ヘルスプロモーション，保健行動，健康リスクをめぐる 医療社会学的論点

朝 倉 隆 司

東京学芸大学保健学研究室

Issues of Medical Sociology in Health Promotion, Health Behavior and Health Risk

Takashi Asakura

Tokyo Gakugei University

Health-related behaviors such as smoking, drinking, overeating, lack of exercise are considered to be significant risk factors of lifestyle disease in modern societies. Therefore, it might be an indispensable condition for surviving in the global risk society that people have proper interest or awareness of such health risks. We can say it is a remarkable characteristic that the modern persons have a stronger tendency to live by predicting future incidences impacting on health than in any eras. From the other side of view, some scholars criticize the phenomena because attracting too much caution to health risks for disease prevention or health promotion will promote medicalization in our daily lives and result in control over the people in the name of health. This paper described five topics of debates and dilemmas about health behavior and health risk management in health promotion and disease prevention from the standpoint of medical sociology; Four dilemmas in health behavior (i.e. individualism, victim blaming, medical nihilism, and excess of health information), queries about effectiveness of risk appraisal in health behavior models, risk trade-off phenomena, models of helping and coping for health problems, and ethical issues on health behavior and health risks.

Jpn. J. Nutr., 59 (6) 263～269 (2001)

I. リスク社会の到来

ドイツの社会学者ベックは「リスク社会」という用語を用いて、地球上に存在するそれぞれの社会は、以前よりもはるかに相互依存を強め、誰もが環境の腐食という脅威にさらされており、生態系のリスクを含め、自らの安全に対するリスクを直視しなければならない、地球規模でのリスク社会に生きていることを指摘している¹⁾。最近、保健医療の領域においてもリスクという言葉が盛んに耳にするようになった。健康リスクを基に、保健医療の行為が意志決定されるようになってきたのである。だが、リスクという言葉の歴史は、それほど古いものではない。

イギリスの社会学者ギデンズは、現代社会の特性として能動的な未来志向性を指摘しているが²⁾、人間が神の手から自分の運命、すなわち未来を人間の自由意志によって選び取る可能性が解き放たれたときにはじめて、リスクという考えが可能になったのである³⁾。この未来志向性を、ハイデガーにしたがって人間存在の時間構造に照らして考えてみると、人間とは究極の可能性である自

分の死に意識を先駆させ、既にあり続けてきた自己を反復、再構成しながら、今の瞬間を生きる存在ということになる⁴⁾。このように人間が死へと先駆する意識を持つならば、当然ながらその畏れとともに、人間は死やそれをもたらす傷病を避けたいと願うであろう。したがって、それらに陥る潜在的な健康リスクを計画的に回避しようとする企図は、現代人の生き方と欲求に正に適っているといわざるをえない。

しかし、その一方で予防医学が提唱する健康リスクの減少という考えは、ヘルシズム（健康主義）であるという批判がなされている。つまり、疫学を用いて複数の因子それぞれが疾病に結びつく可能性を確率的に捉えられるようになったことで、予防医学は、肥満や喫煙などいわゆる生活習慣病の危険因子までを医療の管理対象へと拡大し、生活や人生の医療化が促進されているというのである⁵⁾。「健康のため」という大義名分が、人々の行動や生活を社会的にコントロールする根拠となる可能性が懸念されている。

ここで問題となる生活習慣病の健康リスクとは、喫煙

Key words : health promotion, health behavior, health risk, Medical Sociology
ヘルスプロモーション，保健行動，健康リスク，医療社会学

(連絡先：〒184-8501 小金井市貫井北町 4-1-1 電話 042-329-7624)

や飲酒、過食、運動不足などの保健行動であり、ライフスタイルである。このような保健行動やライフスタイルへの関心が、地球規模でのリスク社会を生きるために必要な条件であり、これまでのどの時代よりも未来志向性の強い現代人に適合した特徴であると考えられる反面、医療化を促進させ、生を管理する近代社会の仕組みとして批判する見方もある⁵⁾。ヘルスプロモーションや疾病予防のための保健行動及び健康リスクマネジメントが孕んでいるジレンマとはどのようなものであろうか。また、どのようにして乗り越える道筋があるのだろうか。

