と輝くさまざまな物が溢れる現代社会の中で、軽い精神的不調を訴えて精神科を受診する患者が増加していること、不幸を先取りしなければ生きていけなくなった人たち、とどまるところを知らない健康への欲望と健康を指向する情報に振り回される人々を報告している。経済的に豊かになったことが、心を貧しくしたという議論もある。一方で国際協力活動、国際援助活動を通して発展途上国で仕事をした活動家の多くは、生存限界的な貧しさが人々の心を貧しくし、心の貧しさが人々の生活を貧しくするという悪循環を報告している。我々日本人は、ここらで少し立ち止まって、「生きること」、「健康を保つこと」、「病とともに生きること」、「老いること」、「死にゆくこと」などについて、もう一度考え直してみても良いのではないだろうか。

本稿の目的は、われわれ日本人が新しい健康観や新しい保健行動を獲得し、日本という国の新たな健康文化の中でのびやかに生きていく方策を提案することである。

I 世界の中の日本人の健康

今やわが国は世界一の長寿国となり、2008（平成20）年の平均寿命⁵⁾は、男性79.29歳、女性86.05

歳である。第二次世界大戦直後の1947（昭和22）年の平均寿命は、男性50.06歳、女性53.96歳で、まさに「人生50年」を示すような実態であった。敗戦直後の荒廃した、混乱した時代であったことを考えれば、うなずける数値であり、統計がとれただけでも評価されるべきである。戦後の日本社会のめざましい復興を表すように、わずか3年後の1950（昭和25）年には平均寿命は9年もの伸びをみせ、男性59.57歳、女性62.97歳となった。その後の平均寿命は順調に伸び続け、2008（平成20）年にはついに上記の値となった。

国際的にみても、平均寿命の上位国は、ヨーロッパ、北アメリカ、北欧などの先進工業国であるが、その中で日本は男女ともにトップを占めている⁶⁾。2000（平成12）年、世界保健機構（World Health Organization: WHO）はWorld Health Report⁷⁾で日本を世界一の平均寿命、健康寿命の国と位置づけた。同年、WHOは障害調整平均寿命（Disabilities Adjusted Life Expectancy: DALE）という指標を公表した。これは「健康寿命」の一種であるが、我が国のDALEは74.5歳で、WHOに加盟する191カ国中1位であった。

平均寿命の伸びの主な要因は、乳幼児死亡の減少によるものである。乳児の生存は母体の健康状態、養育条件などの影響を強く受けるため、その死亡率はその地域の衛生状態、経済や教育を含めた社会の状態を反映する重要な指標と考えられている。戦後の日本の乳幼児保健の向上はめざましいものがある。これが日本の平均寿命の伸びに大きく寄与した。明治・大正期には、出生1,000対150から160であった乳幼児死亡率は、昭和期に入り漸次減少したが、1950（昭和25）年にはまだ60.1であった。1947（昭和22）年厚生省に児童局が設置され、母子保健行政を所管することとなった。同年児童福祉法が制定され、続いて1948（昭和23）年には母子衛生対策要綱が決定され、母子保健行政運営の基本方針が明らかにされた。これに基づき、各種の母子保健政策が相次いで実施された。当時は戦争孤児の救済や浮浪児の保護が急務とされ、一般児童に対する施策が十分ではなかったとは言いながらも、高度経済成長のもと諸施策は保護から予防・促進へと対象や範囲を広げて実施され、乳幼児死亡は激減した。乳児死亡率は、1960（昭和35）年出生1,000対30.7、1970（昭和45）年13.1、1980（昭和55）年7.5、1990（平成2）年4.6、と激減を続け、2001年には3.1と世界で最も低率の国となり、2007（平成19）年には2.6（死亡数2,828人）⁸⁾とさらに減少を続けている。日本は世界で最も赤ちゃんが死なない国なのである。この乳幼児保健の改善は、医学の進歩というより社会生活の進歩によるところが大きい。すなわち、戦後の混乱期を脱した日本人は、社会経済の安定、公衆衛生の向上、栄養の充足などをもたらし、子どもたちが育つ環境を清潔で温かく整え、適切な栄養を与え、危険な感染症から子どもたちを守った。日本人の衛生意識の高さ、生活改善や保健衛生の改善を実行に移す勤勉さや優秀さなどが子どもたちの命を救い、平均寿命を押し上げたと言える。

