

大学生の「健康像」を考える

「食への関心」をめぐっての一考察

三 浦 正 行

はじめに

本論で筆者が意図するのは、「『生きる力』の形成と『健康文化論』¹⁾」で述べた、学生や学生をとりまく健康分野での「傾向」(健康文化)への一つの挑戦である、人間的な観点からの健康づくりを支えていく上での研究の一端に迫ることである。

ここでは、次にあげる3つを当面の課題とした。1.「試論」²⁾で示した「骨子」に即した具体的な内容づくりを急ぐこと、2.本論で意図した健康文化論の妥当性について今後の教育実践の中で検証していくこと、3.学習効果を高めるために学生諸君との「学び合い」の方法を吟味すること、である。

それらは、1994年の教学改革以来開講され筆者が担当してきている健康関連科目、具体的に上げれば「現代人とヘルスケア」(基礎教育科目)、「ウェルネス論」(インスティテュート共通専門科目)などを受講する大学生の姿を介して触発される筆者なりの問題関心から発するものである。そこで整理される大学生の姿とは以下のようなものである。1.保健学習の欠如 2.ダイエットなど個別、具体的保健行動への関心 3.基礎的教養の狭さ 4.「人間的危機論」「人のヒト離れ現象」に関わる「こころとからだ」の特質＝「ムカツク」「キレル」「ジベタリアン」などの常態化 5.自己と自己をとりまく状況との「関係性」の欠如＝教室という学びの空間の中に作られる「私語」と「指語」の異空間 6.「17歳の少年問題」に示されるような人間発達的問題

もちろん、限られた授業をとおしてみられる姿だけで大学生の実態が明らかにされるわけではない、「否定的」側面だけで大学生を見ることは一面的過ぎるといえる。しかし、そのことを検証すること自体、授業の中で意図的、継続的になされることはなかったのである。例えば、中間まとめテストやレポート、また最終のまとめテストやレポートで叙述される内容の中に込められた、学生一人一人の健康への関心の寄せ方といったものにこそしっかりと目を向けていくことが必要であった。事実、レポートを整理し答案を採点しながら、思わず読みふけてしまい、引用もしたくなるような中身の濃い叙述に何度となく出会ってきたのである。それだけに、発せられる問題関心には授業実践者としての反省の意味が込められてもいるのであり、「教育的営み」としての授業の再構築と、健康の問題を考える豊かな内容づくりの重要性が明らかになってくるのである。

こうした点をふまえながら、当面、大学生が自分や自分たちを取りまく健康問題をどのように

捉え、どのような健康づくりを意図するのかといった点を「健康像」(健康における大学生気質)として描き出すことで明らかにしていきたいと考えている。その一環として本論では、授業において実施した「基礎調査」にみられる「食への関心」に焦点を当てて考察していきたい。

1. 「食への関心」という「健康像」

(1) 健康への問題関心はどこにあるのか

1994年以来、「現代人とヘルスケア」においては授業の最初の時間に簡単な「基礎調査」を実施してきている。各年度とも、調査項目は現代的な健康問題を考える時に基本と思われる事柄についての知識度を調べる簡単なものである。中学校、高校での保健の学習を念頭においたものと、「時事的」問題を並べたものとなっている。また、設問の中には、「健康からイメージされること」、「健康づくりの上での一番の問題関心」などが含まれている。

主なねらいは、今後講義で展開する内容に関わる重要なポイントの概要についてイメージを豊かにしてほしいということと、講義が進展し、一通りの講義が終了した時点での内容理解度を把握するためである。調査用紙には、「忘れてしまった」の記入がずいぶんとみうけられるが、それ以上に、「聞いたことがない」、「習ったおぼえがない」、「初耳だ」といった記入が多くを占めるのである。大半の学生は、中学校、高校で保健の授業を受けてきていないのであろうか。

ここでは、先ず、少し意識的にまとめてみた複数年にわたる共通の質問である「健康づくりを考えたときに、あなたが最も関心をもつものは何ですか」という項目への回答(各年度とも、複数回答が含まれる)を整理しておきたい。

1998年度前期(回答者393人)

1. 「健康水準(健康度)」173人(44%)、2. 「過労死」87人(22.1%)、3. 「高齢者問題(寝たきり、骨そしょう症含む)」60人(15.2%)、4. 「健康観・健康意識」44人(11.1%)、5. 「栄養・食生活(遺伝子組替食品、外食産業含む)」42人(10.7%)、6. 「ストレス」34人(8.6%)、7. 「健康ブーム(ヘルスピジネス含む)」26人(6.6%)、8. 「健康破壊・被害(電磁波、薬害、職業病、化学物質過敏症)」25人(6.4%)、9. 「健康法」22人(5.6%)、10. 「こころの問題(過食・拒食含む)」20人(5.1%)

この他、「ダイエット」16人(4.1%)、「健康の三原則」「ゆとり(生活時間含む)」「成人病(癌含む)」各12人(3.1%)、「喫煙」11人(2.8%)、「少子化」「死の問題(脳死、安楽死)」9人(2.3%)、「子どもの健康」8人(2.0%)、「環境(日本の水、ダイオキシン含む)」「保健・医療制度」「O-157」各5人(1.3%)、「アレルギー」「生活習慣」「運動不足」各4人、「健康権」「睡眠」「エイズ」各3人、「肥満」「歯」「飲酒」各2人、「社会的弱者」「いびき」「骨髄移植」「自殺」「視力」「生体リズム」各1人

1999年前期(回答者131人)

1. 「環境問題(地球温暖化、化学物質、ダイオキシン、電磁波、ゴミ、リサイクルなど)」40人(30.5%)、2. 「栄養・食生活(遺伝子組替食品含む)」21人(16.0%)、3. 「健康法」「メンタルヘルス(拒食、過食含む)」各9人(6.9%)、5. 「高齢者問題(介護・福祉、ホスピス含む)」8人(6.1%)、

6. 「ストレス」「睡眠」各7人(5.3%), 8. 「成人病」「生命倫理(臓器移植含む)」各6人(4.6%)
 この他、「運動・スポーツ」5人(3.8%), 「AIDS」「タバコ」各3人(2.3%), 「ダイエット」
 「伝染病」「アレルギー」各2人(1.5%), 「飲酒」「国際保健」「いびき」「鍼灸術」「自律神経失
 調症」各1人

1999年後期(回答者170人)

1. 「栄養・食生活(添加物など含む)」48人(28.2%), 2. 「健康法(生活習慣, 生活習慣病など含
 む)」16人(9.4%), 3. 「ダイエット」「こころの問題(うつ病, 拒食・過食症など含む)」各15人
 (11.5%), 5. 「環境問題(大気, 水, ダイオキシン, 化学物質など含む)」14人(8.2%), 6. 「睡眠」
 13人(9.9%), 7. 「高齢者問題(福祉, 痴呆, 骨そしょう症など含む)」「疾病予防(エイズ, 免疫力の
 低下など含む)」各10人(5.9%), 9. 「老化予防(脳の正常さ, 視力低下含む)」9人(5.4%), 10.
 「ストレス(過労死含む)」7人(4.6%),

この他、「スポーツ・運動」「酒・タバコ」各6人(3.5%), 「アレルギー」3人(1.8%), 「現
 代生活の将来」2人, 「脳死」「妊娠」「途上国の保健制度」「ハゲ」各1人

2003年度前期・月曜日1時限目(回答者174人)

1. 「栄養・食生活」93人(53.4%), 2. 「スポーツ・運動」37人(21.3%), 3. 「睡眠」16人
 (4.9%)

この他、「生活習慣」「疾病予防(ガン, エイズなど)」「こころの問題」各4人, 「肥満・ダイエ
 ット」「休養」各3人, 「健康法」2人, 「歯」「美肌」「化学物質」「高齢問題」「コミュニケーシ
 ョン」「病者の健康」「医学」各1人となっている。

2003年度前期・金曜日3時限目(回答者265人)

1. 「栄養・食生活」150人(56.6%), 2. 「運動・スポーツ」86人(32.5%), 3. 「健康法」29人
 (10.9%), 4. 「生活習慣・生活習慣病」26人(9.8%), 5. 「睡眠」21人(7.9%)

この他、「ダイエット」6人, 「ストレス予防」5人, 「こころの問題」4人, 「タバコ」3人,
 「休養」「環境問題」各2人, 「人体のしくみ」「美肌」「アルコール」各1人