Ⅱ. 医療社会学的な視点

本論文では、有効な解決手段を提供することはできないが、医療社会学を専門とする一員として、その視点から幾つかの問題点を論じ、保健医療専門職が無意識的に陥りやすい思考の危険性を明らかにするとともに、乗り越える手がかりとなる考えを提示してみたい。ところで、医療社会学的視点とはどのようなものであろうか。医療社会学といっても読者にはなじみが薄いに違いない。

かつてアメリカの医療社会学者ゾラは、医療は川下において上流から流れてきた溺れて死にかけている者を、川に飛び込んで次々と助け上げているようなものだと比喻した。上流で誰が川に突き落としているのか、あるいはなぜ川に飛び込んだのか不明なまま、次々と溺死しかけている者を救いあげることに追われているのである⁶⁾。それが時代とともに、保健医療の専門家の視点や活動の重点は、川の上流へと遡り原因を突き止め、取り除こうとする疾病予防、ヘルスプロモーションへと移ってきた。この疾病予防やヘルスプロモーションの実態は、いわば健康リスクの減少をはかることである。そして、これらの活動は、たいていの場合、集団の健康を対象に行われており、その働きかけの対象となるのは、保健行動 (health behavior)、健康リスク (health risk) であり、これらをめぐる視点、論点のいくつかを医療社会学的視点から紹介してみよう。

いわゆる医療社会学は、英語では Medical Sociology であるが、最近では Sociology of Health and Illness あるいは Sociology of Health and Medicine などといわれるようになってきている。その全体像をここで紹介することはできないが、たとえばヘルスプロモーションを例にとると、対照的な2つの立場から説明される^{7~9)}。すなわち、Sociology for Health Promotion と Sociology of Health Promotion である。この“for”と“of”の違いを簡単にいえば、“for”は健康を高めるためのテクニックの洗練、理論や評価方法などの開発を通して、ヘルスプロモーションの運動に寄与する学問領域を指す。代表的には、ライフスタイルや保健行動の変容をはかるため

に行動科学的アプローチを用いて行う公衆衛生活動、予防医学などがあてはまる。もうひとつの“of”は、それに対して批判的な見方を提供する学問的立場を指している。ヘルスプロモーションというイデオロギーが持っている問題点を社会構造、消費、サーベイランスあるいは保健医療の技術の側面から批判するのである。たとえば、社会構造の視点からの医療社会学的批判とは、理念的にはヘルスプロモーションは、個人のライフスタイルの変容と同時に社会・経済・政治的な構造の変革の2つが目標に掲げられているが、現実的には社会構造の変革より個人のライフスタイルの変容が強調されているという批判である。理念における社会的要因の強調はレトリックであって、問題解決の実際のレベルは個人の行動変容のみが焦点となっていると批判している。また、サーベイランスに対する医療社会学的批判は、その技術やプログラムに対する批判的視点であり、がんの遺伝子診断など倫理的に問題が多い技術への批判もさることながら、通常健康診断や人間ドックなどでも、正常と異常を検査結果に基づいて分けることで、たとえばそれによって「肝機能に問題があり、飲酒を減らしてその改善に取り組まねばならない人間」だという自分自身に対する新しい健康増進の自意識 (health promoting ‘self’) という指摘である。さらに、消費に対する社会学的視点からの批判とは、ライフスタイルの違いは、商品やモノの違いから構成されており、我々が生活している社会の消費文化によってかたどられている。したがって、ヘルスプロモーションに取り組む際に、その社会の消費文化や市場経済の特性を度外視して健康とライフスタイルの問題を論ずるのは妥当ではないという批判である。それぞれの国の文化や社会的価値が、国民に対して、健康リスクをもたらしどのような行動は我慢したほうが好ましく、やめる必要性の低い健康リスクをもたらし行動は何かを決定しているということを見無視してはならないのである。

