

健康不安社会の形成過程に関する研究

—社会的健康観—個人的健康観に着目して—

Research on the formation of a health-anxious society in Japan
—Focus on social and personal health perspectives—

福里星歌 FUKUZATO, Seika

立教大学大学院 コミュニティ福祉学研究科 コミュニティ福祉学専攻 博士課程前期課程1年

キーワード：健康不安社会、公衆衛生、ヘルスリテラシー、相互監視システム、社会的健康観—個人的健康観

The purpose of this study was to examine the formation of a health-anxious society in Japan, based on social and personal health perspectives. The reinforcement of anxiety was examined from the perspective of a mutual surveillance system and the amplification of anxiety. The main results are as follows. First, the development of the public health movement can enhance the institutional system. Second, the social view of health has remained dominant, whereas the personal view of health has weakened. Third, when health is threatened by infectious disease or other health-related issues, the fear of being observed by other individuals can amplify the level of anxiety. Thus, one of the challenges for future research is to examine the social health perspective in more detail and to determine how to position the personal health perspective as a standard.

1. 緒言

1. 問題意識

「夜食」「運動不足」「飲酒」「喫煙」…これらの言葉を耳にしたとき、イメージされるのは“健康を害する”ものではないだろうか。筆者は、深夜帯にインスタントラーメンを食すこと（夜食）を好むが、ふとした際にこの“健康を害する”行動をとっていると考えてしまい、罪悪感が生まれ、控えることがある。しかし、なぜ病を抱えていないにも関わらず、自身が「健康を害すると思われる行動を控えたい」と考え、自身の健康状態を気にしてしまうのか。

まずは健康の定義を整理しておきたい。1946年、世界保健機関（以下、「WHO」と略す）は「健康の定義として、病気の有無ではなく、肉体的、精神的、社会的に満たされた状態にあるこ

とを掲げ、人種、宗教、政治信条や経済的・社会的条件によって差別されることなく、最高水準の健康に恵まれることが基本的人権である」（公益社団法人日本WHO協会, online）と定めている。様々な健康政策では、このWHOが提言した健康の定義をもとに健康増進の考え方が用いられているという（厚生労働省, online）。

また、健康の定義を提言している団体として挙げたWHOは、代表的な機関として国民の健康増進を推進している。WHOは、1948年4月7日にすべての人々の健康を増進し保護するため互いに他の国々と協力する目的で設立されている。その他にも、健康教育を取り扱っている団体として、一般社団法人日本健康教育学会が挙げられる。日本健康教育学会は、健康教育・ヘルスプロモーションに関する研究の充実・推進およびその普及を図ることを目的として掲げ活

動している。健康教育というのは、人々が健康につながる行動や生活を主体的に送れるように、種々の方法で計画的に支援することである。その健康教育について、日本健康教育学会は、「健康は、他人から与えられるのではなく、自分自身で、あるいは自分たちで求め獲得することが基本となる。その意味で、健康教育には、医療処置や環境衛生などの教育以外の健康の営みとは異なる大きな役割がある」(一般社団法人日本健康教育学会, 2014, online) と、健康教育の意義を示している。ヘルスケア産業では、社会経済システムの再構築をするにあたり、ヘルスケアサービスを行っている。具体的には、健康の保持及び増進、介護予防も含めた健康寿命の延伸に資する商品の生産、販売又は役務の提供を行う(経済産業省, 2021, p.1)。ヘルス産業政策の基本理念としては、「誰もが健康で長生きすることを望めば、社会は必然的に高齢化する=超高齢化社会は人類の理想」「戦後豊かな経済社会が実現し、平均寿命が約50歳から約80歳に伸び、『人生100年時代』も間近」「国民の平均寿命の栄進に対応して、『生涯現役』を前提とした経済社会システムの再構築が必要」(経済産業省, 2022, p.9) としており、ヘルスケア産業を営むことで健康増進、健康長寿を目指している。

これらのように、健康政策を担う組織は構成されており、健康増進について推し進められている。では、国民が健康増進のために行う活動にはどのようなものがあるのだろうか。

自身の健康増進について考えたときに起こす行動要因の一例として、フィットネスクラブが挙げられる。フィットネスクラブの先行研究では、田中(2021)は、「健康増進法制定直後、2003年~2006年にかけて毎年前年比5%以上フィットネス市場が拡大していたことから制度がフィットネス市場の拡大を後押ししていたことは明白である」(田中, 2021, pp.184-187) と述べており、フィットネスクラブが拡大した社会経済的