2003年後期・月曜日1時限目(回答者248人)

1. 「生活習慣病(糖尿病, 高血圧など具体的な疾患を含む)」43人(17.3%), 2. 「タバコ(依存症を
 含む, 肺癌との関連が多い)」「栄養・食生活(食品添加物, サプリメント含む)」各23人(9.3%), 4.
 「癌」22人(8.9%), 5. 「肥満・ダイエット」「スポーツ・運動(体力低下など含む)」各18人
 (7.3%), 7. 「AIDS」14人(5.6%), 8. 「睡眠」12人(4.8%), 9. 「SARS」11人(4.4%)

この他、「病気の予防」「こころの問題(うつ病, 過食・拒食症など)」各8人, 「婦人病(更年期障
 害など)」「高齢者問題」各7人, 「ストレス(ストレス性の疾病, 解決法など)」6人, 「健康の三原
 則」5人, 「環境ホルモン」「少子化問題」「アルコール」各4人

(2) 「基礎調査」結果の概要

このように整理してみると, 各年度ともに共通して関心が高いのは, 「栄養・食生活」に関し
 たものである。とくに, 2003年度前期においては, 月曜日, 金曜日合わせて439人の回答中243
 (55.4%)であり, 後期の月曜日を合わせて, 687人の回答中266(38.7%)となっている。

「栄養・食生活」でくられる中には, 遺伝子組み替え食品, 食品添加物, あるいは食料自給

率，輸入食品の問題など，「食」をとりまく社会・文化的な問題も含まれているが，「サプリメント」や「栄養所用量」の表現にみられるような，具体的な栄養や食事の摂取方法といったものが大勢を占めている。そして，2003年度前期に極めて特徴的にあらわれているのは，「睡眠・栄養・運動」のいわゆる「健康の三原則」への関心の集中である。それは，2003年前期金曜日と後期月曜日の「結果」にみるように，糖尿病や高血圧など具体的な「生活習慣病」の予防を基礎にした「健康法」への関心であり，それらを包含した「生活習慣」の形成への希求という，まさしく，日常生活に即した具体的処方箋としての健康づくりへの関心が高まっているといえるのである。全国各地から親元を離れて「自炊生活」を始めた大学生にとって，日常生活での健康づくりはそれ自体が大きな実践的課題といえる。その中でも，「食生活」は最も身近で具体的な「健康課題」といえるのである。そのことは，「基礎調査」の中の「親元を離れて自炊をするようになって感じる食生活上の困難さ」という記述の多さからも窺われるものである。

ところで，2003年度前期金曜日の調査では，「健康ということからどのようなことを連想しますか」と質問している。隣接したものや類似したものがあるであろうが，大学生の記述にできるだけ沿いながら整理すると次のようになる。

「病気やケガのない状態」54人，「心と体の充実・正常なこと」48人，「元気，生き生き，さわやか，活発，楽しい，やる気(のある生活)」35人，「栄養・食生活」29人，「必要不可欠，最も大切なもの，一番の財産」23人，「規則正しい生活，生活習慣」22人，「スポーツ・運動(ができること)」20人，「長生き」14人，「睡眠，早寝・早起き」13人，「睡眠・食事・運動の充実した生活」9人，「不自由なく生活できるからだや心の状態」「自己管理，健康管理」「健康食品，用品」各7人，「病気(ガン，成人病など)」6人，「充実した生活」「丈夫な体，体力」各5人，「笑顔，笑い」「全ての面で健全，理想像」「TV番組」「禁煙・タバコ」各4人，「快食・快眠・快便」「顔色が良い」「幸せ」「現代人には程遠いもの」「積極的行動」各2人，その他「きれい」「白い歯」「野菜」「体が軽やか」「相当暇な人」「血液さらさら」「興味，好奇心」「無限の可能性」「医者」「死」「維持するのが大変なもの」「不健康」「生活環境の改善」「今の自分」「体内環境清浄化」「温泉」「意識することが不思議なもの」「高齢者が子どもと遊ぶ姿」各1人となっている。

これらの「イメージ」の中でも，「栄養・食生活」，「睡眠・食事・運動の充実した生活」，「健康食品，用品」，「快食・快眠・快便」，「野菜」など直接的に「食への関心」と結びつくものを見いだすことができる。そして，「病気やケガのない状態」，「心と体の充実・正常なこと」，「元気，生き生き，さわやか，活発，楽しい，やる気(のある生活)」，「規則正しい生活，生活習慣」，「自己管理，健康管理」，「病気(ガン，成人病など)」，「充実した生活」など，日常生活の中での健康管理とも連結したところに食生活が位置づいているとみることができる。

例えば，規則正しい生活や生活習慣の中には朝・昼・夕食が位置づくし，それによって「心と体の充実・正常さ」が保たれることになる。また，「病気(ガン，成人病など)」との関係においても食生活は重要な意味をもっているのである。こうして，「食への関心」は大学生の「健康のイメージ」の中に大きな位置を占めているといえる。

2. 「健康像」の形成と健康問題諸相

大学生の「食への関心」は、日常生活での具体的な健康管理の処方箋からの出発という見方ができるが、それは、今日の「食」を巡る社会・文化・経済的な諸関係と無縁ではないし、否応なしにその関係の構造の中に組み込まれている問題といえる。そして、その背景としての健康のあり方そのものが問われる問題でもある。

「基礎調査」の各年度の関心の度合いの変化の中で、「健康水準（健康度）」、「過労死」²⁾、「高齢者問題（寝たきり、骨そしょう症含む）」、「健康観・健康意識」³⁾、「環境問題（地球温暖化、化学物質、ダイオキシン、電磁波、ゴミ、リサイクルなど）」など、一定の層が関心を寄せていた健康の社会的諸問題への関心が低くなっていることが窺えた。大学生の「食への関心」は、「健康像」の一面面を示すものであり、その形成は、今日のとくに日本において健康がどのように考えられているのかの反映といえるものである。そのことを以下、少し検討をしておきたい。

(1) 健康はどう語られるのか

日本における「健康ブーム」の広がりや、今日の健康ということの基本的な意義の問いなおしを迫っているとも考えられる。

現代文明は健康者中心の文明であって、人々は健康であることが人間本来の条件であるかのような錯覚のなかで生きている。病気が非日常的なものとみなされ、病者は社会の第一線から離脱した人とみなされている。また、老化の進んだ高齢者は、それだけで不健康扱いされがちである。こうして、病者は日陰者のように人目にさらされることの少ない病院で孤独な日々を送り、高齢者は社会に遠慮がちにひっそりと生きているという構図ができあがってくる。しかし、人は老い、死ぬのが宿命である。病気、老い、死は一つの生命過程である。健康者の生だけでなく、病者の生、老人の生も人間の生であることに変わりはない。それを特別なものとして健康者と分離することに、現代文明の異常さがありはしないかということになる。

実は、日本的な健康問題の底には、どのように健康が考えられ、語られるのかという「健康観」といったものが潜んでいるのである。ここでは、そうした「健康観」のいくつかに触れることで、「健康像」形成の土壌の整理をしておきたい。

WHOの健康観から〉 今日の世界レベルでの健康づくりの実践は「WHO体制」のもとでなされているといえる。それだけに、1946年に「草案」が採択され、1948年に正式採択されたWHO憲章の歴史的意義であった「健康の定義」と「健康の権利性」の確認の上になつて、今日的な健康づくりが求められている。そこでは、「憲章」として明文化はされていないが、理念・基本哲学としての「平和主義」を改めて位置づけ直す必要がある。未曾有の人的・物的災禍に見舞われた第二次世界大戦とそれにつながった世界レベルでの戦争状態の大きな反省にもとづく「健康は、平和であればこそ」の意義は大変に大きいといえる。

そうした状況をふまえながら、今日的な「健康観」の転換も必要になってきているといえる。採択が検討される、WHO憲章「健康の定義」の部分へのDynamic, Spiritualの二文字の加筆の

