

ヘルス・プロモーションを推進するカナダの健康戦略

—保育所、家庭保育室での実践を例として—

立浪 勝・立浪 澄子*

(平成9年10月31日受理)

要 旨

1986年、カナダの首都オタワで、WHO (世界保健機構) の「ヘルス・プロモーションに関するオタワ憲章」が採択された。これは、「2000年までにすべての人びとに健康を」というスローガンのもとに、ヨーロッパの保健関係者が中心になって、先進国向けに提唱した健康戦略で、「健康のルネサンス」と称されている。

実は、この「ヘルス・プロモーション」はカナダをモデルにしたものであった。カナダは、すべての人のウェルビーイングを国の目標として、「人権の保証された豊かな社会」を目指して独自の政策を実施している。

著者らは、カナダ・オンタリオ州の地方都市サドバリー市に滞在し、ヘルス・プロモーションを推進するカナダの保健・福祉政策の実状の一端を知る機会を得た。

本稿は、もっとも社会の影響を受けやすい存在であるがゆえに、ヘルス・プロモーションの最重要ターゲットとされる乳幼児に対する政策、なかでも保育政策を中心に紹介を試みた。

キーワード

カナダ、ヘルス・プロモーション、WHO、保育、ウェルビーイング、健康

はじめに

「ヘルス・フォー・オール」(筆者注, Health for All, 以下HFA略す)、これはWHO (世界保健機関) が1970年代末から推進している世界戦略のスローガンである。その後1995年に改訂され、21世紀に向けての新たな健康戦略の全体像をいっそう明瞭にし、引き続き活動を展開している*1。

このスローガンを支えるキーワードは「プライマリー・ヘルス・ケア」(筆者注, Primary Health Care—基本的保健ケア, 以下PHCと略す) とヘルス・プロモーション (筆者注,

Health Promotion—健康促進) である。特にヘルス・プロモーション戦略は1980年代以降、天然痘などの伝染病の脅威が終息した時点で、成人病対策を中心に先進国を対象とした新戦略として登場したものである。

日本では近年やっとな成人病を「生活習慣病」*2と称するなど健康を作りだす上で「生き方」を問題とする傾向が出てきたが、1980年代から施策を実施してきたヨーロッパ、カナダなどに比べると、その対策はおろか認識もまだ十分とはいえないと思う。筆者らは1994年から1995年にかけてカナダ・オンタリオ州北西部の地方中核都市であるサドバリー市(Sudbury)

に滞在し、ヘルス・プロモーション戦略を推進するカナダの保健、福祉施策の実情の一端を知る機会を得た。そこで今回、現代の先進諸国で新しい保健政策や社会サービスのよりどころとなっているヘルス・プロモーション理論について、特にその予防理論のターゲットである乳幼児に対する施策を例に、この理論のモデルとなったカナダの実情を簡単に紹介したいと思う。この一文が具体的かつ実際のヘルス・プロモーション戦略の理解の一助になれば幸いである。

1 今日における健康思想と健康戦略の世界的動向

1.1 ウェルビーイング (well-being) 概念の登場

近年、日本でも健康教育や福祉の分野ではウェルビーイングという言葉がかなり身近なものになってきた。この言葉はウェルフェア (welfare・福祉) の語に代わって最近よく使われるようになったものである。しかし、もともとウェルフェアとウェルビーイングは同じような意味を持っており、日本ではこれまであえて区別することなく「福祉」とか「幸福」とかと訳され、同様に使用されてきたものである³⁾。しかし高橋重宏によれば、この2語はあきらかに概念の異なるものであり、彼は「ウェルフェアはやはり救済的な歴史を有するし、ウェルビーイングは、人権思想をふまえ個人の尊重、自己実現を意味する」¹⁾と説明している。北米等において、ウェルフェアはもともとはウェルビーイングと同じく目標概念的な意味を有し、慈善の意味であるチャリティ (charity) に代わるものとして使用された。しかし、第二次大戦後の福祉事業の展開過程で、on welfare (生活保護で暮らす) の用法に見られるように、福祉事業の意味に収斂され救済的な意味合いが強まってきた。そのためか、しだいに敬遠されるようになり、

最近では目標概念としてはウェルビーイングにとって代わられるようになった。

しかしだからといって、ウェルビーイングは新しい用語かといえば決してそうではない。誰でも知っているWHOの健康の定義、つまり世界保健機関憲章の前文に掲げられた9項目の原則のうち、第1番目に挙げられている次の文章にすでにはっきり見えている。この憲章の制定は1946年のことである。

(Health is a state of complete physical, mental, and social *well-being* and not merely the absence of disease or infirmity.)²⁾

(健康とは、身体的にも精神的にも社会的にも完全に良好な状態をいい、単に病気や虚弱でないというだけではない)

ウェルビーイングはアメリカなどでは戦前から使われており、そういう事情からしても決して新しい用語ではない。それがなぜ新たな福祉の目標概念として登場したかといえば、先にも述べたとおり、ウェルフェアがしだいに目標概念としての意味を失っていったという事情と併せて、健康教育に関する80年代以降の新たな展開がかかわっているのである。

それが1977年に始まるWHOのHFA戦略である。ここで健康は人類の基本的な人権の一つであるという観点を再確認し、その後、すべての人々のクオリティ・オブ・ライフ (筆者注、Quality of Life—生活・人生の質、以下QOLと略す) を高めるという視点へ拡大されていった。