な背景があると指摘している。これらの制度に支えられ、2008年のリーマンショックや2011年の東日本大震災などの影響を受けながらもフィットネスクラブ市場は拡大してきたと述べている。また、経済産業省(2014)が「シニア層の健康志向に支えられるフィットネスクラブ」について調査し、大手フィットネスクラブの資料から、2003年から2014年のフィットネスクラブ会員の年齢別構成比の推移を見たところ、全人口の年齢別構成比の変化幅以上に、20歳代以下、30歳代の会員比率が低下しているが、60歳以上が上昇していることを明らかにし、この傾向は年々上昇傾向にあることを述べている。また、フィットネスクラブではシニア層を意識した数多くの取り組みが実施されており(経済産業省, 2014, online)、ターゲットもシニア層と絞っていることから、国の政策として健康寿命を延命する取り組みも行っているといえよう。その一方で、フィットネスクラブでは、利用者数が20か月連続で増加しており(2022年10月時点)、新型コロナウイルス感染症の流行によって、自身の健康不安による理由から運動実施を行う者が増えていることが顕著に現れている(経済産業省, 2022, online)。

このようなところから、人々は健康増進を図るなかで、自身の健康状態に対する不安も生成されている構図がつくられている可能性があるのではないかと。また、そうした時に現れる、人々の“健康観”というものは、どのようにして形成されているのだろうか。

2. 健康に関する先行研究の検討および本研究の目的

ここでは、国民の健康に対する認識、また関心について検討する。スポーツ庁(2021)の調査によると、成人の週1日以上運動・スポーツの実施率は56.4%であり、行った理由としては、「健康のため(76.2%)」、次いで「体力増進・維

持のため(52.0%)」であるということから、人々は健康のために運動やスポーツを行う可能性が高いといえよう(スポーツ庁, 2022, p.8)。厚生労働省(2014)は健康意識に関する調査を行い、全世代を対象に、健康状態や健康に対する意識について明らかにしている。普段の健康状態について、「自分を『非常に健康だと思う』と答えた人は7.3%、『健康な方だと思う』と答えた人は66.4%おり、合わせて73.7%の人が自分を健康だと考えていること、また、自身の健康状態について判断する際に重視した事項としては『病気がないこと』が63.8%で最も多く、次いで『美味しく飲食できること』が40.6%、『身体が丈夫なこと』が40.3%となっている」(厚生労働省, 2014, online)と明らかにしている。これらから、人々は自身の健康状態を気にしていること、また人々が健康を病気のない状態として捉え、病気と健康は対極的であると認識していることが分かる。また、柄本(2002)は、缶ジュースやサプリメントの広告にはいずれも「野菜がたくさん入っていて摂れる」ということが分かりやすくなっており、①野菜をとることが『体にいい』とか『健康である』という知識、②野菜に含まれている栄養素または食品成分がその効果を説明する根拠となっているという知識が浸透していなければならないが、これらを踏まえて野菜が体になんらかのいい機能を持ち、それを説明するのが食品成分であるということが理解できていれば、このような広告に栄養素などの詳細な説明がなくとも健康に良いと解读でき、消費者行動を起こすと指摘している(柄本, 2002, pp.157-165)。このように、人々は自身の健康に関心があることから、健康体になれるというものを信じて行動する。ここでは、社会における健康至上主義が関与しているのではないだろうか。健康至上主義(healthism)とは、「健康が幸福の定義、また達成すべきものの焦点となり、自身の健康に大きく関心を寄せ、主に

ライフスタイルの変容を通して獲得されるべき人生の目標となること」(Crawford, 1980, pp.365-388)である。この健康至上主義は、社会において健康が「善」とされるイメージをつくりだし、人々が健康維持または健康増進を目的として生きていく人生プランを形成しているよう見受けられる。しかし、この健康至上主義に対しペトル(Petr. 2020)は「『健康』とは愛国的で純粋であることを意味し、『不健康』とは異質で汚染されていることに等しい」(Petr, 2020, p.14)といい、極端な健康至上主義は人種差別を起こしてしまうと指摘している。人々が健康に対する認識、また関心による行動を起こしているのは、健康至上主義的な社会的圧力がかけられ、自身の健康観が構築されている可能性があるからなのではないか。そして、健康至上主義的な社会の影響を受けた個人の健康観が生み出され、それらによって引き起こされる行動は「自身が健康であるか否かの状態に怯えているとき」、すなわち健康不安がおきることさらに個人の健康観が再構築され続けられているからなのではないか。

そこで本稿では、我が国における健康不安社会の形成過程に関して社会的基準に基づく健康観(社会的健康観)と個人的基準に基づく健康観(個人的健康観)の視点から検討することを目的とする。具体的には、わが国の健康政策に着目した歴史を追いながら社会的圧力によってつくられた健康観が形成される構図を検討し、個人の健康観へどのような影響を及ぼしているのか、分析枠組みを用いて検討していきたい。