このように一口に医療社会学といっても、立場によって異なった視点を持っており、ヘルスプロモーションに対しても異なった角度からの寄与が可能である。よって、ここでは先に示した“for”と“of”の両方の視点から、幾つか論点をまとめて述べてみたいと思う。

Ⅲ. 疾病予防のための保健行動におけるジレンマと矛盾

アロンゾは、アメリカの医療はとりわけ疾病予防の領域において、ジレンマと矛盾を抱えていると指摘しており、慢性疾患の予防の際にリスクファクターとして扱われる保健行動には次の4つのジレンマがあるという。そ

れは個人主義、ヴィクティムブレイミング、治療に対するニヒリズム、健康情報の過剰である⁶⁾。これらは、アメリカに限らずわが国の現状にも当てはまりそうである。まず、個人主義がもたらすジレンマでは、今日の民主的社會では当たり前と見なされる個人の自由と責任、権利や市場經濟原理を重視するあまり、差別、失業、貧困、社会的な不平等など個人の保健行動の選択能力に影響を及ぼす政治的要因、社会的要因が見逃され、健康問題の原因はもっぱら個人の不健康なライフスタイルや健康習慣に還元されるおそれがある、という指摘である^{6, 10)}。

また、わが国のみならず疾病予防活動を重視しようとする基本的なモチベーションとして、うなぎ登りの医療費を削減しようという意図が指摘できる。その主な対象は、罹患者の多い生活習慣病と呼び名を改められた疾病群であろう。その生活習慣病を減少させ、医療費を削減していくためには、過食、喫煙、運動不足など生活習慣の改善が求められることになる。このような個人の生活習慣の歪みに原因が求められる病気を予防するためのキャンペーンやスローガンは、一般に不健康とされる行動や習慣に対しては不寛容で排他的になりがちであり、清廉潔白で健康的な行動を求めるものになりがちである。そして、このような不健康をもたらす生活習慣に不注意な者が生活習慣病を発症し、余分な国民医療費を使っていると考えられてしまうとすれば、高血圧症、高コレステロール血症、肥満、がんなど生活習慣病になった者は、病気の原因がその個人の自覚のなさや無知にあるとして周囲の社会から非難の眼差しを浴びせられるだろう。このようにして、生活習慣病になった者はおろか喫煙者、肥満、運動しない者など、ハイ・リスクとされる者を標的とした差別とヴィクティムブレイミングが生じるというのである。

医療に対するニヒリズムというのは、環境の改善に比べると、個人に対する医療的介入の効果は乏しいという考えが、いわゆる生活習慣病にかかってしまい、そのため医療費の高騰に一役買うことになったことを気に病んでいる者に広がっている見方だという。確かに、この見方を裏付けるように、マッキーオン¹¹⁾やイリイチ¹²⁾のように医療の限界を指摘し、医療的介入で全ての病気や健康問題の予防あるいは治療ができるという幻想をうち崩そうとする書物が目に触れるようになってきている。また、感染症による死亡の減少や平均寿命の延長など長期にわたる健康改善の原因は、医療サービスではなく、むしろ公共用水、衛生施設、予防接種や栄養改善の結果だという報告もある¹³⁾。しかしながら、他方で、このような医療の効果に対するニヒリズムこそが、個人の保健行動を基盤とするヘルスプロモーションに拍車をかけているという指摘もある。それは、医療の治療効果は当て