QOLを問題にすることで、健康は実体的にも身体のみならずライフ・スタイルや環境をも視野に入れた幅広い概念であることをいっそう明確にしたといえるし、実践的にもソーシャルワークや環境保全活動との結びつきを強めていった。そしてウェルビーイングは人々の日常生活、社会活動のすべての分野でQOLの高い状態、すなわち自己の尊厳を確保し、自ら求める良好で満足できる生活、高橋のいう「人権思想をふまえ個人の尊重、自己実現

を意味する」状態を表現する用語として世界的に受け入れられていったのである。

一例を挙げれば、1989年12月国連で採択された「子どもの権利条約」には随所にウェルビーイングの用語が使われている。特にその第17条では子どもが「自己の社会的、精神的、道徳的福祉ならびに心身の健康の促進を目的とした情報及び資料へアクセスすることを確保する」³⁾ (筆者注、下線、傍点は筆者による。福祉の原語はwell-being) と述べ、ウェルビーイングを単に身体的なものにかぎらない、きわめて広い概念としてとらえている。

1.2 ヘルス・プロモーション(Health Promotion) 理論の登場

HFAでは初め、発展途上国の健康格差が緊急の問題とされた。そのことを取り上げたのが「アルマ・アタ宣言」である。この宣言は1978年、ソビエトのアルマ・アタで開催された「PHCに関する国際会議」で採択された。この会議を共催したのはWHOとユニセフであった。宣言は「PHCこそすべての人の健康を達成する鍵である」と述べ、具体的には健康教育、予防法や対策、栄養、水の安全確保や下水設備、家族計画を含む妊産婦と子どものケア、予防注射、風土病の予防とコントロール、病気やけがに対する治療、投薬などをさし、PHCは誰もが受け入れることのできるものであり、国やコミュニティの費用によって供給可能なものであると説明している。この戦略は特にアジア・アフリカを中心とする発展途上国の保健衛生水準を引き上げ、地球上のすべての住民の健康を確保するために設けられたものである。

しかし健康は途上国だけの問題ではない。WHOはいう、「HFAは人々の健康へ向けての絶えざる改善の過程を意味するものであり、それぞれの国の社会的経済的状況によりよく合うものがそれぞれの国で創造される」⁴⁾。

このため先進諸国では特にカナダをモデル

とした、現在ヘルス・プロモーションと呼ばれているまったく新しい健康戦略が、主としてWHOヨーロッパ地方事務局のイニシアティブによって、1980年代初めから推進されるようになった。

1986年11月21日、オタワでWHOとカナダ連邦政府、カナダ公衆衛生協会の主催によって「第1回ヘルス・プロモーション国際会議」が開かれ、「ヘルス・プロモーションに関する憲章」が採択された。ヘルス・プロモーションはそれまでの公衆衛生概念や健康教育の方法論を大きく変える画期的な戦略といわれ、「健康のルネサンス」⁵⁾ともいわれている。

ではこの憲章が提唱するヘルス・プロモーションとはなにか。憲章の内容に添って簡単に説明してみよう。

憲章はヘルス・プロモーションを次のように説明している。

(Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health.)

(ヘルス・プロモーションとは人々が健康を自ら統御し増進することができるようになるためのプロセスである。)

もちろんこれだけでは何のことだかよくわからないかもしれない。憲章は続けていう。

「身体的、精神的、社会的にウェルビーイングの状態に達するには、個人や集団がその願望を確認して実現し、要求を満たし、環境を改善、もしくは環境に対応することができなければならない。健康とは生きる目的ではなく、毎日の生活のリソースである。健康とは身体的な能力であるだけでなく、社会及び個人のリソースであることを重視した積極的概念である。」(筆者注、太字は筆者によるもの。resourceは活動の源、活力源、あるいはその助けとなるものの意。日本では一般には「資源」と訳されているが、この訳は原語の意味を十分に伝えていないと思われるので「リソース」を使用する。)

つまり憲章は、健康の定義を補強し、健康とは、病気ではないというだけでなく一人一人が人生に夢を持って前向きに生きることであるという。さらに、適切な自己理解や自発的行動によって周りに積極的に働きかけ、それによって充実した生活、人生を可能にするための手段や財産だというのである。ヘルス・プロモーションはもはや従来の定義だけでは包含しきれないものを内包していたのである。

この新しい健康概念を1946年当時のものと比較してみよう。一目で新しい概念はウェルビーイングの実際的な姿がより具体的に表現され、しかも健康を作り出す主体がそれぞれの個人であり、個人が寄り添い合ったグループであり、その主体的行動こそ健康創造の鍵であることをきわめて明瞭に表現しているのに気づくであろう。

ヘルス・プロモーションはこのように健康を、生きていく上での目的ではなく必須条件の一つととらえ、だからこそ地球上のすべての人がその全生涯を通して健康であることは基本的人権の一つであるという認識から出発する。したがってそれは単に保健部門に責任を持つのみならず、健康的なライフスタイルから、ウェルビーイングという人間の生き方の問題にまでかかわるものなのである。

1.3 ヘルス・プロモーションの構造

このような新しい健康概念にもとづいて、ヘルスプロモーションは次の4つの方法理念をあきらかにしている。

第1は健康の前提としての基本的条件であり、具体的には「平和、住居、教育、食物、収入、安定した生態系、生存のための各種リソース、社会的正義と公正」などが必須であるという。