動きなどはその現れである。静的でない動的状態としての、そして、「霊的」な意味をも含めて健康のあり方が問い直されているといえる。

また、WHOの定義が、人々の健康というものを良好な状態と良好でない状態とに二分し絶対的なものとして捉えているのに対し、「健康と病気は、生物学的、文化的資源をもつ人間の集団が、その環境にいかに対応したかという有効性の尺度になる」というLiebanらの医療人類学的アプローチも行われている。医療人類学 Medical anthropology の立場は、健康とは周囲の環境との相対的なものとしてしかとらえることができない⁵⁾というのである。

WHOの健康の定義に関しては上杉正幸が鋭い指摘を行っているのが参考となる。上杉によれば、WHOの健康観の特徴は、消去法的思考様式と、恣意性そして無限性であるという。

つまり、「良好な状態」とは何かの問題となるのだが、それは、正常と異常との関係で語られるのである。正常だけを追い求めても、その典型にたどりつくことができない。典型をもっているのはむしろ異常の方である。正常を明確に浮かび上がらせるためには、その反対概念である異常を規定し、異常を消去することで正常を獲得する方法を取らざるを得ないのである。良好は正常と同様に典型をもっていないのであり、良好な状態とは異常のない状態と考えるしかないのである。健康を良好な状態と規定すると、健康とは異常のない状態となる。このことは、健康それ自体が自立したものではなく、反対概念の異常があってはじめて健康があることを示している。異常が主で健康が従である。

また、異常を消去して正常を獲得しようとする時、何を正常・異常と規定するのかについての判断枠組み＝価値基準が必要となる。そして、何が望ましいのかを一元的に決めることはできないので、価値基準はその時代、その社会によって異なってくる。つまり、価値基準は恣意的な基準に他ならないのである。そして、健康を良好な状態と規定するWHOの健康観は、健康を望ましいものととらえる価値基準に基づいているのであり、望ましい健康を阻害するものはすべて異常と判断され、その異常の消去が目指されることになる。その典型が病気なのである。

さらに、WHOの定義は、単に病気や虚弱という異常を消去するだけでなく、より以上の健康な状態を目指して病気にならないための努力、強健な身体をつくるための努力をどこまでも押し進めようとする方向性＝無限性をもっている⁶⁾というのである。

実は、正常と異常の規定は、ジョルジュ・カンギレムも『生命の認識』の「正常なものと病理的なもの」の中で、「正常なものと病理的なものという概念なしには、医学の思考と活動は理解しがたい。しかしながら、それらの概念は、医学に不可欠なものであるほどには医学的判断によって明瞭であるところではない。病理的 [pathologique] とは異常な [anormal] という概念と同一の概念なのであろうか。病理的なものとは正常な [normal] ものと反対のもの、あるいはそれと矛盾したものなのであろうか。また正常とは健康 [sain] と同一なのか⁷⁾と述べているように、簡単ではないのである。

健康至上主義を考へる〉人は誰でも健康を大切と考えるのであるが、その関心の持ち方には二つの方向がある。一つは手段としての健康の重視であり、もう一つは目的としての健康の重視である。手段としての健康の場合、健康は大切な価値ではあるが、それは自分にとって別の何か大切な価値を実現するための手段であり、条件であると考えた立場である。それに対して、目的としての健康の場合、自分の生活においてまず何よりも健康が大切であり、健康でいること自体

が目的であると考えられる立場である。これは、言葉を換えれば、健康至上主義ともいえる。

健康は誰もが重視する価値であり、他の価値と対立することなく達成される時には、人々の意識の中で価値選択の葛藤が生じることはない。したがって、健康が何よりも大切であるという意識が表面化することもほとんどない。しかし、健康の達成が他の価値と対立する状況においては、人はどの価値を優先させるかの選択を迫られる。その選択に際して、健康の達成を優先させ、他の価値の実現を後回しにする価値観が健康至上主義である。そして、健康不安が大きくなるほど健康至上主義が強まる傾向がみられる⁸⁾という。

注意しておかなければならないのは、より以上の健康を求めようとする社会では、健康を求めるがゆえの排除と画一化がおこってくることである。例えば、1907年制定の「らい予防法」が89年後の1996年に廃止され、最近ようやく「歴史的」和解がなったハンセン病患者の排除の歴史は、わが国における病人排除の最も悲惨なケースである。

これは、人間存在の基盤に関わる大きな問題である。「健康社会」が排除するのは病人や障害者、また不潔・不健康とみなされた人々だけではない。異常とみなされた人々の排除の陰に隠れて、正常と見なされた、また本人も正常と思っている人々の生活の深層で進行するのは、存在の意味の喪失なのである。つまり、自分の生き方を捨てること、生きる意味を捨てることになるのである。こうして、「生きがい」を見失ってしまうと、自分にとっての健康の意味がわからなくなり、人は健康で長く生きること自体にしか意味を見つけれなくなる。これはまさに健康至上主義の高まりといえるのである。そこでは、一人ひとりのミクロな健康基準が消滅してマクロな健康基準への同調が強められていくことにもなる。

この点は、医療社会学を切り開いたタルコット・パーソンズも指摘するところである。パーソンズは、社会が存続する基礎的条件の一つとして、構成員の健康という条件をあげている。構成員の高い罹病率は、社会そのものの存続を危うくするからである。そして、アメリカのような業績本位の社会において、健康にとりわけ高い価値が与えられていることを強調するのである。しかし同時に、パーソンズは、あらゆることに優先させて健康を絶対化する、「健康絶対主義」に批判の目を向けるのである。¹²⁾

柔軟な健康観〉 カングレムが『生命の認識』の「正常なものと病理的なもの」の中で提示している健康の概念、病気の概念は、今日の健康の「常識」を考える上で大変教訓的である。

カングレムによれば、「健康とはまさしく、また人間にあってはとりわけ、生命と行動の諸規範のもつある一定の自由度、ある一定の遊び[ゆとり]である。健康を特徴づけるものは、諸規範のもろもろの変異を許容しうる力量であり、ただ状況と環境の安定性だけが、つまり一見して保証されているように見えるが、実際にはいつも必然的に一時的なものでしかないその安定性だけが、決定的に 正常な物」といううわべだけの価値を、それらの規範に授けるのである。人間が真に健康であるのは、その人が幾多の規範を意のままにできるときだけであり、正常以上であるときだけである。健康の尺度は、有機体の危機を乗り越えて、ふるいものとは異なる新しい生理学的秩序を創設するある一定の能力である。冗談のつもりなしに言えば、健康とは、病気になることができ、そこから回復するという贅沢である¹³⁾ことなのである。

カングレムの健康の定義は、中川米造の「わずらい」のない状態こそが健康だとする考えと共通する意味合いをもっている。中川によれば、「わずらい」とは、不快や不調や不能(「わずらい

の三相¹⁴⁾) な状態が、一定期間継続したり再帰性をもっている場合をいうのであり、そうした「わずらい」のないのが健康なのだ¹⁴⁾という。それは、アレキシス・カレルが『人間 この未知なるもの』の中で語る「器官の沈黙¹⁵⁾」こそが健康なのだということとも共通した発想である。

イヴァン・イリッチが『脱病院化社会 医療の限界』の中で述べる「医療の介入が最低限しか行われない世界が、健康が最もよい状態で広く行きわたっている世界である」ということも、「柔軟な」健康観を示すものといえる。

イリッチによれば、「健康」とは、個々人が自分の内部状態と環境条件の両者に対処する際の強度をあらわすための日常語にすぎない。ホモ・サピエンスにあっては、「健康な」という言葉は、倫理的・政治的行為の性質をあらわす形容詞である。少なくとも部分的には、ある国民の健康は、政治的行為が環境の条件をつくり、すべての人に対する自恃、自律性、尊厳に有利な環境をつくり出す方法に依拠しているのである。その結果、健康水準は、環境が自律的な個人の責任ある対処能力を発揮させるときに最高に高まる。生存がある限度を超えて、有機体の恒常性が他律的な（方向の異なった）規制に依存するようになると、健康水準は下降していく。強度において危機的な点をこえと、制度的な健康ケアはそれが治療、予防、環境工学の形をとろうとも制度的な健康否定と同じものになるのであり、これが現代医療が住民全体に対して示す脅威なのだ¹⁶⁾という。

健康そのものからの出発¹⁷⁾ ここにみられるのは、「病気」と対置するものとしての「健康」ではなく、健康そのものからのアプローチの重要性である。この点にかんしては、アーロン・アントノフスキー／山崎喜比古・吉井清子監訳の『健康の謎を解く ストレス対処と健康保持のメカニズム』が、「疾病生成論」に対する「健康生成論」の提唱によって、健康や病気の新しい見方について述べているのが参考となる。