妊産婦死亡をみると⁹⁾、1950（昭和25）年ころまでは出産10万対160を超えていた妊産婦死亡率は、1960（昭和35）年には117.5、1970年（昭和45）年には48.7となり、妊産婦・乳幼児のために進められていた戦後の諸施策のもと、著明な減少をみせた。1965（昭和40）年には母子保健法が制定され、一層母子保健に力が入れられたが1980（昭和55）年ごろまでは19.5と、先進工業国の中ではなお高率であったため、先進諸国から対策が不十分であるとの指摘を受けていた。1990（平成2）年以降ようやく世界トップクラスまで改善され、2006（平成18）年は死亡率出産10万対4.8（死亡数54人）であったが、2007（平成19）年には死亡率3.1、死亡数35人となった。平均寿命や乳児死亡率などこうしたデータを合わせて考えれば、近年のわが国の国民の健康状態は世界的にトップクラスに位置していると言える。

先進工業国の中で高い罹患率を示している結核の動向¹⁰⁾をみると、1950（昭和25）年には年間の死亡数121,769人、死亡率人口10万人対146.4で死亡順位の第1位であった。以降激減し、1996（平成8）年には死亡数2,858、死亡率2.3で死亡順位は23位となった。しかし、その後は横ばい状態で、罹患率は人口10万対19.3と先進工業国の中では高い状態にある。結核の減少は、1947（昭和22）年のストレプトマイシンの出現と1951（昭和26）年の結核予防法の制定による医療費の公費負担制度の確立によるとみられがちであるが、これも教育の普及や衛生・栄養状態の改善という社会の進歩によるものであることは、今や保健衛生学界の常識である。これまで、人類は病原微生物に対して抗菌製剤や抗生物質を用いて、その撲滅に力を注ぎ伝染病や感染症を防いできた。そしてその戦いに勝利したかに見えた。しかし近年、抗生物質に耐性を持つ手強い病原微生物や、これまで人類には感染しないと考えられていた病原微生物の感染が我々を悩ませている。人類が撲滅しようとして叩けば叩くほど、微生物は新しくより強くなって生まれ変わるという繰り返しなのである。人類は微生物を抹消するべきでないだけでなく、できないことを表している。現在の日本社会の抗菌ブームの方向性は間違っていると思わざるを得ない。人類は微生物との共存を志向すべきである。

II わが国の保健医療の現状

わが国の医療供給体制は、経済の発展と国民皆保険制度を背景として、医療施設、病床整備等が進められ、国際的に高い水準に達した。2000（平成12）年WHOはわが国の保健システムを世界1位にランクづけた¹¹⁾。つい最近まで、日本人であれば、日本全国どこでもある一定レベルの医療サービスをすぐに受けることができた。これをわれわれ日本人は当たり前のことのように考えていたが、このような幸運は世界的にみれば稀なことと言えるかもしれない。

現在の日本の保健医療福祉の分野で質の保証の課題は残されている。3大死因である悪性新生物、心疾患、脳血管疾患などの治療促進をめざして、厚生労働省は、「国立高度専門医療センター（ナショナルセンター）」を中心に国の医療政策として担うべき医療の実施に取り組んでいる¹²⁾。ナショナルセンターは、がん、循環器病、精神・神経、国際医療、成育医療、長寿医療の6センターで構成されている。各センターは、健康や安心・安全な医療の提供に重大な影響を及ぼす特定の疾患群に罹患する患者やそれらの疾患群を専門とする医療関係者が集積しているという特長がある。ナショナルセンターはこうした特長を生かして、高度先駆的な医療の提供、画期的治療法の研究開発、研修の実施及び情報発信などを行っている。高度先駆的な医療の提供に地域的な格差が出ないように、患者が治療法を求めて全国をさまよい歩くようなことがおこらないように、地方の中核病院等との連携がぜひ求められる。