第2はアドボケイト（advocate—唱道、強く主張もしくは弁護すること）である。

アドボケイトは、政治、経済、社会、文化、環境、心理、生理等、健康にかかわるさまざま

な条件を望ましい健康の増進のために作り替えていくよう、常に働きかけ声を上げるという姿勢を意味している。

第3は可能づけ（enable）である。

ヘルス・プロモーションは健康における公正を重視する。現在の健康的差異を減少させ、すべての人が自ら可能なかぎりの健康を実現するために、平等な機会とリソースを確保しようと努力する。

最後は調停（mediate）である。

ヘルス・プロモーションは初めから保健部門だけの活動で人々の真の健康が実現されるとは考えていない。したがって関係する他のさまざまな部門、社会、経済界、政府・自治体、ボランティアなどと調整し合うことを重視する。

ヘルス・プロモーションの具体的な方策は、項目のみ挙げれば次のようなものである。

- ・保健政策づくり
- ・健康を支援する環境づくり
- ・地域活動の強化
- ・個人的な手だての拡大
- ・保健サービスの再構築

これらの中には、立法、財源確保、税制の見直し、組織改編、自然環境の保全、仕事や余暇の保障、コミュニティへの支援、情報提供、教育などが含まれ、その対象範囲はこれまでとは比較にならないほど広く且つ連係している⁶⁾。

2 カナダにおける

ヘルス・プロモーション

ヘルス・プロモーションはもともとカナダで生まれた。1974年、当時の連邦政府厚生大臣の名を冠した「ラーロンド・リポート」⁷⁾（筆者注、Lalonde Report、表題；「カナダ人の健康についての新しい展望」）が「ヘルス・フィールド」（筆者注、Health Field—健康野）という概念を導入したのが始まりといわれる。ヘルス・フィールドには5つの決定要素「生

物的要因」「身体環境」「社会環境」「ライフスタイル要素」「保健介護サービス」の分野が含まれていた。

60年代、すでに医療のみでは健康の増進には決して十分ではないことが認識されていたカナダでは、これまでの保健サービスの概念では包含しきれない要素、環境やライフスタイル、ケアの質など、が健康に与える影響に関心が集まっていた。しかしこのレポートは具体的な実行手段に触れておらず、個人の責任、政策立案や社会的変革の必要性まではまだ踏み込んでいなかった⁸⁾。

カナダでヘルス・プロモーションのターニング・ポイントとなったのは、何と云っても1986年にオタワで開催されたWHOの「第1回ヘルス・プロモーション国際会議」である。これにはカナダ厚生省とカナダ公衆衛生協会が共催者として名を連ね、その後、ヘルス・プロモーションはカナダの国策の一つとして

積極的に推進されていく⁴⁾。

もともとアメリカと違って、ヨーロッパ式の国民皆保険制度をとるカナダでは、基本的に医療サービスは無料である。しかし移民国家で国民の財産や教育程度、文化的背景の違いが大きいという事情から、国民一人一人の積極的健康の増進という点では、なお多くの問題を抱えているのが現状である。

しかし、1982年カナダは、新しい憲法を公布し、国民すべてのウェルビーイングを目指し、あらゆる差別の撤廃とすべての民族文化を尊重する多文化主義政策(Multiculturalism)をいっそう明確にした⁵⁾。ヘルス・プロモーションはこのようなカナダの国情が生み出してきた仕組みであったといえる。

現在、カナダのヘルス・プロモーション戦略は図1のような構成で推進されている。(図1参照)