にならないので、自己をコントロールして身体的なフィットネスを高め、医者や薬に頼らなくてすむような健康状態を達成しようという動機を生んでいるというのである。

最後は、健康情報の過剰である。たとえ生活習慣病にかかる危険性はあるとしても、自由で民主的な社会における個人には、そのような問題のあるライフスタイルを選択することが許されるという考えがある。しかし、このような問題のある選択が、全く個人の自由意志で決定されているというわけではない。それは、誰もがこの社会の經濟の仕組みを逃れて、自由に振る舞っているわけではないからである。たとえば、多くの人にとって重要な娯楽であるテレビでは、經濟的な理由から番組にスポンサーがついていて、人々の健康に関連する商品情報をたくさん流している。その中には、喫煙、飲酒、食行動のモデルとなる情報も多く含まれており、マスメディアと結びついたスポンサーが、經濟的な利益のために問題となるライフスタイルを選択させるようなメッセージを流している。すると、テレビを見ること自体がリスクファクターとなってしまい、現代社会で生活すること自体が健康リスクという極端な話になりかねない。さらに、後に述べる健康リスクに関わる情報に関しても、たいいてい人は自分の家族や友人などの病気体験から、どの病気にどのような行動やライフスタイルがどの程度のリスクになるかという情報を得ているものであり、先の専門家やマスメディアの健康リスクの情報に加えて、情報の過剰と同時に混乱をもたらしている。

以上の点を論じながら、アロンゾが指摘しているのは、保健医療的介入によって保健行動、ライフスタイルを改善して疾病予防や健康の向上を図ろうとすると、個人の自由や自律を干渉することになり、アメリカや日本の社会を支えている重要な理念である自由民主主義、資本主義的自由經濟が守られないという点である。健康を名目にして一斉に同じ方向に行動や生活を向けようとするのは、パターンリズム、集団主義的であるという批判を浴びかねないことである。しかし、問題の多いライフスタイルを選択する個人の自由を保障するとすると、事故や感染症の多発、慢性疾患や障害の増加による余分な国民医療費の支出を強いられる可能性が高まり、直接関係のない多くの国民にその負担をかけ、不利益、不平等を生じかねないという問題点が生じる。このバランスをとるのが難しいのである。

Ⅳ. リスク評価と保健行動モデル

以上のような矛盾があるからといって、健康を守るための保健行動や健康リスクの管理を、国民の自由に任せて放置しておくわけにはいかないだろう。全てを管理す

ることも、また不可能である。やはり個人の自由と権利を尊重しながら、一定程度は社会全体のレベルでの健康と福祉を考えて、集団的な介入をする必要があると考える。では、効果的に保健行動を変容させ、ライフスタイルを変えて健康リスクを減少させることは可能なのだろうか。その効果的な方法を探るのも、また医療社会学の役割のひとつである。

そこで医療社会学の領域では、保健行動の概念化がなされ、その予測モデルが考え出されてきた。たとえば、思慮に基づく行動の理論 (Theory of Reasoned Action)、計画的行動の理論 (Theory of Planned Behavior)、社会的認知理論、ヘルス・ビリーフ・モデル (あるいは保健信念モデル Health belief Model) など代表的な保健行動モデルが考案されているが、それらのモデルにおいてはリスク評価 (risk judgment, risk appraisal) が重要な構成要素となっている^{14, 15)}。これらのモデルでは、個人が認知しているリスクの大きさが、健康を高める行動や健康を損なう行動をとる際の意志決定に重要な役割を果たしていると位置づけられているのである。つまり、ある危険行動を取ると、その行動によってどのくらい自分がダメージを受ける可能性があるかを自己評価し、行動の採否を決定していると仮定している。さらに、危険行動を取っている者は、取っていない者と比べて、当該行動のリスクを低く見積もっているから、危険行動を取っているのだということが仮定されている。

いずれにせよ、これらの保健行動モデルでは、特定の疾病に関わるリスクに気づいた個人が、そのリスクを減少させようと理性的な行動を試みることが想定されており、これはat-risk roleとして概念化されている。しかし、この行動と認知との関連性については、リスクを認知したが故の行動なのか、それとも軽微な自覚症状を感じてとった病気行動なのか実証が難しく、不明確である。また、リスク評価は、認知なのかそれとも知識の反映なのかははっきりしない。もちろん、ハルバーン・フェルシャー¹⁴⁾のように、リスク評価と行動との関連性を認めている研究もあるが、リスクの認知的評価は、保健行動の予測に有効ではないという結論を出した研究もある¹⁶⁾。さらに後者の研究ではリスク認知を高め行動に結びつけようとするリスクコミュニケーションは有効ではないと指摘し、むしろどのような社会資源を活用して対処したらよいのかというリソースコミュニケーションが有効だろうと示唆している。ちなみにリスクコミュニケーションとは、健康ないし環境リスクの性質についての様々なメッセージを、利害関係のある団体間で目的を持って情報交換することであり、そのなかにはリスクを軽減する行動、個人的手段についてもよく知らせ、奨励することが含まれている¹⁷⁾。このようなリスクコミュニケ