同時に、医療費の高騰も近年の医療行政の最大の課題であり、政府は大規模な医療制度改革に取り組んでいる。2004（平成16）年6月に公表された健康保険組合連合の高額医療給付金交付事業の実施状況、平成15年度高額レセプトの概要¹³⁾によると、2003（平成15）年度の高額レセプトのなかで、月額1000万円以上の「超高額医療費」のレセプトは101件であった。最高額は大動脈解離で入院した55歳の男性で、1か月の医療費は2985万9940円であったが、この男性の転帰は死亡であった。第2位は血友病Aで入院した男性で、1か月の医療費は2883万1650円であり、この男性は前年度最高額を示した人であり、統計処理時治療続行中であった。ちなみに「超高額医療費」のレセプト上位10件中9名が死亡、生存者は前述の男性のみであった。経済評論家田中直毅氏

は、高額な治療費に見合った治療効果が得られていないとして、このような医療の実態にストップをかけなければならないと主張している。こうした医療供給体制の陰で、医師不足・看護師不足・医療従事者不足のため、医師・看護師その他の医療従事者が過重労働で疲弊し、医療崩壊の危機が叫ばれるようになった。

このように考えてくると、我々日本人の日ごろの健康に関する認識と健康を守るための行動や受療行動は、再考する必要があるのではないかと考える。新しい治療法や新薬の開発など高度先進医療技術が疾病の減少に貢献し、日本人の寿命を延ばしたと思いついていないだろうか。抗生物質の力で病原菌を抹消し、感染症を克服したと錯覚していないだろうか。そして、ここまでできたのだから人類はあらゆる病原菌に打ち勝ち、あらゆる疾病を治療できるようになると期待してはいないだろうか。万人が健康であらねばならない、完璧に健康であらねばならないという強迫観念に近い心境に追いやられてはいないだろうか。さらに重要なことは、病気の予防や健康の促進は政府・厚生労働省や保健医療福祉の専門家が用意してくれるものと考えていないだろうか。もちろん現在の保健医療の分野に問題は山積みである。生活習慣病と生活の質、効果の上がらないがん治療、疾病発症遺伝子と環境との関連の解明、臓器移植と人工臓器の開発、多発する医療事故、高齢者の介護問題等々。しかし、日常日本人が認識している健康上の問題と、世界的な規模のエビデンスで示される取り組むべき課題とは乖離しているように考えられる。

Ⅲ 保健医療の古くて新しい潮流

1. オルタナティブ・メディスン

オルタナティブ・メディスン (Alternative Medicine; 代替医療) とは、自然科学に基づく現代西洋医学による医療以外の医療をいう¹⁴⁾。補完医療 (Complementary Medicine) は代替医療の一つの役割であり、伝統医療 (Traditional Medicine) は代替医療の大きな分野の一つである。人間の望ましい状態を保証するために、身体性、精神性、霊性の3側面全ての癒しが必要となり、医療の多元主義の必要性があるという考えを基にしている。ドイツやイギリスでは伝統的に医療の多元主義が保健行政の原理の一部と考えられ、多様な医療の選択肢を提供している。アメリカでは1970年代から医療の多元主義を主張する医療消費者運動が活発化して、徐々に実現に至っている。オルタナティブ・メディスン (代替医療) は、欧米の対抗文化の中から生まれたものである。対抗文化 (Counter-culture) とは、一般に「ある社会の支配的文化に対する下位文化」のことである。たとえば1930年代から1940年代にかけて欧米に流行した菜食主義運動、新宗教運動、女権拡張運動、コミュン運動などの文化運動が対抗文化として数えられている。続いて1960年代から1970年代に北アメリカに巻き起こった対抗文化は反文明的な下位文化 (subculture) であり、西ヨーロッパに広がっていった。この対抗文化の担い手は当然若者たちであったが、「地球規模で思考し、地域規模で活動せよ (thinking globally, act locally)」をスローガンに、大量生産－大量消費－大量廃棄のアメリカ的ライフスタイルを批判した。そしてそれにとって替わるべきよりエコロジカルかつ持続可能な社会を提案し、個々人が所属するコミュニティの中で各種の代案を具体化させていった。この活動の基盤となった思想がオルタナティブ (alternative; 代替) であった。したがって、対抗文化運動以降の「オルタナティブ」という用語には、単に「現状に替わるもの」から一歩進んで、「現状に替わるべき、よりエコロジカルかつ持続可能な」という新しい意味が加えられているのである。オルタナティブな実践は、身体の復権、手仕事の復権、性の