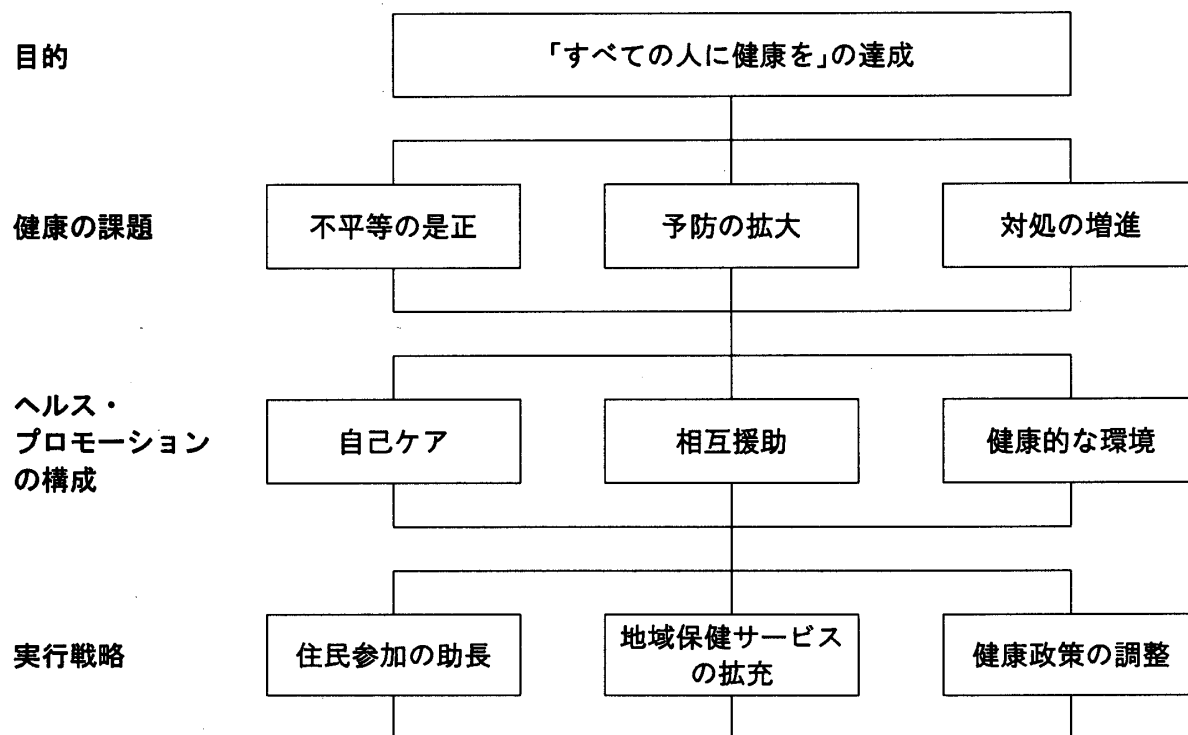


図1 カナダのヘルス・プロモーションの構造

引用文献8より筆者訳、原著はHealth Canada, *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*, 1986

このようなヘルス・プロモーションを比較的にスムーズに実行に移せた背景には、1970年代からカナダが推進してきた地域保健活動の蓄積があった。1972年のケベック州を皮切りに全国的に地域保健センターが設立され、さまざまなサービスが提供された。専門的保健サービスはもちろん、職業教育、語学教育、住宅の斡旋、生活保護の手続きなど、その活動は多方面に及び、センターは労働、福祉等の各専門家とも緊密に連絡を取り合う体制を作っていた。

カナダのヘルス・プロモーションの考え方をわかりやすく説明するために、ピメント.Bが紹介している次のような事例を引用しよう。

「喫煙を遠因とする病気で年間3万人以上が死亡しているカナダでは喫煙は公衆衛生の第一の敵とされ、熱心な禁煙キャンペーンが行われている。そこでサラも禁煙することにしたが、彼女はなぜ他の人も同じようにできないのか理解できない。

しかしある人にとっては、禁煙はニコチンという麻薬同然のものから抜け出すことだといって済ませられないものがある。マルコムは何回かやめようとした。しかし彼は最近失業し、煙草はストレスから気分が滅入るのを救ってくれる。サラがマルコムに『代わりのもっと健康的なストレス発散法を見つければ』というのは間違いではないが、実際にはもっと複雑な問題があるのだ。マルコムの友人の多くは喫煙家だ。そして彼らはそのことが体に悪いとは思っていない。彼の父と叔父も喫煙家だったが、どちらも肺ガンにかかることもなく長生きした。彼は専門家のいうことに懐疑的だった。

このような場合、ヘルス・プロモーションの専門家はマルコムの人生における不平等を除去することによって彼の人生への自信を回復させ、彼のストレスを緩和し、彼が禁煙を自ら受け入れるようになるのを援助する。

その結果、彼は今禁煙の職場で働いている。

彼の新しい同僚は煙草を吸わないし、彼はこれまでとは違った社会活動に参加している。」

「マーサは世間一般の基準からすれば太りすぎである。彼女は何度もダイエットに挑戦し、その都度失敗してきた。いくら体重を落としてもすぐまた元に戻ってしまうからだ。他人に笑われたりすると彼女はとても傷つき、自分に自信をなくしてしまう。

『肥満を軽蔑する態度』は今なお社会で受け入れられている偏見や差別の一つである。マーサの友達の一部、ハシリアは大柄な女性であるにもかかわらず、マーサよりずっと自信に満ちている。彼女はマーサに彼女の栄養士に相談するよう勧めた。これがマーサにとって転機になった。2年後、マーサの体型はまだ世間の基準には達していなかったが、彼女は自分にとって何が一番大事か理解するようになった。ヘルス・プロモーションを実践する彼女のカウンセラーの協力で彼女は挫折感を克服した。彼女が参加している自己支援グループは太っている人たちに対する社会的差別、悪口や立ち入った質問などに対処するために互いに助け合ってきた。マーサはダイエットばかりに集中するのをやめたし、ヘルス・プロモーションに協力してきたので以前よりやる気が出てきたし、体重も少しづつ落ちてきた。

カナダのカタログ雑誌には大柄なモデルも堂々と登場しているし、ファースト・フード・レストランもメニューの選択肢を増やし、運動プログラムの中には大柄な人が人前で運動しても恥ずかしさを感じなくて済むように工夫されたものもある。』*6

以上はカナダで行われているヘルス・プロモーション活動の一例だが、ヘルス・プロモーションの性格と理念が非常によくわかる例といつてよいだろう。

ヘルス・プロモーションは、問題を解決するためには、まず自己への信頼を確立することを重視する。自己の尊厳を守り、自発性を

尊重する。必要ならばそのために個人を支援するグループを作ったり、同じ立場、状況の人が集まって共同で問題に対処するグループを作る。そのような個人やグループを支えるのは、網の目のように張りめぐらされた地域組織と、彼らが提供するさまざまなリソースである。このような地域組織、多様な種類のリソースセンターがカナダには無数にある。そしてそれらは次々と緊密なネットワークで結ばれつつある。このネットワークづくりと支援プログラムの発達が地域変革の指標である。