II. 分析枠組みの検討

社会的圧力によってつくられた健康観と、個人の健康観の関係性について整理したい。そこで、まずは上杉(2008)によるミクロな健康/個人的基準に基づく健康観、マクロな健康/社会的基準に基づく健康観の構図について詳細に

みていき、次にミシェル・フーコーの「まなごしの恐怖による規律化」をもとに、分析の視点及び枠組みを検討していきたい。

1. 社会的基準の健康観と個人的基準の健康観

上杉(2008)は、人の健康のとらえ方の基準として、マクロな健康とミクロな健康が立ち上がってくるという。ミクロな健康とは、「一人一人の基準によって判断された状態で、自分の身体を個性的に捉えている」もので個人的な基準でつくられたものである。マクロな健康とは、産業社会において人々を組織化するために設けられた、社会的な基準によって決められたものである。具体的には、保健・衛生・医療制度によって成り立っているのだが、上杉はWHOの定義「社会的に良好な状態」というのはこれにあたり、定義にある「身体的、精神的に良好な状態」は「社会的に良好な状態」でしかないと指摘している。

そこで上杉は、個人的な軸と社会的な軸によって形成される健康及び病気の4つのカテゴリーを生成し、ミクロな健康とマクロな健康の対立と融和が生み出す問題について類型化して提起している。具体的には、一方では個人的基準な健康と病気の定め方と、もう一方では社会的基準な健康と病気の定め方があるとしており、またこの基準の二元化があるということは、健康と病気をめぐる問題は単純な二項対立的ではないと指摘している。

まず、1つ目のカテゴリーでは、個人的基準からも社会的基準からも健康と考えられるが、独りよがりの健康が危険であると警告し社会的基準の優位性を示すことによって、個人にとっての健康は社会に認められた状態、すなわち社会的な健康基準によって強迫が潜んでいる。上杉は、これを「不安としての健康(健康への強迫)」と名付けた。

2つ目のカテゴリーは、個人は健康であると

判断しているにもかかわらず、社会的にはそれが病気とみなされるものである。個人の中で異常を感じたとしても病気に結びつけていないため、個人的には健康であると考えていても、社会は治療の必要な病人とみなし、社会的役割を遂行する義務を与えている状態である。したがって、個人の“抵抗としての健康”と社会の“強制としての病気”が対立する。上杉は、これを「くるい(抵抗としての健康、強制としての病気)」と名付けた。

3つ目のカテゴリーは、個人は病気だと判断しているが社会が健康とみなすものである。自分の病気を実感していることから社会へ日常的な役割・義務の免除を訴えるが、社会は病気と認知せず健康とみなし、役割を速やかに遂行するよう強制する。上杉はこの対立を「強制としての健康と孤独としての病気」と名付けた。

4つ目のカテゴリーでは、個人的基準からも社会的基準からも病気とみなされるものである。個人が症状を自覚し社会へ助けを求め、また社会も医療援助の手を差し伸べ治療を行うといった、個人の願いと社会の要求が一致している状態である。これを上杉は「安心としての病気(病気への強迫)」と名付け、1つ目のカテゴリー「不安としての健康(健康への強迫)」と表裏一体であると述べている。これらの4つのカテゴリーが形成される前、つまり社会的基準と個人的基準の健康観での軸が形成される以前は、健康が個人的な問題にとどまっており、「健康を意識することなく生活できている健康のカテゴリー」と、「苦痛と苦しみを受け止めながら個人の責任において治療しなければならない病気のカテゴリー」の2つであったが、個人の健康が社会的問題となり、「国民の健康」を社会的責任として管理することで健康な社会を維持することができる考えたことによって社会的軸における健康は個人的軸における病気から、また社会的軸における病気は個人的軸における健康か

ら派生していると述べている。そして、清潔感のあふれた社会の実現を目指し続けると、個人的な健康の軸が社会的な病気の軸へ引き寄せられ、また個人的な病気の軸は社会的な健康の軸へ引き寄せられていくことにより、健康な社会になればなるほど、「不安としての健康」と「安心としての病気」の構図が出来上がるという。つまり個人的基準の健康観が、社会的基準の健康観へと影響されていくと指摘している（上杉, 2008, pp.71-85）。

以上を踏まえ、健康観の形成にあたり、上杉が指摘する社会的基準に基づく健康観と、個人的基準に基づく健康観の関係性の相互作用についての構図を分析の視点とする。

2. ミシェル・フーコーのまなざしの恐怖による規律化

前述した社会的基準に基づく健康観と個人的基準に基づく健康観の関係性の構図を読み解くにあたり、現代社会を取り巻く相互監視システムのメカニズムについて検討していきたい。ここでは、フーコーの「まなざしの恐怖による規律化」を分析の視点として整理する。