解放、共同体の実験などから始まり、ベトナム反戦運動、環境保全運動、反核運動、フェミニズム運動、マイノリティ解放運動、ゲイ解放運動、有機農法運動、自然食運動、協働組合運動、代替エネルギー運動、適正技術運動、人間の潜在性回復運動などの多様な運動に発展した。代替医療運動もまた、それらとの緩やかなネットワークを組みながら、数あるオルタナティブの一つとして発展してきたものである。

1993年、アイゼンバーグ報告¹⁵⁾ はアメリカの医学界と保健行政に衝撃を与えた。この報告は、1990年にアメリカ人に対して行われた非通常医療の普及率、費用、利用状況に関する調査結果であった。その結果は、アメリカ人の34%が過去1年間に何らかの代替医療を頻繁に受領し、しかもその最大の利用者が高学歴・高収入の白人であり、その72%が代替医療の利用を通常医療の主治医に告げていないというものであった。さらに、アメリカ人が年間に代替医療を受領した回数および支払われた費用は、プライマリーケアの医師を受診した回数および費用を大幅に上回っていた。この報告が発表された年、アメリカの国立衛生研究所 (National Institute of Health; NIH) は、代替医療調査室 (Office of Alternative Medicine; OAM) を発足させた。発足当初、小さな組織で予算も少額でスタートしたOAMは、急激に組織も予算も増大し、1998年には国立相補代替医療研究センター (National Center for Complementary and Alternative Medicine; NCCAM) に昇格した。現在アメリカでは医学部125校中100校以上で中国伝統医学の講座があるのに対して、日本の医学部および医学校80校のうち、東洋医学の講座があるのは10校程度である¹⁶⁾。日本では、我々の身近に多くの代替療法があるにもかかわらず、この状況は非常に残念である。これは、明治の医制発布以来、国が認める正当な医学体系をほぼ近代西洋医学に限定してきたためである。医療行為を規定する法律 (医療法、医師法) は、西洋医学を前提とする法体系のままで、代替医療が入り込む余地はほとんど残されていない。かろうじて鍼灸、指圧、按摩・マッサージ、柔道整復などが例外的に法体系に組み込まれているにすぎず、しかもそれらは「医業類似行為」というきわめて限定的な規定のされ方である。日本の伝統的な治療法である鍼灸や指圧が、欧米においてはすでに代替医療の代表的治療法として社会的コンセンサスを得、医学教育のなかに組み込まれ、医療保険の適用を受けていることを考えると、きわめて残念と言わざるをえない。

イギリスのホリスティック医学協会は、補完医療を以下のように分類している¹⁷⁾。

1. 接触・運動療法: マッサージ、アロマセラピー、リフレクソロジー、変性テクニク (Metamorphic technique)、カイロプラクティック、オステオパシー、頭仙骨療法、ロルフイング、アストン・パターニング、ヘラーワーク、フェルデンクライス法、アレクサンダー法、トレーガーワーク、バイオエネルギー療法、鍼療法、導引、タイ式マッサージ、気功、太極拳、ポラリティ、ヒーリング、セラピューテック・タッチ、レイキ、ヨーガ、ダンス療法、ベイツ法
2. 医薬療法: ナチュロパシー、水療法、人智学医学 (Anthroposophical Medicine)、ホメオパシー、バッチのフラワーレメディー、クリスタル療法、西洋のハーブ療法、中国の生薬療法、アーユルヴェーダ、栄養療法、分子矯正療法、クリニカル・エコロジー、磁気療法
3. 心身相関療法: サイコセラピーとカウンセリング、催眠療法、自律訓練法、バイオフィードバック、リラクゼーション法と呼吸法、瞑想、フローテーション療法 (Flotation Therapy) イメージ療法、音響療法、音楽療法、芸術療法、風水とジェオマンシー (Geomancy)、色彩療法、光線療法、バイオリズム