しかし問題が個人レベル、地域レベルでの解決を越えているような場合、個人、地域活動グループは自治体、州、連邦政府等への政策立案、各種規制、財源確保を働きかける。このように個人から国民全体を視野に入れて問題を取り上げ、その解決もまた個人から国民全体の責任を明確にして取り組む。それがカナダのヘルス・プロモーションである。

3 カナダの保育におけるヘルス・プロモーション

カナダの保育は決して世界の優等生ではない。歴史も浅く、制度も未完成である。特に昨今は財政逼迫のあおりを受け、制度後退の危機にある。しかし、少なくとも今日広大な国土に点在する住民が力を合わせ、短期間のうちに築いてきた長大な保育所、家庭保育室のネットワークとその成果には目を見張らせるものがある。

乳幼児の保育は、その親たちの大きな関心事であるだけでなく、将来の国民の健康の指標として、ヘルス・プロモーションにとってもその成果を左右する重大な分野である。カナダのヘルス・プロモーションが乳幼児保育の分野においてどのような活動を展開し、どこまで到達しているかを見ていきたい。

まず、ある保育所の日を簡単に紹介しよう。

ローレンシアン大学チャイルド・アンド・ファミリーセンター (オンタリオ州サドバリー市)

この保育所はカナダの他の多くの保育所同様、民間の非営利型保育所の一つである。敷地のほとんどが白樺や樺の林という恵まれた環境の中にあるが、プレハブの建物は粗末で、内部は狭く、設備も十分とはいえない。幸いなことに州の外郭団体から援助の予算がついて1998年度には改築の見通しが立った。今は狭くてごたごたしているが、それでも1クラスあたりの人数が5人から8人、15人と少ないためか、どこことなくゆったりした雰囲気はただよっている。クラスは1歳半から学童保育まで6クラスある。障害児も数名いて、重度児には専属の保母がつく。ある日は心理判定士が園を訪れ、子どもの様子を観察し、担任保母と懇談していたこともあった。4歳児は昼食後、スクール・バスに乗って、パブリック・スクール (幼稚園から日本の中2くらいまで) のジュニア幼稚園の午後のクラスに通う。代わりに午前のクラスを終えた別の4歳児のグループがセンターにやってくるので、同じ保母が午後の保育を担当する。そのほかに同じように授業を終えたシニア・幼稚園児 (5歳児)、小学生 (日本の小3くらいまで) が午後3時半ころにやはりスクール・バスでセンターにやってくる。この学童担当の保母は午前中他のクラスのヘルパーとして働いている。

定員は66名で、だいたい常時、アドミニストラティブ・スーパーバイザー (事務、管理が主)、センター・ディレクター (園長、主任保母に相当する。クラス担任はしない)、保母7人、調理師、パート保母2人が勤めている。保育時間が朝7時半から夕方6時まで (1994年までは5時半終了だった。全般にだんだん保育時間が長くなる傾向にあることは日本と同じである。) なので、保母の勤務時間は少しずつずれている。日本のように早出・遅番などの交代制勤務はなく、早出の人は常時早出、

遅番の人は常時遅番である。休憩時は他の人が交代で保育を担当する。

子どもたちは通常9時半ころまでにはだいたいそろそろ。ここは学生の子どものも少なくないので、親の授業時間に合わせて連れて来られる子どもも多く、登園時間がかかなり不規則である。チーズやジャム・トースト、ミルクなどの簡単なおやつを取った後、クリエイティブ活動（造形活動が主）かサークル遊び（ゲームや絵本の読み聞かせなど）、それから排泄を済ませ、クラス全員でアウト・ドア活動（外遊び、散歩）に出かける。これは厳冬やよほどの悪天候を除いて、ほぼ毎日の日課になっている。冬など、1、2歳児に分厚いスキー・スーツ、手袋、ウインター・ブーツ、帽子、マフラーをしっかりと身に着けさせ、零下10度、20度の屋外でそり遊びやおいかげっこをするのはとても大変なことなのだが、保母たちは当然のことのように行っている。夏は外に出るときは必ず日焼け止めクリームを顔や手足に塗る。皮膚ガン予防のためだが、このことも0歳児から徹底している。

外遊びを終えて着替え、絵本を読んでもらうともう食事の時間、まず排泄を済ませてからみんなで食堂へ行く。食堂は家庭のものほとんど変わらないキッチンにテーブルが5つ、クラスごとに交代で食事を取る。昼食のメニューは、肉、野菜、穀類、デザートが日毎に決まっているが、ときどき献立通りでないこともある。調理師が臨機応変に替えるのだとか。肉は挽き肉、野菜はサラダ、穀類はパンがほとんどである。日本の保育所の給食に比べれば、献立が単調で量が少ないような気がするが、子どもたちの食欲からすれば十分のようだ。飲物はジュースかミルク。果物はおやつにとる。キッチンの壁にはアレルギーの子どもたちの名前と食べられない食品の一覧表が貼ってある。

昼食の後は排泄、歯磨き、そして午睡。午睡は保育室で、低いコットを床に並べ、薄い

ブランケットを掛けて寝る。なかなか寝つかない子もいるが、コットから出るとは許されない。このあたりは保母の指導の個性が出るところで、だまってだっこしている人や、何度も「静かにしなさい」「早く寝なさい」と繰り返す人などさまざまのようだ。