フランスの思想家であるミシェル・フーコーは、権力関係における「見る＝見られる」というまなざしの恐怖について指摘している。フーコーによれば、「規律・訓練における個人を服従共生（臣民化、主体化でもある）の状態に保つのは、実は、たえず見られているという事態、常に見られる可能性があるという事態である」（Foucault, 1977, p.190）とし、他者からのまなざしによって規律化できると述べている。この例として、イギリスの思想家ジェレミー・ベンサムのパノプティコン（監獄）という一望監視施設を例に出して紹介している（Foucault, 1977, pp.202-227）。パノプティコンとは、円環状の建物（独房）、またその中央に塔（監視人）を配置している建築物である。監

視人がいる中央の塔から独房へ監視することができるが、独房から中央の塔の中、つまり監視人がいるかどうかというのは光線によって見えない構図になっている。

ここで重要なのは、実際に中央の塔に監視人が存在しているかはさておき、独房にいる者は監視人に見られる状態にあること、すなわち常に監視される可能性にある状態であることを認知することである。さらに、「その点から生じるのが『一望監視装置』の主要な効果である。つまり、権力の自動的な作用を確保する可視性への永続的な自覚状態を、閉じ込められる者にうえつけること」（Foucault, 1977, p.203）であると指摘しており、常に「見られる」といった意識が生み出され、それを根付かせることによって規律された行動をとらせる、すなわちまなざしの恐怖による規律化が図れるのである。これは、権力に服従された自発的な行動規範を構築することができる構図になっているといえよう。

3. 分析枠組みおよび仮説の提示

これまで、我が国における健康不安社会の形成過程に関して検討するため、上杉によるミクロな健康/個人的基準に基づく健康観、マクロな健康/社会的基準に基づく健康観の構図、そしてフーコーによるまなざしの恐怖による規律化を分析の視点として整理してきた。これらから、社会的基準の健康観形成について明らかにするための分析枠組みとして提示する。（図1）

社会的圧力によってつくられた健康観と個人の健康観については、上杉の「社会的基準」の健康観と「個人的基準」の健康観における議論に依拠し、検討してきた。それを基に、個人的基準から形成された健康観に対し、社会的基準が覆いかぶさる状態によって影響を及ぼしているといった構図が浮かび上がってくるのだが、健康の公共性がいわれるようになっている現代

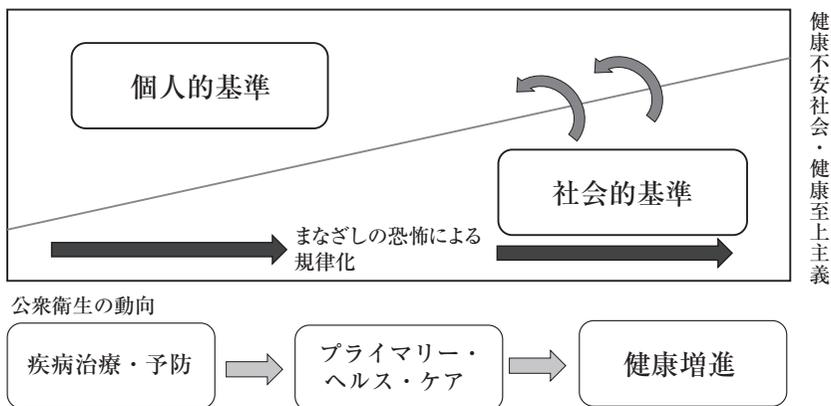


図1 分析枠組み

社会、ひいては、社会的圧力によってつくられた社会的基準の健康観が個人的基準の健康観をのみこむ構図ができあがっていることが示唆された。また、その構図に、他者から「見られる」ことによって権力（社会）に服従された自発的な行動規範が構築、すなわちフォーコーのまなざしの恐怖による規律化が重なり、さらにその関係性を結び付けているのではないか。さらにここでは、公衆衛生の動向により社会的基準が構成され、健康至上主義および健康不安の生成がなされていると仮定し、上記のような分析枠組みを作成した。

III. 社会的基準の健康観形成の検討 — 制度背景に着目して —

この分析枠組みおよび仮説に基づき、実際に社会的基準の健康観がいかにして形成がなされているのかに着目する。具体的には、公衆衛生の成立過程、日本の政策動向等を整理し、検討していく。

わが国において、江戸時代に貝原益軒の説いた「養生訓」のなかで語られる養生思想は江戸時代を生きる人々の一つの体型的な健康観であったという。「養生訓」に記された養生思想とは、与えられた命と身体に感謝し、その恩に報いるために慎み深く、そして自身の人生を楽しく生活することで長生きにつながるといったも