こうした代替医療の基礎を支えているのが、人類の歴史とともに発展してきた伝統医療である。

伝統医療は人類の長期にわたる医療活動の蓄積であり、それぞれ独自の体系をもっている。インドのアーユルヴェーダ、中国の中医学、イスラム圏のユナニ医学、チベット医学の4つが代表的なものである。このような伝統医療はそれぞれに民族的、歴史的な背景をもち、人体の健康の促進や疾病の回復にとどまらず、宇宙観まで内包したものであり、ホリスティック医学に近いものと考えられる。

われわれ日本人の身近には、漢方や鍼灸、按摩・マッサージ、温泉（湯治）療法など昔から馴染み深い民間療法がある。加えて、最近ではアロマセラピーやリフレクソロジー、ハーブ療法、サプリメントなどが若い世代に広がっている。臨床医療の現場でも、漢方薬の処方から、アロマセラピーや音楽療法、絵画療法、ドール療法、アニマル・セラピーなどが治療やケアに取り入れられて、例えば、精神科医療の分野では、不眠患者へのアロマセラピーの導入によって睡眠導入剤の使用を削減したという報告があり、周産期医療の臨床では、分娩時あるいは産後のケアにアロマセラピーを導入し、産婦の産痛の緩和や産後の母親の情緒の安定に効果が報告されている。現在、こうした臨床での実践効果を示すためのエビデンスの集積が行われている^{18) 19) 20) 21)}。渡辺賢治²²⁾によると、WHOにより改定作業が進められているICD-11に漢方を含む東アジア伝統医学を盛り込むことが検討されているという。ようやく世界は、伝統医療を医学の体系の中に位置づけようとし始めた。

2. 身体感覚を磨き自然治癒力を高める

我々先進工業国に住む人間は、近代科学の発展の恩恵を受けて、身体の苦痛や痛み、暑さ寒さをできるだけ取り除き、快の感覚を享受して生活しようとしている。我々日本人は、夏の冷房、冬の暖房、エレベーター、エスカレーター、痛みを感じた時の鎮痛剤、眠れない時の睡眠薬、空腹を感じることをない食生活環境、さまざまな便利グッズに溢れた生活などに安易に頼り過ぎていくように思われる。我々は、もっと身体感覚に磨きをかけて、環境からの刺激をずっしりと受け止められるような身体作りをしなければならない。暑さ、寒さはもちろん、痛みさえ耐えることができるような身体でなければならないだろう。未来を担う子どもたちには、大人に要求される以上に重要なことである。齊藤孝²³⁾は、日本の20世紀を身体をなおざりにした100年と総括し、腰ハラ文化と息の文化を取り戻すことが日本を再生させる道であると論じている。人間は生物である以上、栄養のある食物を摂取し消化吸收し、骨や筋肉、血液、各種臓器の発達のために運動しなければならない存在である。運動しなければ、摂取された栄養は脂肪として蓄積され筋肉は萎縮してしまうからであり、このことを知らない人はいない。遊びや運動、日常の身体活動、身体との接触の中で、痛みや苦しさ、暑さ、寒さ、息苦しさや心臓の拍動などを実感してこそ、快適さや心地よさ、涼しさ、暖かさ、身体のフィット感が実感できるのである。こうした身体活動や身体的接触の繰り返し、積み重ねによって身体感覚は磨かれていくものと考えられる。そのために子どもたちは、体を使って遊び、汗をかくて運動し、自分自身の身体を実感できるように育てられなければならない。何時間もゲーム機とスナック菓子の袋を握って映像画面を見つめ、バーチャルな世界に没頭している状態は、子どもたちの心の問題やコミュニケーション、社会性の発達の問題であるばかりでなく、身体の成長発達にとっても不幸である。前述の齊藤孝は、子どもに伝えたい三つの生きる力として、「コメント力（要約力・質問力）」、「段取り力」、「まねる盗む力」を鍛えようと提唱している²⁴⁾。その方法齊藤メソッドで、子どもたちの体の動きの訓練を通して、こうした力を鍛えさせようとしている。少し長くなるが、以下に引用する。