午後は、午前中と同じように、おやつ、創造活動、グループ活動、そして散歩か全身を使った運動遊びをする。保育所の隣にローレンシャン大学の温水プールがあるので、学童保育の子どもたちは毎週1、2回はスイミングに行く。プールは大人用なので深く、飛び込み台もついているが、小さいころから湖で泳いだりカヌーを漕いだりする経験の多いこの地域の子どもたちにとっては、その深さもなんら障壁にはならないようだ。4時半ころからは残った子ども全員が1部屋に集まり、静かな遊びをしながら迎えを待つ。

およそこのような保育が毎日ゆったりとした時間の流れの中で行われている。(1994—1995年度の様子)

カナダの保育所を訪れると、その施設や保育内容は日本と比べて決して高いレベルにあるわけではないのだが、なぜか非常にゆとりを感じる。そのゆとりの背景をいくつかの角度から考察してみたいと思う。

先にカナダの保育制度について簡単に説明しよう。カナダは連邦国家なので保育制度は州の管轄下にあり、州ごとにその違いが大きい。オンタリオ州は中でももっとも制度が発達しており、カナダの保育制度の牽引車的役割を果たしてきたところである。

まずカナダも日本同様、保育制度は幼稚園とチャイルド・ケア（保育所など公的保育をさす）に二元化されている。幼稚園については大まかにいって現在、4歳児の約半数、5歳児の9割以上が幼稚園教育を受けている（4歳児が少ないのは州によって制度が違うから）。一部には幼稚園だけのところもあるが、その多くは小学校に併設され、公費で運営されて

いる。今までは多くが午前か午後だけの半日保育だったが、最近小学校と同じ時間帯（たとえば9:00AM～3:00PM）を保育する全日保育が増えつつある。

カナダでも戦後女性の社会進出はめざましく、チャイルド・ケアは拡大の一途をたどった。1993年統計で、免許を保有しているチャイルド・ケアの定員は全国で約36万人、20年前の10倍以上に膨れ上がっている。この増大は女性の就労のみならず、教育、社会活動にも積極的に応えていくカナダの保育需要に応じたものである。

カナダのチャイルド・ケア施設は大まかに分けてデイ・ケア・センター（保育所）、ファミリー・デイ・ケアまたはデイ・ホーム（家庭保育室、または保育ママ）、ナースリー・スクール（幼稚園就園前の子どもが対象で保育時間も短いところが多い）の3つだが、いずれも免許制になっている。免許は一定の基準を満たした施設に付与され、毎年更新される。

このうちもっとも日本と違って、同時にそれが北米の特徴ともなっているのがファミリー・デイケアである。子育てを終えた主婦やわが子がまだ小さくて外に出て働きにくい主婦がわが家で近所の子どもを預かり、保育をする。北米では住宅や庭が広く、小さくても専用の保育室や遊び場を確保できる家庭が少なくないし、地方では人口が少ないので、どの地域にも集団保育施設を設置することは難しいという事情もあって、ファミリー・デイケアは日本よりずっとポピュラーな存在である。少人数で家庭的な雰囲気のもとに保護され、経済的にもセンター保育よりいくらか安い傾向にあるため、利用者はきわめて多い。しかし難をいえば、無資格の保育者も多く、保育内容への不満が少なくない。したがって最近ではアメリカに倣ってこれにも免許制が取り入れられたり、専門のエージェンシー（斡旋機関）の監督下に入るところが増えている。エージェンシーは定期的に保育室を巡回し、

保育者の相談に乗ったり、おもちゃや教材、必要な資料を支給、または貸与したりする。オンタリオ州ではファミリー・デイケアの免許は保育者に対してではなく、このようなエージェンシーに対して与えられるシステムになっている。エージェンシーの多くは非営利機関であるファミリー・リソース・センター（詳しくは後述）が兼ねているところも多く、このことも北米でファミリー・リソース・センターが網の目のように広がった背景の一つになっているといっていよう。

デイ・ケア・センターの6割は非営利経営であり、州政府や地方自治体の援助を受けている。デイ・ケアセンターの人員構成はオンタリオ州の場合、だいたいインファント（0歳児）2～3%、トドラー（1,2歳児）7～8%、プレ・スクール（3,4歳児）80%、スクール・エイジ（幼稚園児、小学生）10%ぐらいといってい⁹⁾。保育者と乳幼児の比率はインファン1:3、トドラー1:5、プレスクール1:8、幼稚園児1:12、学童（10歳未満）が1:15となっている*7。1,2歳児が1:6、3歳児が1:20、4,5歳児が1:30の日本と比べればいかに保育者1人あたりの幼児数が少ないかがわかる。

学童保育については放課後だけでなく登校までの早朝保育をしているところもある。もちろん資格（収入額による）があれば、保育料は乳幼児と同じく補助の対象になる。このように免許保有施設で集団学童保育を受けている幼稚園児・小学生は、それを必要とする子どもの1割強に過ぎないが、制度としてはとても進んでいるといよ。

カナダもアメリカも免許保有施設の定員数は70,80年代に急上昇したが、90年代に入ってそのカーブはとたんに緩やかになった。かといってそれは供給が需要に追いついたという意味ではない。現在でも正規の免許施設で週20時間以上の保育を受けている子ども（6歳未満）は、それを必要としている子どもの