のである（謝心範, 2018）。この養生思想から、いかなる歴史的背景によって近年の社会的基準に基づく健康観が形成されていったのか。主に厚生労働省が発刊している、厚生労働白書を基に公衆衛生の歴史、また日本の健康政策の動向に着目し検討する。

1. 公衆衛生の成り立ち

公衆衛生（public health）とは、「患者を治療することではなく、健康な人々を対象とする科学・技術（science and art）であり、内容としては、疾病予防、健康教育、健康管理、環境保健、衛生行政、医療制度、社会保障を挙げている」（高橋ら, 2020, p.7）という。

日本では、1868年に政府が西洋医学採用の方針を発表したころより軌道に乗り始めたといわれている。その後、1872年には文部科学省内に医務課が設置され、1874年には日本では最初の近代的医事衛生法規であり衛生行政の第一歩である「医制」が発布された。以後、1938年に厚生労働省が設立されたが、それまで主として衛生行政分野を担っていたのは文部科学省であった。

明治維新後、諸外国との交流を行ったことによりコレラなどの疾病が海外から日本へ侵入し、また衛生環境等の影響でたびたび疾病が流行し

たため、急性感染症対策が明治初期から中期までの衛生行政の重点として置かれた。1879年には患者数16万人、死者10万人を超えたことから、明治政府は予防体制の整備を行い、同年に「虎列刺（コレラ）病予防仮規則」、1880年には「伝染病予防規則」を定め、感染症予防対策を練った。その後、「伝染病予防規則」は改正が続き、1897年に「伝染病予防法」が制定されたことで感染予防の制度が完成し、1999年に「感染症予防法」が施行されるまで国内感染症予防が中心法規であったといえる。これらから、公衆衛生の始まり、そして公衆衛生に関する制度が成立したのは、感染症対策によるものであったといえよう（厚生労働省, 2014, p.4）。

2. 公衆衛生の歴史

わが国における健康増進に向けた政策の動向を検討する前に、まずは健康増進施策がどのようになされていたのかについて、世界的潮流を踏まえておさえておきたい。これについては、厚生労働省が詳細に整理している。厚生労働省は、1950年代に一次予防の中に健康増進が位置付けられ、そこでは感染症予防における一般的抵抗力の強化や健康教育により感染機会を避けることを意味していたが、1980年代に入ると健康増進は捉え直され、個人の生活主観だけでなく環境の整備を合わせたものとして改めて提唱され、このように健康増進の考え方が時代によって変遷しているという。そこでは、大きく4つの項目に分けて(1) アルマアタ宣言（ラロンド報告）、(2) ヘルシーピープル（HFA（Health for All）2000）、(3) オタワ宣言（ヘルシーシティ）(4) 目標指向型健康増進施策について記している。

(1) アルマアタ宣言とは、「1978年、ソ連のアルマアタにおいて宣言し、医療の重点をこれまでの高度医療中心から予防を含む1次医療、すなわち『プライマリ・ヘルス・ケア』に転換

するよう提唱」された宣言である。1970年代では、医療費の負担の問題や集団全体に対する治療の意義への疑問が生じ、医療の在り方が問われた。そのような中、1974年にカナダのラロンド保健大臣による報告書が発表された。内容としては、「公衆衛生活動をそれまでの疾病予防から健康増進へ重点を移し、宿主と病因という病気の決定要因を、単一特定病因論から長期にわたる多数の要因に基づく原因論に再構築するもの」だった。この報告により、新公衆衛生運動が欧米へ広がっていったのである。また、「プライマリ・ヘルス・ケア」とは、「2000年までに世界中（特に開発途上国）の人々が、社会的・経済的に豊かな生活が可能な健康水準を達成するための鍵」（高橋ら, 2020, p.10）であり、住民が自らの力で総合的、かつ平等に解決していく方法論であった。

(2) ヘルシーピープル（healthy people）とは、米国厚生労働省のマクギニス技官が1979年にラロンドが報告した基本概念に基づいて新たな国民的健康政策を打ち出したものである。この新たな国民的健康政策の特徴は「疫学や健康への危険因子を重視し、特に個人の生活習慣の改善による健康の実現に重点を置いたもの」である。ヨーロッパにおいては1982年に提唱された「西暦2000年にすべての人に健康を」運動（HFA2000）の一環として約200の指標が設定され、主に運動が推進されている。