「まねる盗む力は、日本語力と同時に、からだを通した想像力をも要求する。からだ動き、相手にレスポンスすることを通して、まねる盗む力は鍛えられる。冷えた動けないからだでは、まねて盗むことはできない。相手のからだの動きに内側から自分のからだを合わせていくような、想像力とからだの動きのよさが、まねる盗む力を鍛える場面では要求される。段取り力もまた、全体の動きの中で自分がどう動けるかというアクティブな構えを持つことによって、実質的な効力を発揮する。自分のアクティブな動きのないところで組まれる段取りは、意味がない。……コメント力や質問力といった身体的コミュニケーションの技もまた、実際には、うなづいたり微笑んだり目を合わせたりといった身体的コミュニケーションに基礎づけられて増幅する。相手や状況に対してレスポンスできるからだ、＜三つの力＞の底流となっている。」

生きる力として斉藤が掲げる三つの力はいずれも知的活動であるが、からだがいかに重要な役割を果たしているかがこの説明で解る。これは子供時代ばかりでなく、磨かれた身体感覚が鈍らないために、青年期になっても、中高年期になっても続けられる必要がある。

IV 新しい健康文化の創造—ホリスティック・ライフ—

近代西洋医学の限界が感じられ始め、人々はこれまで信仰のように感じていた西洋医学をもとにした健康観や保健行動の在り方に疑いをもち始めている。今こそ健康の新しいパラダイムが求められている。ホリスティック・メディスン、ホリスティック・アプローチの可能性に期待し、新しい健康文化としてホリスティック・ライフを提案する。

1. 健康の医学モデルから生活モデルへのシフト

健康の医学モデル²⁵⁾では、生命は多くの危険をはらむものであり、常に危険に曝されているために解決すべき問題とみなされている。身体を機能が不十分なもの、あるいは機能の損なわれたものとみなし、健康を回復し維持するためには外部からの介入や保護が必要であると考え。すなわち、健康とは疾患ないしその他の病的状態が外的因子（治療）により身体から一時的に取り除かれることであり、疾患が生じるのは外的因子（治療）の効果が不十分なためであると考えられる。医学モデルによれば、疾患や死に対処する最良の手段は科学の力を利用して必要な介入方法を開発し、用いることである。こうして、近代西洋医学による医療技術の発達によって、人類は多くの疾患や障害を克服し、健康を獲得し長寿を誇るようになった。しかし、近年になって我々は、西洋医学の用法に新たな弊害が起こることが分かり、健康の医学モデルに限界を感じ始めてきた。

健康の生活モデル²⁶⁾によれば、生命と健康は解決のプロセスであり、解決すべき問題ではない。自分は元気だと感じるのが通常の状態であり、多くの場合病気や障害はこのような状態における一時的な変化に過ぎない。生活モデルでは、いかなる健康上の問題であっても、ほとんどの場合異常が認められるのは人間の身体の一部に過ぎないのであるから、人間の健康上の問題を矯正したり取り除くことにのみ関心を向けるのではなく、その人の正常な部分にまず注目することを提唱する。福祉国家として世界が認めるデンマークでは、こうした考えが国民に浸透しているように考えられる。デンマークでは高齢者や障害者は病気ではない。したがって、治療の対象とは認識されず、その代わりに生活条件を整えようとするのである。『ノーマリゼーションの父』

と呼ばれるバンクーミケルセン²⁷⁾は、「障害を完全になくすことはできませんし、障害者のいない社会はありません。・・・障害のある人であっても、障害のない人と同等のチャンスを持つべきです」と述べて、障害者に障害のない人と同等のチャンスと可能性を保証するというノーマリゼーションの思想を、一生かけて広げたのであった。筆者が行った健康観と保健行動に関する日本とデンマークにおける比較調査²⁸⁾では、「健康でなくては生きにくい社会か」という質問に対して、デンマーク人は約半数が「そう思わない」と答え、日本人の場合は、「そう思わない」という回答は20%であった。こうしたノーマリゼーションの思想が浸透している社会は、新しい健康文化を構築している社会といえるであろう。