ーションを、保健医療の専門家は、ヘルスプロモーションに限らず、行動変容による健康リスクの減少を目指す臨床や教育の場面で、専門家任せあるいは専門家主導で行ってきたのではないだろうか。

では、なぜリスクコミュニケーションが有効ではないのか。それは、保健行動自体が先にあげた矛盾を孕んでおり、行動変容は葛藤を起こしやすいと同時に、リスク自体が確率的に表現されるので曖昧であること、リスクを評価している専門家が政府が信頼されていないこと、よいコミュニケーションをはかる基礎となる人間関係を築くソーシャルスキルが保健医療の専門家に欠けていること、行動変容をサポートするテクニックや社会的資源が未開発であることなどが考えられる^{6, 17)}。保健行動に関する理論とモデルの開発や洗練、それに基づく実践を効果的に行うための社会的整備が、今後の重要な課題といえる。

V. リスクトレードオフ現象

さらに、あるリスクの減少は、他の対抗リスクを生じさせる可能性もある。これは、医療の場合は副作用として知られている。経験的には明らかのように、特定の疾病の健康リスクを減らそうと努力した結果、皮肉にも別の疾病の健康リスクを増やすことになってしまったという事例が少なからずある¹³⁾。たとえば、治療のために入院した病院内で、MRSAによる院内感染によって死亡するといった場合、防かび剤の使用禁止はその発がんリスクは除くが、その代わりに穀類やナッツに菌類が残りがそれが発がん性の強いアフラトキシンを作る可能性があること、潜在的に有毒と考えられる合成農薬の使用を制限すると、農家は病害抵抗性の植物品種を植えるようになり、この植物が持っている病害抵抗性物質が合成農薬の発がん性より強い可能性があること、魚介のたんぱく質を摂取することは健康上好ましいとされているが、ある海域で獲れた魚介を食べることで水質汚染の影響がもたらす健康リスクに曝されることになるかもしれない、といったことである。

このような現象をリスクトレードオフという¹³⁾。特定の疾病予防のために保健行動やライフスタイルを変容して健康リスクの減少をはかろうとすると、モグラたたきのように思わぬ別の健康リスクを抱え込むことにもなりかねないのである。ヘルスプロモーションなど保健医療的な介入の対象となる人々は、健康リスクに関しては素人ながら、このことを溢れる健康情報の中から直観的に感じ取って、特定の健康問題の視点からのみ提供される保健医療の専門家のアドバイスに対して自己防衛をはかっているとも考えられるのである。したがって、行動や技術を選択する際に、このようなリスクトレードオフと

表1 援助と対処の4つのモデルにおける責任の所在とその帰結¹⁵⁾

問題の責任を自己に 帰属される程度	解決の責任を自己に帰属させる程度	
	高い	低い
〈高い〉		
自己認識	“倫理モデル (Moral model)”	“啓発モデル (Enlightment model)”
自己に期待される行動	なまけている	悪いことをしている
側にいて助けてくれる人	努力すること	ゆだねること
他者に期待される行動	仲間・同僚	権威者
人間性に対する暗黙の見方	熱心に勤めて、説得する	ルールに従わせ、守らせる
潜在するところの病理	強い	悪い
	孤独	狂信
〈低い〉		
自己認識	“償いモデル (Compensatory model)”	“医療モデル (Medical model)”
自己に期待される行動	はく奪されている	病んでいる
側にいて助けてくれる人	主張すること	受容すること
他者に期待される行動	補佐役	専門家
人間性に対する暗黙の見方	援助資源を動員する	治療する
潜在するところの病理	善い	弱い
	疎外	依存