健康生成論は、従来の医学に代表される疾病生成論が、疾病はいかにしてつくられるのかという観点から、その要因すなわちリスク・ファクター（危険要因）とそのメカニズムを明らかにしてまとめ上げられてきた理論に対して、健康はいかにして維持、回復、あるいは増進されるのかという観点から、それに関わる要因（健康要因）とそのメカニズムと背景について新しく仮説的に示された理論¹⁷⁾なのである。

病理志向（pathological orientation）の考え方では、人々はなぜ病気になるのか、人々はなぜ疾病と分類される状態になるのかを説明しようとする。それに対して健康の起源に焦点を当てる健康生成志向（salutogenic operation）は、人々はなぜ健康（health ease）と健康破綻（dis-ease）を両極とする「健康 健康破綻の連続体（health ease / dis-ease continuum）」上の望ましい極つまり健康の極側にいられるのか、あるいは、ある時点でたとえどこに位置していようとも、人々はなぜ健康の極側に移動しうるのであるのか¹⁸⁾という問いなのである。

このようにして、健康生成志向によれば、1. われわれは、人々を健康か疾病かのどちらかに振り分けることを拒否して、人々が多次元的な健康 健康破綻の連続体上のどこにいるかという見方をとることになるし、2. ある疾病の原因にのみ着目するという罠に陥らないで、常に、病気を含めてひとりの人間の全体的なストーリー（身の上）¹⁹⁾を探ることになる、といったことが可能となるのである。

このような一連の考え方をとおして言えることは、固定的な「健康観」からの脱却の必要性で

あろう。

(2) 健康をどのように「学んで」きているのか

ここでも、はじめに「基礎調査」結果から整理された状況についてみておきたい。

ここに示される設問は、体系的に吟味したものではなく、授業での学習内容の一端を先取りした、「キーワード」的なものである。この目的は、大学生の保健学習の実情を把握しようとするものであるし、授業の進展に合わせて、深めるべき内容の確認の素材とするものである。「いわゆる「テスト」ではないので、学生には「気楽に」回答するように指示をしている。しかし、結果的には、大学生の保健学習とその認知度の一定の状況を大づかみにではあるが把握することができるものとなっている。各年度の設問は「時事的問題」などを盛り込むこともあって一定ではないが、ほぼ、以下のような傾向にある。参考までに、2003年度後期のものを示しておきたい。そして、10個の設問についての回答状況についても整理を行ったので、その結果も示しておきたい。

〈設問〉 1. WHOの正式名称(英文とその訳語)とWHO憲章の意義とは? 2. QOLの正式名称(英文とその訳語)とその意義とは? 3. 次の数字は、それぞれ何を示していますか? (1)84.93歳 (2)78.07歳 (3)89.8% (4)94.9% (5)18.2% (6)1.33 4.「少子高齢社会」とはどのようなことを言うのですか? 5. Homeostasis(ホメオスターシス)とはどのようなことを言うのですか? 6.「内分泌攪乱化学物質」とは、どのような問題をもっていますか? 7. PTSDとは何の略称で、どのようなことを言うのですか? 8. AIDSとは何の略称で、どのようなことを言うのですか? 9. SARSとは何の略称で、どのようなことを言うのですか? 10.「健康の三原則」とはどのようなことですか?

各設問に対する回答については、完全解答だけを正解とするのではなく、例えば、問1であれば、World Health organization・世界保健機関まで書いていれば良しとし、問5については、「恒常性の維持」に触れられていれば良いというように、概略が示せていれば正解としたのである。

その結果、月曜日の解答248人についてみると、正解数が0 13人, 1 24人, 2 28人, 3 63人, 4 44人, 5 40人, 6 26人, 7 5人, 8 4人となっている。

同様に、金曜日の解答302人についてみると、正解数が0 8人, 1 11人, 2 37人, 3 54人, 4 85人, 5 65人, 6 21人, 7 14人, 8 7人となっている。さらに、設問ごとの正解数をみると、1 226人, 2 46人, 3 93人, 4 247人, 5 28人, 6 82人, 7 43人, 8 170人, 9 100人, 10 163人となっている。

この解答結果はどのようなことを示しているのであろうか。大学生たちの多くが「解答欄」に記述する「わかりません」「忘れました」「初めてききます」「習っていません」から推測されることは、高校までの「保健」の学習がほとんど行われていないか、極めて断片的で一面的なものになっていることである。

ところで、21世紀の新しい健康増進活動の構築を目的として、「健康支援学」が打ち立てられ、1999年4月には、「健康支援学会」が設立された。そこでは、既存の学問的フレームでは打破することのできなかつた健康増進活動に関する新たなアカデミックフレームの再構築と専門的指導

者の養成とその支援ネットワークの確立を積極的に押し進められることになる。

そこで語られる健康論は、直接・間接的に学習内容への影響力をもつ故に注意深くみておく必要がある。健康支援の理論²⁰⁾は、以下のように語られる。

園田は、現代における健康観及び健康行動の変換が必要になった背景を、1. 疾病構造に占める慢性疾患の割合の増加、2. 精神・心理学的な要因と関連した疾病の増加、3. 加齢・高齢化にともなう退行性疾患の増加、4. 経済的・教育水準の上昇、5. 環境問題への関心の高まり、6. 社会的弱者の権利意識の高まり、というように整理している。そして、これらの変化を通して健康の理解や考え方においても、行動、生活、意識、環境などの関連を重視する動きが広まりつつあると指摘し、具体的動きとして次の8つをあげている。

1. Life style change (日常行動のスタイルの変化)、2. Quality of life (生活の量から質への転換)、3. Health promotion (疾病の早期発見・予防、生き方や生活能力としての健康を高めること)、4. Self-care, Self-help (医者依存ではない、ケアや課題解決への対応)、5. Traditional medicine (伝統的な健康法・治療法の見直し)、6. Holistic health (こころと身体の全体的健康)、7. Consumer health (食品や快適な環境への取り組み)、8. Net working (相互援助の活動やしぐみづくり)

そして、今日の新しい健康観として次の8つに整理した。

1. 病気との関連での健康 (臨床モデル)、2. ライフとの関連での健康 (生活モデル)、3. 統御能力としての健康 (統御モデル)、4. 自立度としての健康 (自立モデル)、5. 主観・意識・質への関心と健康 (主観モデル)、6. 患者や障害者の主体化と健康 (主体化モデル)、7. 行動や生活様式と健康 (ライフスタイルモデル)、8. 支援・連帯・共生と健康 (支援モデル)

健康観でいえば、この他、「身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態である」としたWHOモデル、家族や職業における役割を基準とした役割遂行モデル、環境に適應することを基準とした適應モデル、すこやかな生き方や自己実現を基準にした幸福モデルなどがある。

このように整理される「健康支援学」成立の根拠ともいえる「健康像」の変化との比較でみると、現実の大学生の示す「健康像」とではその差異が大きすぎる。「基礎調査」でみる大学生の「問題関心」や「健康へのイメージ」は、極めて狭い範囲での個別的な「健康像」といえよう。そして、このような状況は、大学生に限定された問題なのかどうかということである。さらには、なぜそのような状況が生まれるのかということが問題になってくるのである。

(3) 健康の学習をとりまく状況

少なくとも、「基礎調査」にみる大学生は「健康支援学」でいわれる「健康像」とはほど遠い認知度にあるのが現状といえる。

その意味でも、先ず必要なのは、豊かな健康の学習なのである。「生きる力」の形成とそれを保障する「ゆとり」が学校教育の場では求められている。その基本方針が貫徹する「学習指導要領」とそれに準拠して作成される「教科書」の内容的な検討と、そのもとで行われる授業実践の検証が重要であるし、一方では、「学習指導要領」「教科書」の枠にとらわれずに、自主的に編成した内容で行われている授業実践の教訓に学ぶことも重要である。

「生きる力」の形成が目指される上では「こころ」の問題が強調される。小学校入学前では、「生きる力の基礎となる心情、意欲、態度」²¹⁾であり、小・中・高校においては「人間尊重の精神