健康の生活モデルの立場では、人は自分の力で病気を治すことができると考えている。フローレンス・ナイチンゲール²⁹⁾は、人間の自然治癒力に注目し、「看護とは病人が自然治癒力を最大限に発揮できるように生活の全てを整えることである」と提唱した。そのために、患者の全体性を尊重しながら介入を最小限にとどめて支援することが必要となる。ナイチンゲールは、肉体、精神の状態のみならず、心理・社会的要素、たとえば愛情や社会的支援の有無が疾患の発生と治癒に関連していることを強調した。環境は健康と疾患の発生に重要な影響を及ぼすことをエビデンスによって示し、社会環境と社会構造を変えることを含めた環境面における対策が必須であることを提唱し、政府に働きかけて環境改善に動いたのであった。これはまさに健康の生活モデルの実践である。

2. ホリスティック・ライフ

人間的かつホリスティックな健康観に基づくホリスティック・アプローチは、近代西洋医学の実績や先端医療技術の可能性を否定することなく、オルタナティブ・メディスンと西洋医学との融合をめざすことによって、科学的な医療研究を幅広く推進できると考えられる。これまで、近代西洋医学は人類が長い歴史の中で培ってきた自然療法やシャーマニズム、民間療法などの健康に関する知恵を、すべて否定し切り捨ててきた。今ではそれによって、逆に現在の西洋医学自体が窮地に立たされているといえる。我々は過去の経験や歴史から学ばなければならない。西洋医学も十分視野に入れ、それを尊重しながら他の考え方も広く取り入れるのがホリスティックな考え方である。ホリスティックな考え方に否定の理論はない。ホリスティック医学協会³⁰⁾、人間の一生やホリスティックな視点からとらえ直す生き方をホリスティック・ライフと呼んで、その方法を提唱している。ホリスティックという概念をもともと東洋に根付いていた包括的な考え方に近いものとして捉え、むしろ東洋的、日本的な文化的伝統を大切に、独自の理論を体系化して実践を重ねていくことがその方法である。日本、中国、インドなど東洋にはホリスティックな文化的伝統があり、人と自然がつながっているという世界観、森羅万象にみな生命が宿るという世界観は、東アジアの文化の土台になっていたと考えられる。こうした世界観を理論化したり、学問体系化するのは非常に困難で、抽象的または宗教的になってしまいかねず、理論は発達しにくい。そのため、中医学やインド医学は抽象的で分かりにくいという印象がぬぐえなかった。

最近、ロハス（Lifestyle of Health and Sustainability; LOHAS）やスロー・フード、スロー・ライフという言葉をよく耳にする。ロハスとは心と体の健康と持続可能な地球環境を重視するライフスタイルという意味で、広く注目されている価値観である。スロー・フードもスロー・ライフも、ロハスとおなじような価値観を実現するためのライフスタイルと言える。心も体も健康でありたいという願いはだれでも持つものであるが、少し高価で手続が複雑でも、自分の心や体と

対話しながら心と体が本当に求めているものを選ぶということである。この選択には、地球環境にやさしい選択をすることが含まれている。これらのライフスタイルは、人間には自分が住む地球環境や次の世代へとつなぐ社会環境を守るための本能が組み込まれているという哲学に基づいている。すなわち、人間は頭であれこれ考えなくても身体感覚に素直に従えば健康で楽しく生きていけるという信念のものと生き方である。こうした考え方は、オルタナティブ・メディスン（Alternative Medicine）運動の中に脈々と流れており、現在ではホリスティック・メディスンを目指す運動となっている。

おわりに

21世紀に推奨されるべき保健行動は、ロハスであり、ホリスティック・ライフであろう。まず、スローガンは対抗文化（counter culture）の「地球規模で思考し、地域規模で活動せよ（think globally, act locally）」がよいのではないだろうか。目覚めた人、わかった人から始める、自らの動機と意思によって、誰からも強制されることなく、自分にできることをできる範囲で実践する。大きな組織はなくても、権威的な指導者や行政や経済的なバックアップがなくても、専門性や地域性や損得を越えたつながりを持てるかもしれない。現時点では、ホリスティック・ライフとして具体的な行為や行動を示してくれている人はいない。しかし、誰かが何かを示してくれるのを待つのではなく、自分が考えて「ホリスティック」という言葉から導き出され、思い当たる行為を一つずつ実践的に積み重ねていくことではないだろうか。