いった一般的特性を理解した上で、全体としてのリスクを減らすような意志決定をする組織的な努力を行わない限り、自発的な行動変容によって健康リスクを減らしてヘルスプロモーションの目標を達成することは難しいのではないと思われる。

Ⅵ. 健康問題解決への責任のあり方

リスクコミュニケーションは、良好な信頼関係を基盤にして行われるのが望ましいことを指摘したが、そもそも健康問題を解決しようとする場面では、保健医療のサービスを提供する者と受け手との間でどのような関係がありうるのであろうか。さらに、好ましい援助関係のモデルというものはあるのだろうか。これらの点について考えてみたい¹⁵⁾。

ところで一体、健康問題に対する責任、健康問題を解決する責任は、最終的には誰に存在するのだろうか。ヘルスプロモーションであれ、病気の療養法であれ、何らかの行動変容のためのアプローチが行われようとする時、誰が何に対して責任を持つのだろうか。たとえば、健康の自己責任論というのがある。健康を害するのは自己管理ができないせい、その人に責任があるというヴィクティムブレイミングに結びつく考えである。太っているのは、その人が食事をコントロールできないせいだ。その健康問題の責任を全て個人の責任にして、「だめな人間だ」「扱いにくい患者だ」と非難することにつながるのである。先に述べた人間の意志決定の自由や権利のほかに、ヴィクティムブレイミングのような問題を起こさないためにも、責任のあり方という点についても、十分に考えておく必要がある。

この点で興味深く参考となるのは、責任の所在に関する「援助と対処の4つのモデル」である(表1)^{15,18)}。まず、倫理モデルは、健康問題とその問題解決の両方の責任は自分にあり、解決するためには、自分のやる気が必要だと考えるモデルである。このモデルは、しばしばヴィクティムブレイミングに結びつき、人々の自己意識としては、問題を抱えたときに、罪悪感を覚え自分はやる気のない人間だという自己イメージが形成されると指摘されている。自ら問題の解決に向かう理知的な力と行動力があることを前提としたモデルなのである。

次に啓発モデルというのは、自分の行動やライフスタイルなどに問題があったため健康問題を持つに至ってしまったのだと気づかせる、という意味でネーミングされている。しかしながら、その問題を解決することは自分にはできないと知らされるのである。問題を解決する方法はただひとつ、他者、多くは専門家や権威ある者の力を借りて、それに従う場合のみである。このモデルでは、ある意味でヘルプレスな心理状態に陥ることになる。この最も成功した例として、アルコール依存症者のセルフヘルプグループとして知られているアルコールアノニマス(AA)があげられる。AAの12ステップは、このモデルそのものであり、自分の無力を認め最高権威者である神に従い、すでに断酒に成功したメンバーのアドバイスに従うことで回復していく。このモデルの問題点としては、専門家や権威者との関係がうまくいっている場合のみに有効な責任のあり方だという点である。

さらに、医療モデルは、自分に問題の責任がないかわりに、自分で問題を解決することもできないというモデルである。ただできることは、専門家の指示に従うだけ

なのである。この責任のモデルに従えば、今ではあまり使われなくなっているコンプライアンスという概念がでてくるのも、当然かもしれない。このモデルに対しては、専門職者のパターナリズムを肯定するモデルであるため、患者の依存心が増すという批判がなされている。

最後の償いモデルが、ライフスタイルの変容のプログラムなどに適用するのに望ましいと推奨されている¹⁹⁾。生活習慣病といえども個人のライフスタイルのみが病気の原因ではなく、本人に責任のない環境や遺伝もその重要な病因である。これが、健康をはく奪されたという自己意識につながる。したがって、健康問題を抱えることによって個人的に非難されることはなく、しかも、自分の力で健康問題の問題解決に向かうことが重要とみなされ、問題を自分で解決したりコントロールするために必要な力と技術を専門家から教わったり、社会的支援を要請するというのである。これはカウンセリングなどでよく見られる責任と解決能力のあり方で、問題を持つ者をクライアントとして、その解決のために専門家との間で契約を取り交わすのである。そして、契約の主導権はあくまでクライアントが握っている。このような関係を築くことが倫理的にも望ましく、効果的だと思われる。しかし、どこまでクライアントが自発的かつ持続的に問題解決に取り組めるか疑問だとされており、援助者とクライアントの対等な信頼関係づくりが成功の鍵を握っている。