(3) オタワ宣言とは、1986年に「カナダのオタワで健康増進に関する国際会議が開かれ、健康増進を個人の生活改善に限定してとらえるのではなく、社会的環境の改善を含むこと」として採択されたものである。同年に、キックブッシュらによる健康都市（Healthy City）を想定した環境改善運動の推進の提案がなされている。そして(4) 目標指向型健康増進施策の項目では、環境整備による国民の健康を改善しようとする国が増加したことが述べられている（厚生

労働省, online)。

これらのようにして新公衆衛生運動、つまり健康増進施策の展開がなされていったのである。では、世界ではこのような公衆衛生への視点から健康増進への政策がなされているが、日本ではどのようにして健康増進に向けた政策がなされていったのか、主に制度、その中でも国民健康づくり運動（健康日本21）を中心に、検討したい。

3. 健康の制度および国の政策動向

—国民健康づくり運動（健康日本21）に 着目して—

わが国においても、健康増進に向けた政策が行われている。1946年に発布された日本国憲法の第25条にも「(1) すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。(2) 国は、すべての生活部面について社会福祉、社会保障及び増進に努めなければならない」と定められ、健康増進のための政策目標を条例として挙げている。これは国の政策目標であり、強制力はなく、道徳的な義務を与えているものである。本章の1節では、わが国における公衆衛生の成り立ちについて整理している。我が国はその後、公衆衛生を疾病・予防の観点から、どのように捉えているのか。

1978年から国民健康づくり対策が始まった。第1次国民健康づくり対策では、健康な人はより良い健康を確保すること、肥満等の人は疾病に陥ることを防止することにより、国民すべてが健康な生活を送れることを目標とし、(1) 生涯を通じる健康づくりの推進、(2) 健康づくりの基盤整備、(3) 健康づくりの普及啓発を基本施策として、10年計画で策定されている。1988年に策定された第2次国民健康づくり対策（アクティブ80ヘルスプラン）では、人生80年時代が現実的なものとなったことで、単に健康を守るだけでなく自らの健康を増進するよう取り組

んでいくべきであるという考え方から、80歳になっても社会参加もできるようにするという趣旨で策定されている。ここでは、やや取り組みの遅れていた運動面からの健康づくりにも力を入れていった（厚生労働省, 2014, pp.21-22）。国民健康づくり対策によって疾病予防や健康づくりの推進に一定の成果を挙げてきた一方で、急速な高齢化や生活習慣の変化により、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の割合が増加してきた。厚生労働省はこうした疾病構造の変化に対応する体制をとり、生活習慣病やその原因となる生活習慣の改善等に関する課題についての目標を選定したものを「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」が策定された（厚生労働省, 2014, p.29）。

また厚生労働省は、健康日本21において健康増進をもっとも重要な課題として挙げており、理念を掲げている。最も大切な理念は住民第一主義、次に住民の能力向上である。そこでは、「住民自身のセルフケアを高めるような支援をしていくことが必要である」ことや、健康づくりにおいては「住民が行政に依存せずに、自分たちの役割を自覚し行動する過程を重視していくことが大切である」と述べており、国は国民が健康増進をしやすい環境づくりを目指していること、そして国民はその“社会に求められた健康行動”をとることを求められていることがわかる。これは、個々人同士、つまり個人と社会における相互監視のもとで行動変容が求められているといえよう。行動変容 (behavior modification) とは、「より良い健康を目指すために必要な生活習慣などの改善」(高橋ら, 2020, p.10) のことを指す。この個々人の生活習慣を正すといった行動変容については、社会から個人へ求められているといえる。しかし、ペトル (Petr, 2020) によると「生活習慣 (lifestyle) とは自分の生活をすると同じではない。ある特定の決まりに従うことを暗に意味する。たとえば食事に

執着すること、勧められたタイプの運動、「不健康な行動」を避けること、「危険因子」を減らしたり無くしたりすること、いつも健康診断とスクリーニングに行くことなど。そうした「生活習慣」は政治的に正しい」(Petr, pp.73-74) と指摘している。

つまり、健康日本21で挙げられる生活習慣の改善は、個々人の生活習慣を挙げて改善を求めているというよりも、社会から求められた生活習慣、すなわち社会的基準の中で作られた生活習慣の改善であり、社会の中で望まれた身体を形成するよう促しているのである。また、上杉(2008)は、生活習慣病などの慢性疾患による死因が増加していくほど「自分は健康だと思っても、ひそかに症状が進行しているかもしれないとなると、人は健康かわからなくなり、それゆえに健康への不安を感じ、健康を大切に生活をするようになる」(上杉, 2008, pp.131-132) と指摘している。このことから、本人の意思のもと健康増進に向けて目標設定をしているとは言っているものの、課題として挙げられていること(生活習慣の改善)が社会的基準から構成され求められているものであれば、個人的基準に基づく健康観からなる健康増進に向けた政策ではなく、健康増進の政策において社会的基準に基づく健康観である社会的健康観が、個人的基準の健康観へと推し進められ、すなわち社会的健康観の影響を受けた個人的健康観がつくられている構図になっていると示唆されよう。