と生命に対する畏敬の念²²⁾である。これらが、「生きる力」の中核として道徳教育を中軸にして、そして、「保健」の領域で学習されることになる。そこで意図される「こころ」とは、どのようなものであろうか。さまざま生起する「否定的な」問題状況への対応策としての「こころ」とはどこにあるのだろうか。観念的な「心理主義」ではなく、子どもたちの発達課題や生活課題といったものに着目した学習内容が必要なのである。

例えば、「こころ」の問題を問う場合、脳損傷による人格変化の症例が列挙されながら、人間の営みの基本について示唆を与えてくれるのが、アントニオ・R・ダマシオ/田中三彦訳『生存する脳』(講談社、2000年)である。この著書は、“Descartes’s Error: Emotion, Reason, and the Human Brain”『デカルトの誤り 情動、理性、人間の脳』の原題が示すように、挑戦的な理論を展開しているが、脳科学の分野から私たちの日常生活における意思決定と情動との関係を中心的に説きながら、人間の心的活動はあくまで、間断なく状態が変化する「身体」と脳とのダイナミックな相互作用をとおしてのことであり、身体を考慮せずに、情動も感情も、合理的な意思決定も、自己も意識も、説明できないというように、人間生存のあり方の基本について示唆を与えてくれている。

また、「ゆとり」の問題は、いわゆる「長寿のリンゴ」を手にした「健康大国」日本におけるリンゴの中身が問われ、人間存在のあり方までを見つめ直す契機となるものである。そして、「人類的利益」という事柄にまで及び発想の転換が求められているのが21世紀の課題といえる。たとえば、「全体的長期的最適条件」か「局所的短期的最適条件」かの選択の問題などは、日本科学者会議『人類生存の条件』など人間生活と環境問題との関わりを述べた著書の中で常に問われてきている。「人間性原理を効率性原理と対等に確立させる²³⁾」視点は、過労死問題の進行にともなって、人間らしい生き方と労働のあり方との関係の中で強く問われてきている。

例えば、「ゆとり」の構成要素の一つである「経済的ゆとり」の度合いは、日本の食料自給率の低下の問題そして、一方で、輸入食品の増大の問題がよく示してくれている。食糧輸入国・日本のゆがみは、結局、健康づくりのうえでの大きな問題なのである。このあたりの事情については、河相一成『食卓から見た日本の食糧』(新日本出版社、1986年)、鶴見良行『パナナと日本人』(岩波書店、1988年)、末廣 昭『タイ開発と民主主義』(岩波書店、1993年)などが参考となる。

また、「精神的なゆとり」はさまざまな「不安」の解消の度合いでみることができる。例えば、1980年の天然痘の撲滅宣言にみられる「感染症の不安」の解消と疾病撲滅を前提とした健康づくりへの期待は、その後の「細菌の復活」ともいえるような状況の下で目標が下方修正される必要がある。しかし、「アルマ・アタ宣言」で提唱されたプライマリー・ヘルスケア(第一線保健・医療活動)の発想にもとづく健康づくりが人々の日常生活に密着したところで、初歩的でそして基本的な地道な保健・医療活動として実践され展開されることが重要なのだということが改めて確認されてきているのである。この点では、日本における、1996年夏以降の「0-157」問題は、この基本的な健康づくりでの弱点をさらけ出したものといえるのであり、身近なところに大きな「不安」が存在することでもある。

こうした、「生きる力」の基礎となる「こころ」や「ゆとり」について、それらを構成する中身を直接的に学習内容とした実践がどれだけ、どのようになされているのかといった教育実践上の検証こそが重要なのである。

ところで、大学生の健康の学習に関わる学問状況の問題にも少し触れておきたい。ここで重要なことは、大学生をとりまく健康問題に関する多くの研究とその学問的傾向、そして現実生活での安易な応用の問題については批判的に受け止めることが重要であるということである。それは、健康ということについての多様性を認識させ理解させるのではなく、また諸々の国民や社会が現実にはいかに密接につながり合う中で健康問題が起こっているのか一国内的な問題と国外での問題が実際に影響し合っているということを理解させるのではなく、あたかも健康被害・破壊の状態を当然のこととして受け入れ、それに対する対応策としての健康管理、健康処方の実施、生活習慣の形成などを強調し煽り立てる傾向である。

このあたりの問題も、「健康支援学」の記述を参考に考えておきたい。そこでは、従来の健康増進活動では「自らの健康は自らで守る」と個人の責任のみにされがちであったライフスタイルの改善の問題が、「人々が健康問題を自分でコントロールするために社会的なレベルでの努力が必要である」との認識へと移行したことは大きな変換である²⁴⁾と述べられている。

社会的なレベルでの努力が必要なのは「私」的な個人なのか、「公」的な社会であるのか曖昧な表現になっている。そして、いずれにしても、「ライフスタイル」の改善という問題が最重要視される枠組みには変化がないということなのである。矮小化された行動科学を基礎にした技法としての「ライフスキル」が強調される傾向は、実は「学習指導要領」が提示する学習内容に明確に示されていることなのである。依然として、健康における「自己責任」が中核を占めているといえよう。

3. 「教育的営み」の再構築と「健康像」

(1) 教育保健学への接近

「教育的営み」を保健学習の場で最構築することが、大学生の「健康像」を豊かなものにする上で必要なことである。学校という教育の場であれば、当然「教育としての」保健学習が行われているはずである。しかし、今日の状況は、そのことを自明のこととして看過できるものではない。

大学生の健康像を形成するうえで基本となる健康に関わる学習の吟味がことさら強調されなければならない事情は、こうしたところに存在しているのである。

その場合も、「生きる力」の強調にヒステリックに同調するのではなく、「時間的・空間的視野」の拡大による、大学生の「人間的発達」の保障を基本に据えた「生きる力」の本格的な形成を意図した「教育的営み」が学習場面で準備される必要がある。それが、「教育としての」保健学習である。

「子どもも大人も、日本も世界も、教育にも健康問題にも、いまの時代に生きる人間に求められるキーワードは、「自立」と「連帯」ではなからうか。自分のからだ・健康を自らまもり育てられる人間、自分たちの健康を自分たちでまもりあい、そのための環境や状況を力を合わせて創りだしていける人間が求められている。そうした状況下にあって、人間の健康問題への対応は、医学の領域にお任せしているだけでなく、教育的な手段と方法によって、その予防と増進に十分

貢献しうるし、しなければなら²⁵⁾ない」と数見隆生が『教育保健学への構図』の中で指摘しているが、教育保健学への接近は、こうした知見に啓発され、成果に学ぶところから出発するものである。豊かな健康像を描くためには、豊かな健康の教育の実践に依拠することに尽きる。それは、結局は現実の生活世界での健康づくりに資するものである。そのためには、生活世界との交流の中でこそ学習内容が吟味整理されるという基本的な構造をもちつつ、「科学的な認識」を基盤におきながら、自己管理能力、自主的実践能力、自治的能力といったものが統合・総合化されることが重要なのである。

今日の子どもたちの様々な問題状況を、人間的な成長・発達の過程での閉塞状態からの脱却を求める「願い」「もがき」といったものにとらえたときに、その問題解決のために教育保健はどのように有効に機能するのであろうか、といった関心が高まるのである。その答えは、おそらく「教育」が本質的にもっている機能が「保健場面」で十二分に発揮されたときに得られるのであろう。いずれにしても、人間的な成長・発達の過程をどのように見つめ直すのかによって、今日の子どもたちの問題状況のとらえ方も変わってくるであろう。そこで「教育的な手段と方法」をここでは「教育的営み」と表現しながら考えていきたい。

教育的であればあるほど、「人とコトとモノとの関係性」の形成の課題が健康の学習の場でも浮かび上がってくるし、その中核としての「人間との関係性」が大変重要な意味をもつ。そして、そこでは、真の意味でのコミュニケーションが求められることになる。

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にとらえられている²⁶⁾。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²⁷⁾。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であるが、それと同時に、表情、しぐさ、視線、態度などが大切なのである²⁸⁾。