30パーセント以下だからである。残りは無免許のファミリー・デイケアや親族によって保育されている。

それでいて一部の保育所では近年、深刻な定員割れのため閉鎖するところさえ出てきた。理由は高額な保育料にある。カナダでは現在保育料は一定の収入以下の家庭にしか補助されない。カナダ全土にわたって、統一した保育政策のもとにすべての子どもに対する保育料補助が提案されてはいるが、検討は先送りされている*7。

このように国家による統一的制度が未整備をいう弱点を抱えつつも、カナダの強みは保育支援の個人、組織のネットワークが網の目のように広がっていることである。

その第1例として、ファミリー・リソース・センターがある。これは日本では家族資源センターと訳されているが、実態としては家庭支援センターといった方が分かりやすいと思われる。このセンターの発端は地域社会で孤独に悩んでいた若い母親たちが自分たちのたまり場、情報交換の場を作ったことに始まっている。現在では、おもちゃ図書館や子育てサークル、バザー、ベビーシッター、電話相談などあらゆる家庭の要求にもとづいてさまざまなプログラムが組まれている。家庭保育室の子どもたちが保育者に連れられてここのおもちゃライブラリーを訪れるのも珍しくないし、保育室経営者同士の横の連携もコーディネートしている。その強みは、センターのプログラムは与えられたものではなく、自分たちで自分たちの地域に必要な事業を組織し運営していることにある。ほとんどが民間団体であるだけに、経済的に不安定なことがウィーク・ポイントだが、センターによっては実績を重ねることによって自治体からの援助を得ているところも少なくない。

第2にカナダでは多くの親たちが積極的にネットワークを作り、保育者、経営者と共同して保育事業に自ら参加している。たとえば

多くの非営利経営の保育所では、必ずといってよいほど親が理事会のメンバーになっている。幼稚園、小学校には親のサポート組織があり、日常的にボランティアの親が学校に入りし、教師や保育者を援助している。たとえば、サドバリー市内の学校、幼稚園では、親が言葉の不自由な子どもの時間講師をかって出たり、保育者が同席しない幼児の昼食時の世話をしたりしていた。またオンタリオ州には「オンタリオよりよい保育のための連合」¹³⁾という組織があつて、州政府に対し活発なロビー活動を行っているが、その主体は親と保育者であり、その他にソーシャル・ワーカー、労働組合、女性団体、学生などが参加している。

第3にはソーシャルワーカー、保健婦や医師など他の専門分野との連携協力が密接な点である。1例だが、カナダ小児科学会は1992年に「ウェル・ビーイング」¹⁴⁾と題した大部の本(2分冊)を出版した。15人の医師の手で編集され、90名近い医師、研究者によってまとめられたこの本は、副題を「保育所、家庭保育室の子どもたちの身体的健康と安全、情緒的ウェル・ビーイングを促進するためのガイド」という。小児科学の知識の普及に努めようとするカナダ小児科学会とカナダ全土の保育所や保育者が協力してまとめたこの本は、きわめて実用的で、保育とはなにかという基本的な問題から説き起こし、病気やけがに対する手当や対処の仕方はもちろん、情緒的問題や社会的トラブル、障害児への対処、児童虐待、保育者自身の健康、保育所の運営方針まで取り扱っている。

地方の保健所では管轄区域の保育所にそれぞれ定期的に保健婦、公衆衛生査察官、歯科衛生士を派遣し、専門的指導援助を行っている。

カナダの保育から感じたのは、子育ては親の責任とはねつけるのではなく、すべての人が協力し合って一人の子を育てようとする姿勢である。そこから親は子育ての孤独と不安

から救われ、子どもは自分を見守ってくれる無数の隣人の目を感じ取り、人間に対する信頼を深めていくのではないかとと思われる。

終わりに

わずか1,2年だがカナダの生活を体験して、筆者らがカナダと日本の国民生活の違いについて一番痛感するのは、日本ではしばしば制度が先行し、制度に合わせて実態が作られていく傾向があるが、カナダでは必要とあれば何であれまずできるところからスタートするということである。なんらかの知恵と力を出し合って、とにかく事業をスタートさせていくということである。それは当然途中で頓挫したり立ち消えになってしまうこともあるのだが、必要でさえあればどこかに手がかりを見つけ、忍耐強くプログラムをアピールし、やがて補助金をかちとっていく。しかもそこでは常に要求を持っている人の意志がもっとも尊重され、周りの人はときには信じられないほど柔軟にその要求に応えようとする。これはおそらく組織の末端であっても行政官や

オーガナイザーには個人の判断や責任が重視されているからではないかと思う。

筆者らはそこに、直接は見えないながらも、厳しい自然のなかで自己の意欲と能力のみを頼りに土地を切り開いていった開拓者精神と、着の身着のまま見知らぬ土地にやってきた移民同士が助け合いうことで互いに命を長らえていった実生活の知恵が、子孫に無言のうちに伝えられているように感じる。その積み重ねがカナダのヘルス・プロモーションとして現代化されたのではないかと思う。