IV. 社会的基準の強化及びまなざしの恐怖による健康不安社会の拡大

1. 個人的基準を無効化する社会的基準の強化

前述したように、新公衆衛生運動の展開は、主に疾病の予防からプライマリ・ヘルス・ケアへと移行し、生活習慣等の改善などの健康増進へとなされていった。これらの健康政策は死因の変化や衛生環境など、時代の変遷に伴い社会的基準につくられた健康観の根源となっている

と考えられる。そして、そうした社会的基準によってつくられた健康観をもとに形成されたのがヘルスリテラシーなのではないだろうか。ヘルスリテラシーとは、「一般に健康に関連する情報を探し出し、理解して、意思決定に活用し、適切な健康行動につなげる能力のこと」(日本ヘルスリテラシー学会, online)であり、社会的に定められている健康の常識についての意味合いが強く、入手している健康についての情報というのは、ここで挙げた社会的基準でつくられた健康観、すなわち社会的健康観だと考えられる。ヘルスリテラシーは、個人の分析的まなざしによってつくられた個人的健康観を用いて、自身の人生観と照らし合わせながら健康とは何かを構想されるべきものでありながら、ここでは社会的基準に基づく健康観の中で自発的に行うよう語られている。

このヘルスリテラシーによって社会的基準が強化され、個人的基準の健康観の形成には社会的健康観が押し付けられ支配と服従がなされる、すなわち個人的基準の無効化が起こることが示唆されよう。

2. まなざしの恐怖の増幅と健康不安社会の拡大

フーコーの「見る=見られる」といったまなざしの恐怖による相互監視システムの形成は、いかにして成り立ち、健康不安社会の拡大へと推し進める構図となり得るのか。ここでは一例として2020年に起きた新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行の際に起きた「自粛警察」を事例として挙げる。

新型コロナウイルス感染症は、国内では2020年1月から流行し、脅威なる感染症であると判断されたことにより同年4月に緊急事態宣言が発足された(内閣官房, 2020)。そのころから、世間では健康に対する不安が募る状況が続き、消毒やマスク着用、不必要な外出を避けるなどの感染症対策を徹底することとなった。そして、

個人と個人の間で「あの人は感染対策を行っているのか」「私は感染症対策を行っていると思われるのか」といった、互いに視線を向ける、すなわち相互監視によるまなごしの恐怖が発生していると考えられる。実際に、「自粛警察」といった、一般人による、自粛をしていない個人や休業をしていない店舗に対し自粛を求め、張り紙や警察へ通報、SNSで指摘する行為などがみられた(NHK, 2020, online)。特にSNSは、情報入手がしやすく他者の言動や行動等を見ることが、発言することができるといった点から、互いに「見る＝見られる」状況がつけられ、評価する／されることが安易にでき、同調圧力をかけることは容易いといえる。そのため、こうした社会的な問題が生じるといえよう。このような構図は、パノプティコンのネクストステージとして、すなわち相互監視のシステムとして成立し強化されている可能性があり、感染症対策以外にも表れると考えられる。これらから、まなごしの恐怖が増幅し、それに伴い自身が健康な状態を保持ができていないか、すなわち健康増進を図れているのか確認せざるを得ないといった、健康不安社会が拡大していくことが示唆されよう。

V. 本研究のまとめおよび今後の課題

本稿では、我が国における健康不安社会の形成過程に関して社会的基準に基づく健康観（社会的健康観）と個人的基準に基づく健康観（個人的健康観）の視点から検討した。上杉によるミクロな健康／個人的基準に基づく健康観、マクロな健康／社会的基準に基づく健康観の構図を提示した。また、フーコーによるまなごしの恐怖による規律化によって権力に服従された自発的な行動規範、すなわち社会的健康観が個人的健康観へ覆いかぶさる状態が起きると提示した。そして、この分析枠組みに基づき、主に公衆衛生とわが国の健康政策の動向を追うことにより、社会的健康観の形成がなされているか検証した。(図2)