さらに、こうしたコミュニケーションの機能を「教育的営み」の中核に据え直していくうえで、坂口哲司『看護と保育のためのコミュニケーション』は大変示唆に富んだ内容を提示してくれている。対人関係におけるコミュニケーションを中心にまとめたものであるが、看護の実践を通じた知見が盛り込まれているなど、人との関係性を築くうえでコミュニケーションの機能、役割が豊かに語られている。例えば、言葉によるコミュニケーションは、言語能力、すなわち、語学力や表現力が人によって相違があるにしても、ほぼ確実に伝達される。しかし、人の感情状態などは、言語では伝達しにくい。看護や保育は、相手が言語で意思伝達しなくても、相手の身振り、表現、しぐさといった非言語情報を的確に察知して対応することを求められている...「かゆいところに手が届く」といった目配り、気配りが要求される仕事²⁹⁾だという。こうした仕事の場で駆使される「豊かな」コミュニケーションに学びながら、言語コミュニケーションと非言語コミュニケーションの役割と意義を理解し人と人との関わり³⁰⁾のなかで活用していくことが重要なことになってきているのである。

(2) 「ケア」の発想に結びつけて

さらに、「人間との関係性」をみる視点として考えられるのが「ケア」の発想³¹⁾である。

ごくありふれた言葉で「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。それは、辞書的な意味でみられるような「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³²⁾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、今日の福祉・医療分野にとどまらず「人間的」なるものを考えるときに有益であろうと考える。

実際に、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。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が必要であろうと考える。こうした点をふまえながら、「教育的営み」の上で「ケア」の果たす役割の重要性について少し述べていきたい。

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ているようである。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³³⁾のである。

ここでは、「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るミルトン・メイヤロフの業績に着目しておきたい。

メイヤロフによれば、一人の人格をケア³⁴⁾することは、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、ケアすることは、自分の種々の欲求を満たすために、他人を単に利用するのは正反対のことである。…もう一人の人格について幸福を祈ったり、好意をもったり、慰めたり、支持したり、単に興味を持ったりすることと混同してはならない。さらに、ケアするとは、それだけで切り離された感情でもなく、つかの間の関係でもなく、単にある人をケアしたいという事実でもないのである。相手が成長し、自己実現³⁵⁾することをたすけることとしてのケアは、ひとつの過程であり、展開を内にはらみつつ人に関与するあり方であり、それはちょうど、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、時とともに友情が成熟していくのと同様に成長するもの³⁵⁾なのである。

成果よりも過程が第一義的に重要であるということについても、他者にかかわることができるのは、現在においてのみのことだからである。ケアするうえで、現在は、過去と未来を結ぶ決定的に重要なものであり、…現在は、過去から受け継いだ示唆と洞察によって支えられているのであり、新しい成長を見込むことができるという未来への期待によって豊かなものとなっているからである³⁶⁾としている。また、ケアの相互性ということでは、相手をケアすることは、その人が私をケアすることの活性化をたすけるのである。同様に、自分に対する相手のケアが、その相手のために行うこちらのケアの活性化に役立っているし、相手のためにケアする自分を「強くする」

のである。しかし、このような場合のケアに相互関係があるといっても、それは、「もし私をケアしてくれるなら、私しもあなたをケアしよう」という取り引きとは意味が全く違う³⁷⁾というのである。

こうしたメイヤロフの生きることの意味を明らかにしようとするケアの本質論に関連して、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³⁸⁾という。

このように、「ケア」を考えることは、結局人間的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。

さて、教育保健学への接近の意味でケアを語るのであれば、第48回日本学校保健学会(2001/11/18 宇都宮)シンポジウム「学校における「ケア」の役割と課題を考える」についてふれておく必要がある。

そこでは、ケアそのものの押さえが不十分なまま、それぞれの立場からの提起に終わっていた。とくに、「医療的ケア」ということが、臨床医学の立場から語られていたように思われるのだが、その場合でも、「管理」的な側面が強いように感じられた。それだけに、「身体的な側面からのケアだけでなく、心理・精神的な側面からのケアの問題をどうとらえていくのか」といった司会者からの発議がなされなければならなかった。

そもそも、ケアの発想が医療の場に登場してくるためには、治療(cure)といった場合でも、狭い意味での医療技術的な対応だけで患者の治癒が望めないといった反省からでてきている。メイヤロフの「ケアの哲学」は、看護学や医学などの領域でこそ重要な課題として位置づけられてきていた。そこでは、そもそもが、狭い技術的な意味合いではなく、まさに「全人的な」医療を求める中で看護学・医学のありようが「ケア」との関わりの中で展開される必要があると考えられてきているのである。しかし、「ケア」という概念がもっとも生き生きとした形で用いられる上で、キャロル・キリガンが道徳性に関して「ケアの視点」を提起したことの重要性³⁹⁾を忘れてはならないだろう。

キリガンが「ハインツのジレンマ」で描き出す「散漫で混乱している」ように見える女性の道徳的な弱点こそが、「女性の道徳的強さ、すなわち人間関係や責任を最も優先させる関わりと分かちがたく結びついている」と語っている⁴⁰⁾ことに着目する必要がある。

同様のことは、『ワトソン看護学』やレイニンガーの『看護論』で述べられる、看護がどうすれば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のかという課題に取り組んでいることにも見られる。言葉は違うが、学校保健の場における種々の活動・実践の「教育的営み」ということの見つめ直しと共通する問題をもっているといえる。

(3) 「食」が形成する「健康像」を考える

「食」をめぐる問題は健康づくりの質を問う意味で重要である。そして、改めて考えてみれば、「食」と一口にいっても、上瀬英彦『今、子どもの「食」を考える』が述べるように、食べなけ

れば死ぬという純粋に本能的で生理的な意味から、グルメや美食といわれる文化的で芸術的な領域まであり、また、食材の捕獲、生産、加工、流通、情報の分野まで含めば全世界の経済活動すべてに関連するのである。そして、健康面からは、脳血管障害、虚血性心疾患、糖尿病、高脂血症、癌などの成人病に代表される慢性疾患の多くは、食生活をはじめとする生活習慣が原因とされ、1996年からは生活習慣病の呼称に変わったという点も含めて、⁴¹⁾ 実は大変に広く深い問題をもつものである。

また、例えば、ポール・フィールドハウスの『食と栄養の文化人類学』は、人間の「食の営み」に対して何らかの貢献をしたいと志した瞬間脆くも崩れさった「栄養至上主義」の克服のために著されたと言える。そこでは、食物と文化との関係に始まって、食の思想、食物の社会的機能、宗教や道徳との関係、食物選択の心理学的側面にいたるまで、学際的研究の重要性の問題が提起されているのである。

例えば、島田彰夫『食と健康を地理からみると』は、人間の栄養を総合的に考えてゆくために、ほとんど無限ともいえる条件が多様に結合する構造を同時平行的に考えなければならぬとしている。⁴²⁾

そして、「何をどのようにして食べるか」ということは、人間が生物的存在としての人間ではなく、優れて文化的存在としての人間であることを示している。確かに現代社会の急激な変化によって、過去からの伝統や習慣は急速に消えつつある。しかし我々は「あなたが食べるものであるあなたが分かる」というアフォーリズムの真実を捨て去るわけにはいかない⁴³⁾ という指摘や、日本人は農業を社会のどの部分に位置づけて理解し、食の安全を図るのかという立場から、原剛が「食の安全をはかることは、身の安全(健康)を保つことに他ならない。食糧確保の歴史は、身の安全確保の歴史といえる。つまり、食がおろそかにされることは、身の安全・健康保持の保障がおろそかにされるということである⁴⁴⁾」とする指摘は、健康づくりのうえで食を位置づけ直す場合に重要である。

関連して、島田彰夫『無意識の不健康』(農山漁村文化協会、2000年)が、健康が語られるその「土台」を疑ってかかることが今日の生活実感を見つめ直す上で重要だとする指摘にも学ばなければならない。つまり、「みんなが異常だから気にならない」生活実感の中でこそ、じわじわと不健康が進んでいることにこそ目を向けなければならないのである。そして、「無意識の不健康」からの脱却を「食」からはじめようと提起するのである。

このように、「食」と健康の結びつきは、極めて現代的な問題なのであるが、大学生の「食への関心」は、それこそ、「無意識」のうちに、自分たちの健康における危うさを実感することの表明であるのかもしれない。いずれにしても、構造的で豊かな学習内容が準備されなければならないことを「食への関心」は表しているのである。