引用文献

- 1) 厚生労働省編：平成16年版厚生労働白書、ぎょうせい、東京、p13 2004
- 2) 大平健：豊かさの精神病理、岩波新書、岩波書店、1990
- 3) 春日武彦：不幸になりたがる人たち、文春新書、文藝春秋、2000
- 4) 米山公啓：健康という病、集英社新書、集英社、2000
- 5) 伊藤雅治他編：国民衛生の動向・厚生 of 指標 臨時増刊・56(9), No.880, 厚生統計協会、p71、2008
- 6) 前掲書 5)：p72
- 7) World Health Organization: The World Health Report 2000 Reducing Risks, Promoting Healthy Life, World Health Organization, <http://www.who.int/whr/2000/en>
- 8) 前掲書 5)：p65-66
- 9) 前掲書 5) p61
- 10) 伊藤雅治他編：国民衛生の動向・厚生 of 指標 臨時増刊・55(9), No.864, 厚生統計協会、p143 2008
- 11) 厚生統計協会編：国民衛生の動向、56(9)、p169、2009
- 12) 厚生労働省編：平成20年版厚生労働白書、ぎょうせい、p157、2008
- 13) 週刊社会保障：月額1千万円超は101件 健保連が15年度高額レセプト公表、週刊社会保障、2289、p22、2004

- 14) 長尾和治著：医療者にとっての意義と患者にとっての意義、看護のための最新医学講座33 Alternative medicine、中山書店、東京、p2、2000
- 15) 帯津良一著：相補・代替医療の活用例 ホリスティック医学の实践、病院、63(5)、p400-402、2004
- 16) 上野圭一著：比較的新しい代替補完医療、看護のための最新医学講座33 Alternative medicine、中山書店、東京、p25-34、2000
- 17) 渥美和彦著：代替医療のすすめ、日本医療企画、東京、p122、2001
- 18) 村上志緒：アロマセラピーの心理的效果発現に関する精神神経学的仮説－編成意識状態と確率共鳴現象、アロマセラピー学雑誌、2(1)、p5-11、2002
- 19) 井村真澄、操華子、牛島廣治：正常な初産後の母親に対するアロマ・マッサージ効果に関する臨床研究－マタニティブルー、不安、気分、対児感情、唾液中コルチゾールについて－、アロマセラピー学雑誌、5(1)、p17-29、2005
- 20) 上馬場和夫、許鳳浩、田川美貴、朝倉りか子、廣田侑耶、林真一郎、伊藤智丈、国岡聖絵：香りによる脳循環動態と胃運動への影響、アロマセラピー学雑誌、2(1)、p12-22、2002
- 21) 真砂涼子、平淳子、倉石愛子、金さだこ：精油による在宅介護者の蓄積疲労に対する効果、アロマセラピー学雑誌、5(1)、p9-15、2005
- 22) 渡辺賢治：ICD-11への東アジア伝統医学分類導入に向けて、週刊医学界新聞、2849号、p4、2009
- 23) 斉藤孝：身体感覚を取り戻す 腰・ハラ文化の再生、NHK BOOKS 893、日本放送出版協会、2000
- 24) 斉藤孝：子どもに伝えたい＜三つの力＞ 生きる力を鍛える、NHK BOOKS 928、日本放送出版協会、p250-251、2007
- 25) 石川光男、高橋史朗対談：今なぜホリスティック医学・教育なのか、石川光男、高橋史朗編：現代のエスプリ 特集ホリスティック医学と教育、355、p5-30、1997
- 26) 前掲書23)
- 27) 花村春樹訳・著：「ノーマリゼーションの父」N.E.バンクーミケルセン、ミネルヴァ書房、京都、2004
- 28) Y.HIRUTA：Differences in views on personal health between Japanese and Danes , AINO JOURNAL, Vol. 5 , p67-71, 2006
- 29) フローレンス・ナイチンゲール著、小玉香津子・尾田葉子訳：看護覚書 本当の看護とそうでない看護、日本看護協会出版会、2004
- 30) 石川光男著：文化の担い手としてのホリスティック・ライフ、石川光男、高橋史朗編：現代のエスプリ 特集ホリスティック医学と教育、355、p64-72、1997