公衆衛生運動の展開により制度が充実し、社会的健康観が優位となり、社会的健康観が社会的義務化されるなかで個人的健康観が脆弱化する構図があるものと推察された。

前述した健康至上主義は健康不安だけでなく、公衆衛生の展開により、徐々に不安が高まると同時に、さらなる健康至上主義的な社会が立ち現れているともいえるだろう。

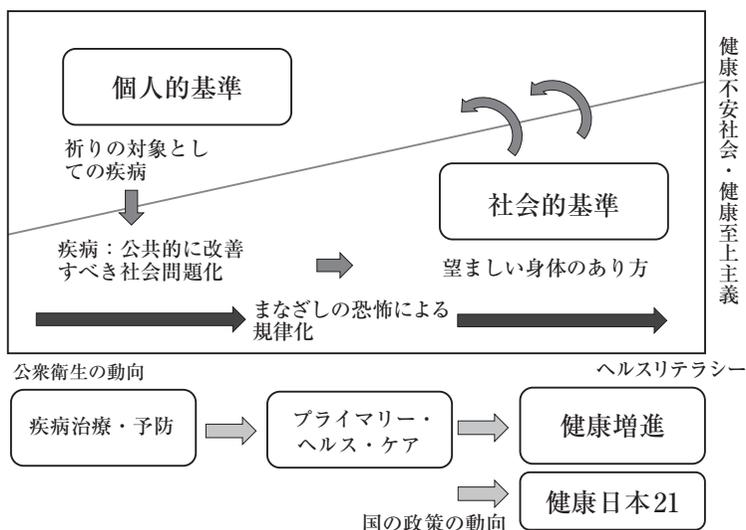


図2 本研究のまとめ

ヘルスリテラシーは社会的健康観の押し付けに過ぎず、個人的健康観の支配と服従をしているに他ならない。そのため、個人的健康観を形成することを可能にするためには、ヘルスリテラシーではなく別の“リテラシー”が必要となる。もしくは、ヘルスリテラシーの定義を再考すべきであると看取された。

また、個人と個人で「見る=見られる」といった相互監視システムの形成においても、感染症対策など健康に脅かされた時の個人と個人による監視、すなわち相互監視によるまなごしの恐怖により、不安が増幅されていく様相が看取された。

今後の課題として、社会的健康観のリテラシーを見直し、いかに個人的基準としての個人的健康観を位置付けることができるかが挙げられる。そのため、個人的健康観の確立に向けた取り組みやあり方についてより実証的に分析してこれからの健康行動を検討していく必要がある。

【参考文献】

Crawford, Robert, 1980, "Healthism and the medicalization of everyday life," *International Journal of Health Services*, 10 (3): 365-388

柄本三代子 (2002)『健康の語られ方』青弓社 pp.157-165

一般社団法人日本健康教育学会 定款
<https://nkkkg.eiyo.ac.jp/profile/teikan.html> (2022年12月29日参照)

経済産業省 (2022)「フィットネスクラブの動向」

経済産業省 (2021)「ヘルスケアサービスガイドライン等のあり方」p.1

経済産業省ヘルスケア産業課 (2022)「健康経営の推進について」p.9

公益社団法人日本WHO協会 健康の定義について
<https://japan-who.or.jp/about/who-what/identification-health/> (2022年12月30日参照)

厚生労働省 (2014)「平成26年版厚生労働白書 健康長寿社会の実現に向けて～健康・予防元年～(本文) 第1章 我が国における健康をめぐる施策の変遷」p.4, 21-22, 29

厚生労働省 (2014)「健康意識に関する調査」の結果
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/001.pdf> (2022年12月24日参照)

厚生労働省 健康日本21 (総論)
https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21_11/s0.html (2022年12月19日参照)

Michel Foucault 著 田村俶訳 (1977)『監獄の誕生——監視と処罰』新潮社 p.190, 203, 202-227

NHKニュース「『自衛警察』相次ぐ 社会の分断防ぐ 冷静な対応を 新型コロナ」2020年5月9日
<https://www3.nhk.or.jp/news/html/20200509/k10012423651000.html> (2022年1月2日参照)

内閣官房 (2020) 新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言

日本ヘルスリテラシー学会「学会の概要」
<https://plaza.umin.ac.jp/HealthLiteracy/index.html> (2022年12月24日参照)

Petr Skrabanek 著 大脇幸志郎訳 (2020)『健康禍 人間の医学の終焉と強制的健康主義の台頭』生活の医療株式会社 p.14, 73-74

スポーツ庁 令和3年度「スポーツの実施状況等に関する世論調査」について p.8

謝心範 (2018)『養生の智慧と気の思想 貝原益軒に至る未病の文化を読む』講談社

高橋茂樹・西基 (2020)『公衆衛生』総合医学社 p.7

田中晶子 (2021)「わが国におけるフィットネスクラブの拡大状況とその類型: フィットネスクラブ研究への消費文化理論応用に向けて」『熊本学園商学論集』25 (2) pp.184-187

上杉正幸 (2008)『健康不安の社会学——健康社会のパラドックス』世界思想社 pp.71-85, 131-132