例えば、2002年5月31日から6月19日にかけて『朝日新聞』に掲載された「お詫びとお知らせ」⁴⁵⁾ 記事は、「食の自己管理」が到底及ぶものではないことを強烈に示している。「食」の分野での「安心・安全」の環境づくりが求められる理由でもあるが、そうした状況そのものを学習内容として吟味することが、現在の大学生には求められている。つまり、「生きる力」の中身として考えられる「人とコトとモノとの関係性」を「食」をめぐる状況の中から描き出すことが具体的な作業として重要となってきたのである。

(4) 「文化として」の健康

現代の食生活が抱えている「飽食」・「豊かさ」の問題と背中合わせの健康破壊、環境破壊の実態を克服する方策を見いだすためにも、日常生活に密着した問題を正面から問い直すことが重要である。

それは私たちの生活感覚を呼びさまし、人間らしさを問い直すことにもなる。健康破壊が結局、生活の中での基本的人権侵害の全過程であるということからしても、私たちをとりまく生活をしっかりと捉え直し、そこに存在する身近な問題を主体的に考えていく中でこそ健康づくりが真に営まれるのである。

今日、健康教育の充実が強く叫ばれている。しかし、そのことが豊かな健康像を結ぶことにはなっていない。『学習指導要領』が掲げる「生きる力」の形成とそれを保障する「ゆとり」づくりのうえで、健康教育が担っている役割は重要である。

健康問題は、まさに、人間生活全般を視野にいれた、社会・文化的な営みとの関係の中で問題把握を行い、その解決策を考える必要がある。これは、「文化として」の健康の視点である。

ここでイリッチにふれておきたい。健康は適応の過程を示している。それは本能の結果ではなく、社会によって作り出された現実に対する自律的ではあるが、文化的に形成された反応なのである。そして、健康は各人が責任をもち、他人に対して部分的にのみ責任をもつ過程を示している。責任をもつということは二つのことを意味している。人は自分のしたことに対して責任をもつし、他人や他のグループに対しても責任をもつのである。人は、自己意識、自己訓練、内的資源の結果によって、自分の日常のリズム、行動、食事、性活動を規制するし、他人の健康を高めることにもかかわっていく。こうした個人的活動は個人が成長した環境の文化、すなわち、仕事や余暇のパターン、式典、睡眠、生産、飲食の準備のパターン、家族関係のパターン、政治のパターンによって形成され、条件づけられている。こうして作り出される健康は、文化のダイナミックな安定性に依存している⁴⁶⁾というのである。

文化の定義は、人々のあいだで確たるコンセンサス（共通認識）が存在しないが、その使われ方の類型をたどってみると、そこには大きな共通点があって一般的な定義としては、価値観の集まり（体系）である⁴⁷⁾ことができるようである。

文化の使用例を典型的にみると、(1)狭く限定された意味をもつ例 文化の日、文化勲章、文化遺産、文化祭など (2)広く地域や集団のスタイルを意味する例 アジア文化、イギリス(人の)文化、地域・都市文化、若者文化、会社文化(社風)、学校文化(校風)、家庭文化(家風)など (3)地域や集団のスタイルの一部を意味する例 食文化、衣服文化、住文化、音楽文化、政治文化など、となる。こうしてみると、時代的傾向として(1)の狭い意味からはじまって、近年では(2)(3)の広い意味で使うことが一般化しつつある⁴⁸⁾という。

また、文化は記憶であると考え、集合的な記憶の形態こそが、経験に現実性を与える枠組みであり、記憶は現在形で表出される過去であって、社会の記憶の総体が文化である⁴⁹⁾と考えるのがコナートン(Paul Connerton)である。コナートンは、社会行為を合一的行為(儀礼的文化) Incorporating practice と銘記的行為(文字文化) Inscripting practice とに大別して述べている。合一的行為とは、ほほえみや握手など現在進行中の身体的活動を媒介として送られるメッセージのことをいう。身体的な行為をメッセージの媒介とすることによって、行為者は過去の記憶である文化

と合一するのであるが、メッセージの送信は、送り手による特定の身体的活動が行われているあいだのみ発生する。銘記的行為とは、情報の収集蓄蔵装置、印刷、百科事典、索引、写真、録音テープ、コンピューターなど、人間の身体が情報の主体であることを止めてしまったあとにも情報を蓄えておくために行う身体を離れた行為であり、われわれが普通、文化と呼んでいるものである⁴⁹⁾。

文化という言葉の使われ方の共通点とは、どのような内容の使われ方であれ、何らかの価値や評価の考え方が入っていることである。つまり、私たちが文化という言葉を使うときは、そこに一定の考え方や趣味、あるいは好み（好き嫌い）まで含めた、いわば価値観を表現しようとしている⁵⁰⁾と考えられる。こうした価値観はどのようにして形成されるのであろうか。価値観は明らかに人間一人ひとりが成長する過程で、家庭や社会からことばや行動や考え方、美意識など一つひとつを学び習得するものである。文化とは、このように世代から世代へと継承されるものなのである。ただし、文化は、無批判に受け継がれるのではなく、その過程では、必ず個人ないしは集団でそれらを評価し選択的に受け継ぎ、結果として受け継いだものは、与えられた時のものとは違った、新たなものに変化する⁵¹⁾という創造的なものになっていくといえる。

このように考えると、実はいま現在の自分の存在がまさに文化そのものであり、文化の創造主体である⁵²⁾ということができるのである。そして、こうした「文化論」にもとづいた健康像を豊かに結んでいくことが「生きる力」の形成にとって重要なこととなっていくのである。

おわりに 豊かな「健康像」のために

中村行秀が「豊か」という言葉について、そこに込められている歴史と文化の内容にそくした議論が必要だとする提起は、健康における文化的な状態の内実に迫る指摘と受け止めることができるし、今日叫ばれる QOL（生活の質、生命の質）に注目した「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」の適用のあり方に示唆を与えるものでもある。そして、何よりも、大学生の豊かな「健康像」を結ぼうとするときに「豊かさ」とはなにか、について示唆を与えてくれるものである。

「ゆたか」という言葉は純粹の日本語つまりヤマトコトバということで、古来より暮らしについて、また、人の気持ち・姿・態度について、あるいは財・穀物・稔りなどについて、日常的に使われてきたようである。そして、「ゆたか」とは、暮らしや気持ちや財などが「ゆっくり」「ゆったり」である状態、ひとことでいえば「ゆとり」ある状態を表す言葉として使われてきたのであり、「豊かさ」＝「ゆとり」ととらえることが、日本人が「豊かさ」という生活価値にこめてきた意味の正しい理解のしかたである⁵³⁾というのである。

この点は、本来「ゆとりの場」であって、だからこそ「生きる力」の形成とそれを保障する「ゆとり」づくりが求められる空間（場）であるはずの学校教育の場での問題に置き換えて考える事ができる。問題は、「ゆとり」の内実をどのように考えるのかということである。そこにこそ、学校という「空間設計の固有価値⁵⁴⁾」の考え方が当てはめられるのではないだろうか。歴史的な「創造財・文化財」といえる固有価値をもった学校教育の場でこそ、「真の人間的な創意工夫

を要し」その性質を「創意工夫の中で活かしていく」ことが求められている。そうでなければ、鉄道の停車場の設計や装飾に触れて、その意味や表現が人間にもたらす負の影響として指摘されるラスキンの人間疎外論とでもいうべき内容、「・・・人間を一人の旅行者から一個の生ける荷物に変えてしまう。その間は、彼の惑星の移動力のために、彼の人間としてのより尊い特質を捨てているのである」⁵⁵⁾が学校教育の場でも起こり得るのである。

ただし、中村の語る「ゆたか＝ゆとり」観は、人間の生活の「ありよう」(生活の「風景」)として、人間にとっての豊かさが「恵み」であって、それを自分の手で獲得し・守るという観点が育ちにくいというものではなく、生活活動の「自由」あるいは「自由の拡充」を意味しているのである。こうして、人間にとってほんとうの豊かさとは「生活活動の自由」のことであると定義される⁵⁶⁾のであるが、それを「教育的営み」に結び付けて考えることは有益である。