もちろんカナダと日本はその歴史を相当異にするから、このようなカナダの風土に根ざした生活の知恵をそのまま移植することはできない。日本は日本に合った新しい生活の知恵、日本のヘルス・プロモーション・システムを共同で生み出していかなければならない。しかしそのとき、どのようなイメージを描くのか、どのような選択肢を用意するのか、カナダの事例はそれらを検討する一助になるであろうと考える。

注 釈

- * 1 WHO文書による。WHO文書のほとんどはインターネットのホームページ、<http://www.who.ch/>から取り込んだものである。
- * 2 1997年版厚生白書によれば、「公衆衛生審議会意見具申」(1996.12.18)の中で、生活習慣病(life-style related diseases)という概念の導入が検討されているという。
厚生省編『厚生白書(平成9年版)』ぎょうせい1997より
- * 3 田中恒男によれば、WHO憲章が日本の官報に掲載された1950年段階ではwell-beingは「社会的福祉の状態」と訳されたが、この訳は本来の意味からは正しいにもかかわらず、しばしば一種の保護行為、もしくは慈善行為などと誤解され、やむをえず翌年改めて「十分良好な状態」の訳に置き換えられたという。
田中恒男著『健康の生態学』大修館書店1985より。
また1989年に採択された「子どもの権利条約」の日本語訳においても、依然としてwell-beingもwelfareも同じく福祉と訳されているものがある。
- * 4 オンタリオ州では1989年、健康戦略審議会報告『A Vision of Health』が発表され、次のような5つの戦略目標が設定された。
「1.ヘルス・プロモーションと病氣予防を重点化するよう転換する

2. 家庭や地域が強固で助け合いが可能になるよう支援する
3. 安全で質の高い身体環境を確保する
4. 病気, 障害, 早死にを減少させ, 元気に暮らせる年月を延長させる
5. 身近で負担が少なく適切な保健サービスをすべての人に供給する

Ontario Premier's Council on Health, Well-being and Social Justice, Our Environment Our Health, 1993より

- * 5 1982年, カナダは「権利と自由の憲章」(Canada Charter of Rights and Freedoms)を含む新憲法を制定した。オンタリオ州では1984年, 「子どもと家庭サービス法」を制定し, 児童福祉関係の法律を一括した。この法律では, その第1条に子どもの最善の利益と保護, ウェルビーイングを推進すること, 子どもや家庭の意志が最大限尊重されること等が明記されている。

Ontario Government, Child and Family Services Act, Reprinted 1996より

- * 6 Pimento, Barbara. Healthy Foundation in Child Care, Nelson Canada, 1996
著者妙訳
- * 7 ・Harder, Sandora., Child care in Canada, Current Issue Review 87-11E, Research Branch of the Library of Parliament, 1995
・Minister of Human Resources Development, Child Care and Development: a Supplementary Paper, 1994
・Friendly Martha, Child Care Policy in Canada, Addison-Wesley Publishers Limited, 1994
・Suzanne Laird, Choices in Child Care, Detselig Enterprises Ltd. 1992,などを参照

引用文献

- 1) 高橋重宏:『ウェルフェアからウェルビーイングへ』川島書店 1994
- 2) WHO文書:「Constitution of the World Health Organization」1946
- 3) 喜多明人:『新時代の子どもの権利』エイデル研究所 1990
- 4) WHO文書:「Report of the International Conference on Primary Health Care」Alma-Ata, USSR, 6-12, September 1978
WHO文書:「Global Strategy for Health for All by the Year 2000」1981
- 5) 島内憲夫訳:『21世紀への健康戦略2.ヘルスプロモーションーWHO:オタワ憲章』垣内出版 1990
- 6) WHO文書:「Ottawa Charter」1986
- 7) Lalonde, M.: A New perspective on the Health of Canadians: A Working Document. Ottawa: Queen's Printer, 1974
- 8) Pimento, Barbara: Healthy Foundation in Child Care, Nelson Canada, 1996
- 9) Johnson, Laura C. and Barnhorst: Dick, Children, Families and Public Policy in the 90s, Thompson Education Publishing, Inc., 1991
- 10) Ontario Government: Day Nurseries Act: Revised Statutes of Ontario, 1990
- 11) The Canadian Association of Toy Libraries and Parent Resource Centres: Strengthening Families, Cherishing Children, 1989
- 12) Ontario Coalition for Better Child Care: A Guide to Child Care in Ontario, 1994
- 13) Canadian Paediatric Society: Well Being, Creative Premises Ltd., 1992

Health strategies for Health Promotion in Canada

—The case of child day care center and family day care home—

Masaru TACHINAMI and Sumiko TACHINAMI

(Received October 31, 1997)

ABSTRACT

The “Ottawa Charter of the Health Promotion” of WHO (World Health Organization) was adopted in the capital of Canada, Ottawa in 1986. This is a health strategy which was advocated by WHO Regional Office for Europe for developed countries under the slogan of Health For All By The Year 2000. It is referred to as the “Renaissance of Health”.

To tell the truth, the model of Health Promotion was Canada. To achieve an affluent society, Canada has been enforcing a unique policy with the national goal of “well-being for all.” The authors stayed in Sudbury, Ontario, Canada. We obtained an opportunity to learn about the health and welfare projects of Canada which promote Health Promotion, and will report an outline of this.

In the present report, we describe how the health of infants are influenced by society, especially through child care policies.

KEY WORDS

Canada, Health Promotion, WHO, child care, well-being, health