典型的な4つのモデルを説明したが、どのモデルが好ましいかは、それぞれのモデルにサービスを提供する専門家と受け手のあり方の姿勢や態度に前提があること、解決を求められる健康問題の特性によってもモデルの適否があることを十分に考慮して、判断するべきであろう。さらに、現実的には中間的な様々なモデルがありうることは、いうまでもない。

VII. 保健行動、健康リスクとエシックス

たいていの場合、健康リスクを減少させるための保健行動やライフスタイルを変容させる介入プログラムは、専門家の立場からのものである。もちろん専門家は、その専門的訓練、知識と技術によって、素人に対し優越した権力と権威を持っている。したがって、保健や医療の専門家は、これらのパワーを背景に、人々に対して健康にとって望ましい保健行動を実行し、生活中的健康リスクもできるだけ減少させるように指導し行動変容を迫ってきた。この典型が、コンプライアンスという概念である。つまり、医師の指示に患者がどの程度従ったかを割合で示すものである。この場合に、医師側の落ち度は原則として問われない。しかし、保健行動のジレンマで述べたように、日本を始め多くの民主主義社会では、人間

に自律的に自分の意志決定に基づいて生活を営む権利が保障されているはずである。砂原は、「リハビリテーション」における障害者の人権を論じる中で、ダイブワドの「正常化(normalization)とは、リスクを冒す人間の尊厳(dignity of risk)を含む」という言葉を紹介している²⁰⁾。ここで述べられている人間の「正常」という概念は、健康リスクがよく管理された中で達成される状態をもって正常とするのではない。健康政策や保健医療において、行動変容を目指した介入プログラムを考える際にも、一人の人間の人生設計というフレームで考えてみた場合、ダイブワドが主張しているような正常の概念を取り込んでいかなければならないのではないだろうか。

すると健康教育や公衆衛生、ヘルスプロモーションなどの取り組みにおいて、保健医療の専門家は人々に対して、健康リスクを軽減するようにどこまで強く求めることができるのか。専門家が介入する際のリスクの大きさは、そもそもの程度からなのだろうか。あまり些細な健康リスクを取り上げると、かえって対抗リスクの方が大きくなってしまいかねない。さらに専門家は行動変容、健康リスクの軽減のみを介入の焦点としやすいが、そのような介入はヘルスプロモーションの最終ゴールであるQOLの向上や支援的社会環境の形成のためのプログラムとして十分なものといえるのか。また、一体、健康問題に対する責任、健康問題を解決する責任は誰に存在するのか。これらの問題に答えるために、臨床医学の実践やヒトを対象とした医学とは異なった次元で、人々の保健行動、健康リスクを対象にして実践される公衆衛生をめぐる倫理的なフレームワーク²¹⁾を考えるべき時代にきていると思われる。

要 約

生活習慣病の健康リスクとは、喫煙や飲酒、過食、運動などの保健行動であり、ライフスタイルである。このような保健行動やライフスタイルへの関心が、地球規模でのリスク社会を生きるために必要な条件であり、これまでのどの時代よりも未来志向性の強い現代人に適合した特徴である。その反面、生活の医療化を促進させるとして批判する見方もある。そこでヘルスプロモーションや疾病予防のための保健行動、健康リスクマネジメントが孕んでいるジレンマについて、医療社会学的な視点から論じた。すなわち、保健行動の4つのジレンマ(個人主義、ヴィクティムブレイミング、治療に対するニヒリズム、健康情報の過剰)、保健行動モデルにおけるリスク評価の有効性への疑問、リスクトレードオフ現象、健康問題への援助と対処のモデル、保健行動、健康リスクとエシックスである。