生活活動は、1. 生活に必要な資料を獲得する活動のグループで、労働や仕事 2. 生命・生活の再生産の活動のグループで、睡眠・休息・食事などの生理的活動と家事・育児等の家事的活動をふくむ 3. 社会的・文化的活動のグループで、政治・教育・芸術・スポーツ・娯楽などの広範・多彩な活動 4. 交流・交際の活動のグループで、1-3の活動はすべて、人間と人間の活動の交換(つまり、人間的交流・交際)として営まれるだけでなく、そうした交流・交際そのものを目的とする活動も行う、と四つに分類され、私たちの生活とは、これら四つのグループの活動が複雑にからみあい・影響しあっている総体であるとして、生活の豊かさの程度は、これら生活活動の総体がどれだけ自由であるかの程度によって決まるのであり、生活の豊かさを実現するうえで、とくに留意されるべきは4.の交流・交際の活動である⁵⁷⁾というのである。

こうした「生活活動の自由」さの視点を意図した授業実践の充実が改めて課題として浮かび上がってくるのである。

注

1) 拙稿「生きる力」の形成と「健康文化論」『立命館経営学』第40巻、第6号、2002年所収

2) 健康文化論試案(その骨子)

以下に示すのは、「健康の権利主体の形成」を目指す健康文化論の基本の内容の柱立ての例である。

1. 健康分野でのグローバル化を考える (1)健康破壊の海外への拡大 (1)国内問題としての公害からの教訓 (2)公害企業の海外操業への転換による問題解決 (2)企業の海外進出と健康問題 (3)世界の健康問題と日本の健康問題 (4)プライマリーヘルスケアの提唱 (5)食糧自給率の問題と健康破壊の影響
 2. 健康大国・日本の実情と健康教育 (1)生きる力の提起と健康教育 (2)指導要領と保健教科書そして学力論 (2)ウェルネス論・QOLとライフ・スキル (2)子どもの健康実態 (3)青年の健康実態 (1)大学生の健康問題と彼らの描く健康像 (2)発達主体としての青年像 (3)高齢社会における青年の役割 (4)労働者の健康実態 (1)過労死・過労自殺の問題と労働の過重さ (2)「新夜勤」二交代制の非人間性 (3)女性労働者の健康問題 (5)学校教職員の健康実態 (1)忙しすぎる教職員とその健康実態 (2)学校機能の「肥大化」の本質 (3)「癒しの場」としての保健室 (6)高齢者の健康実態 (1)「寝たきり(寝かせきり)」の問題性 (2)高齢者と生活不安 (3)「いまを生きる」高齢者像 (7)「ゆとり」づくりを考える (1)「ゆとり」の中身とは(国際的な比較も含めて) (2)「人生80年時代」の豊かなQOLを考える (3)母性保護と少子問題
- 3) 池辺義教『医学を哲学する』世界思想社、1991年、p.170
- 4) ウォルデマール・キッペス『スピリチュアルケア』サンパウロ、1999年は、直接的にスピリチュア

ルな問題に迫っているし、そもそも WHO においてスピリチュアルな発想が求められる大きな理由となったのは、WHO 専門委員会報告書“Cancer pain relief and palliative care”である。わが国においては、武田文和訳『がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア』金原出版、1993年として出版されている。

- 5) 山本太郎『国際保健学講義』学会出版センター、1999年、p.1-2参照
- 6) 上杉正幸『健康不安の社会学』世界思想社、2000年、p.8-11参照
- 7) ジョルジュ・カンギレム / 杉山吉弘訳『生命の認識』法政大学出版局、2002年、p.180
- 8) 上杉正幸、前掲書、p.152-154参照
- 9) 同前、p.177参照
- 10) 同前、p.200参照
- 11) 同前、p.201-202参照
- 12) 高城和義『パーソンズ医療社会学の構想』岩波書店、2002年、p.62参照
- 13) ジョルジュ・カンギレム / 杉山吉弘訳前掲書、p.196-197参照
- 14) 中川米造『医療的認識の探究』医療図書出版、1976年、p.50-51参照
- 15) 「健康な肉体は黙って生きている。その働きは聞こえもしないし、感じられることもない。…器官の機能がよく調和がとれていると、平和な感じがする」と。アレキシス・カレル / 渡部昇一『人間の未知なるもの』三笠書房、1980年、p.140参照
- 16) イヴァン・イリッチ / 金子嗣郎訳『脱病院化社会』、晶文社、1988年版、p.15-16参照
- 17) アーロン・アントノフスキー / 山崎喜比古・吉井清子監訳『健康の謎を解く ストレス対処と健康保持のメカニズム』有信堂、2001年、p.ii 訳者まえがき
- 18) アーロン・アントノフスキー / 山崎喜比古・吉井清子監訳、前掲書、原著者まえがき、p.xviii 参照
- 19) 同前、p.16参照
- 20) 日本健康支援学会『健康支援学入門』北大路書房、2001年、p.7-9参照
- 21) 文部省『盲学校、聾学校及び養護学校 幼稚部教育要領 小学部・中学部学習指導要領 高等部学習指導要領』平成11年3月、参照
- 22) 文部省『小学校指導要領』平成10年12月、『中学校学習指導要領』平成10年12月、『高等学校学習指導要領』平成11年3月、参照
- 23) 川人博弘『過労死社会と日本』花伝社、1992年、p.44参照
- 24) 日本健康支援学会、前掲書、p.4 参照
- 25) 数見隆生『教育保健学への構図』大修館書店、1994年、「まえがき」参照
- 26) 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
- 27) 田中キミ子、前掲書、p.13参照
- 28) 同前、p.14-15参照
- 29) 坂口哲司『看護と保育のためのコミュニケーション』ナカニシヤ出版、1999年、p.10参照
- 30) 坂口哲司、前掲書、p.10参照
- 31) 「ケア」の発想からの教育保健(学)への接近については、すでに教育保健研究会(現日本教育保健学会)『年報』9号への報告を行っているので詳しくはそれを参照していただきたい。
- 32) 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。
- 33) 日本保健医療行動科学学会『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
- 34) ミルトン・メイヤロフ / 田村 真・向野宣之『ケアの本質 生きることの意味』ゆみる出版、2002年、p.13参照
- 35) メイヤロフ、前掲書、p.14参照

- 36) 同前, p.71-72参照
- 37) 同前, p.83-85参照
- 38) 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
- 39) 森村 修『ケアの倫理』大修館書店, 2000年, p.95参照
- 40) 森村 修, 前掲書, p.97-99参照
- 41) 上瀬英彦『今, 子どもの「食」を考える』文芸社, 2003年, p.4 参照
- 42) 島田彰夫『食と健康を地理からみると』農山漁村文化協会, 1993年, p.201参照
- 43) ポール・フィールドハウス / 和仁訳『食と栄養の文化人類学』中央法規出版, 1991年, p.18参照
- 44) 原 剛『日本の農業』岩波書店, 1994年, p.iv 参照
- 45) 5/31-6/19の間に, 79件 「食品添加物」の内訳と件数: 酸化防止剤(3), 協和香料化学の香料にヒマシ油⁽¹⁵⁾, 協和香料化学の香料にアセトアルデヒド⁽⁹⁾, 協和香料化学の香料に認められていない物質⁽²¹⁾, 農薬(フェンバレレート)(1), 砂糖・グルタミン酸ナトリウムの表示もれ⁽¹⁾, 輸入ホウレン草に農薬(クロルピリホス)⁽⁶⁾, 「ゆかり」に機械油の混入⁽³⁾, 調味料(リン酸二水素ナトリウム)(1), 増粘剤(キサンタンガム)の記載漏れ⁽¹⁾
- 46) イヴァン・イリッチ / 金子嗣郎訳, 前掲書, p.218-219参照
- 47) 池上 惇, 端 信行, 福原義春, 堀田 力編『文化政策入門』丸善ライブラリー, 2001年, p.72-75参照
- 48) 池上 惇, 端 信行, 福原義春, 堀田 力編, 前掲書, p.72-73参照
- 49) 宮永國子『グローバル化とアイデンティティ』世界思想社, 2000年, p.149参照
- 50) 池上 惇, 端 信行, 福原義春, 堀田 力編, 前掲書, p.74-75参照
- 51) 同前, p.75-76参照
- 52) 同前, p.77参照
- 53) 中村行秀「「豊かさ」を哲学する」佐藤和夫編『考える営みの再生』大月書店, 1994年, p.246-248 参照
- 54) 池上 惇『文化と固有価値の経済学』岩波書店, 2003年, p.56-58参照
- 55) 池上 惇, 前掲書, p.58参照
- 56) 中村行秀, 前掲書, p.252-253参照
- 57) 同前, p.254 255参照