文 献

- 1) Beck, U.: Risk Society Towards a New Modernity (1992) Sage, London
- 2) アンソニー・ギデンズ：地球を読む：災厄と情報
の均衡 リスク，読売新聞，1999年11月1日朝刊
- 3) Bernstein, P.L.: Against the Gods: The Remarkable Story of Risk/青山 護訳：リスクー神々への反逆 (2001) 日本経済新聞社，東京
- 4) 木田 元：偶然性と運命 (2001) 岩波新書，東京
- 5) 佐藤純一：「生活習慣病」の作られ方—健康言説の構築過程，健康論の誘惑/佐藤純一，池田光穂，野村一夫，寺岡伸悟，佐藤哲夫著，pp.103-146 (2000) 文化書房博文社，東京
- 6) Alonzo, A.A.: Health behavior: issues, contradictions and dilemmas, *Soci. Sci. Med.*, **37**, 1019-1034 (1993)
- 7) Nettleton, S. and Bunton, R.: Sociological critiques of health promotion, *In The Sociology of Health Promotion -Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk/Bunton, R., Nettleton, S. and Burrows, R. eds.*, pp.41-58 (1995) Routledge, London
- 8) Thorogood, N.: 'What is the relevance of sociology for health promotion?', *In Health Promotion: Discipline and Diversity/Bunton, R. and Macdonald, G. eds.* (1992) Loutledge, London
- 9) Nettleton, S.: The Sociology of Health & Illness, pp.234-236 (1995) Polity Press, Cambridge
- 10) Beauchamp, D.: Lifestyle, public health and paternalism, *In Debates and Dilemmas in Promoting Health -A Reader/Sidell, M., Jones, L., Katz, J. and Peberdy, A. eds.*, pp.297-305 (1997) The Open University, London
- 11) McKeown, T.: The Role of Medicine Dream, Mirage, or Nemesis? pp.91-113 (1979) Princeton, New Jersey
- 12) Illich, I.: Limits to Medicine Medical Nemesis (1976) /金子嗣郎訳：脱病院化社会 医療の限界 (1979) 晶文社，東京
- 13) Graham, J.D. and Wiener, J.B. eds.: Risk vs. Risk (1995) /菅原 努監訳：リスク対リスク 環境と健康のリスクを減らすために，pp.1-41 (1998) 昭和堂，京都
- 14) Halpern-Felsher, B.L., Millstein, S.G., Ellen, J.M., Adler, N.E., Tschann, J.M. and Biehl, M.: The role of behavioral experience in judging risks, *Health Psychology*, **20**, 120-126 (2001)
- 15) 朝倉隆司：行動・生活・人間関係の健康影響，健康と医療の社会学/山崎喜比古編，pp.75-95 (2001) 東京大学出版会，東京
- 16) Schwarzer, R. and Renner, B.: Social-cognitive prediction of health behavior: Action self-efficacy and coping self-efficacy, *Health Psychology*, **19**, 487-495 (2000)
- 17) 吉川肇子：リスクコミュニケーション 相互理解とよりよい意志決定をめざして (1999) 福村出版，東京
- 18) Brickman, P., Rabinowitz, V.C., Karuza, J.Jr., Coates, D., Cohn, E. and Kidder, L.: Models of helping and coping, *American Psychologist*, **37**, 368-384 (1982)
- 19) Becker, M.H. and Rosenstock, I.M.: Health promotion, disease prevention, and program retention, *In Handbook of Medical Sociology 4th ed. /Freeman, H.E. and Levine, S. eds.*, pp.284-305 (1989) Prentice Hall, Englewood Cliffs
- 20) 砂原茂一：リハビリテーション (1980) 岩波新書，東京
- 21) Kass, N.E.: An ethics framework for public health, *American Journal of Public Health*, **91**, 1776-1782 (2001)

(受理日：平成13年10月11日)