

心理的地域支援活動の積極的目標を模索する

小花和 昭介

1. 地域支援活動のアイデンティティの問題

大学が地域社会と連携して社会的貢献をめざすという活動は、今日においてはごく当然のことで、その意義について異論をさしはさむ余地はない。しかし、その活動の目標は何かということになると、議論は必ずしも単純ではなさそうである。

もちろん私たちは、不登校の子どもが元気になったり、荒れた教室が活発になったり、非行や犯罪が減ったりというように、地域社会の心理的問題が少しでも減少することを願って活動している。その成果をもって地域支援活動が目標を達成していると考えてよければことは簡単明瞭であろうが、しかしその考え方は消去法によって成り立っている。それは、病気でなければそれで健康だとみなすネガティブな健康観と同様で、すでに古典的な姿勢であるといえよう。

一般に前世紀中頃以降の健康観は、よりポジティブな観点に立っている。つまり後述するWHOの健康の定義に典型的にみられるように、病気でないということ以上の理想目標として、健康性をとらえようとしているのである。私たちのめざす心理学的な地域支援活動に即していうならば、目先のさまざまな心理的問題を解決し、その発生を減少させるという当面の活動目標を越えて、その先にどういう地域社会のありようを求めているのかという問題になろう。心理的な問題がなくなればいいということではなくて、より積極的に、

どのような社会を創るのかということ、心理学的な側面から考えなければならないということである。これは、大学と地域社会との心理学的連携活動の理念的な目標を模索することであって、本センターの規程に謳うセンターの設置目的とは別次元の課題である。

私たちの地域支援活動は、要するに、家庭や学校や産業界をふくめた広範な地域社会の、精神的な健康性の保持増進にかかわっているといえる。したがって上の問題は結局、精神的健康性を、ただ心理的問題がないとか減少したとかいうことではなくて、より積極的にはどう規定するかという課題、そしてそれを、どう社会的実践に結びつけるかという課題に行きつくであろう。

この課題に確定的な解答を与えることは容易ではなかろうが、参考になる概念や発想は少なくない。たとえばMaslow,A.H.の自己実現の理論やユースサイキアの概念、社会科学の領域に発して医療の領域に、そして心理学の実践領域にもたらされたQOL (Quality Of Life) の概念、あるいは諸種の精神健康論やさらに近年の全人的健康論にみられる考え方などである。主に前世紀中頃から盛んになったこれらの理論を探索すれば、心理的地域支援活動の積極的な目標を定めるキー概念が見いだせるかもしれない。それは、私たちの活動の、いわばアイデンティティを確立する作業であるともいえよう。

しかし歴史を振り返ってみると、このアイデンティティ確立の作業は、決して平坦でも

容易でもなかった。その困難性を物語る好例として、アメリカ精神衛生運動の歴史をあげることができる。ここではまずWHOによる健康の積極的定義の問題点を確認したうえで、アメリカ精神衛生運動の経緯や精神的健康性にかかわる諸議論を紹介して考察の糧とした。

2. WHO憲章の健康の定義

健康という言葉はごく日常的に通用しているが、改めて健康とは何かを考えると、実に多様な受け取り方のあることが分かる。健康概念には、それぞれの時代や社会の人間観、人生観、死生観、生命観、疾病観、医療観が豊かに反映されている。それはむしろ、ひとつの時代精神の表現とみることもできよう。

古くは前述のように、病気でなければ健康であるという、いわばネガティブな健康観に立っていた。病気の定義は疾病学上の疾病単位や症候群の定義に依存することができるので、この消去法的な規定は分かりやすい。それ以上にこの観点を支えていたのは、何も苦痛や困難を感じなければそれで満足しているという、一般的な生活者の日常生活の感覚である。病気になってはじめて健康の有り難さを知るといわれるように、不満足や異常を感じない限り、そこには何も問題はない。何も問題のない事柄について、あえて概念規定の必要性が感じられないのは自然の成り行きであろう。その意味でこのネガティブな定義は、自然発生的な健康概念だったといえよう。

ネガティブな健康観からポジティブな健康観への転換は、前世紀中頃からはじまった。有名なWHO憲章の健康の定義がその典型である。国連は1946年にこの憲章を採択し、1948年から保健衛生分野の専門機関として世界保健機関（World Health Organization, WHO）を発足させた。そこでの健康は、「身体的、精神的、ならびに社会的に完全に良好

（well being）な状態で、単に病気や病弱でないというだけではない」と定義されている。この定義は、心身のみならず社会生活をふくめた全体性と、病気や病弱の不存在だけではないとした積極性という点で高く評価され、世界中の国連加盟国に受け入れられた。しかし、完全に“well being”な状態とはどういう状態なのかについては常識的な理解にまかされているので、病気や病弱でないこと以上の何を健康というのかは曖昧なままに残されている。結局この定義は、WHOという国際機関の公式的定義であって、その限りにおいて効力を発揮するものの、学問的定義としては不十分だということになろう。健康を積極的に定義しようとすることから生じるこの種の曖昧さは、実はいろいろな領域で問題化した。アメリカの精神衛生運動の歴史にもその例をみることができる。

3. アメリカ精神衛生運動の勃興

いわゆる精神衛生運動は、自ら精神病で入院を繰り返し見事に病を克服した一人の元保険会社員、Clifford W. Beers (1876-1943)の情熱と行動力を導火線として発祥した。彼は通算3年にわたる入院生活で、極めて非人道的な虐待を何度も経験した。当時の精神病院は、まだ合理的な医療からはほど遠かったのである。社会復帰後、彼は精神障害者への人道的な処遇や精神病院での治療の改善を世に訴えるために、その体験を基に1908年、“A Mind That Found Itself”（邦訳『わが魂にあうまで』加藤普佐次郎訳 1949、『同』江畑敬介訳 1980）を出版した。これが契機となって瞬く間に広範な社会運動に発展したのが、アメリカ発祥の精神衛生運動である。

著書出版の3カ月後には彼の生地コネチカット州に精神衛生協会が発足し、翌1909年には全米の精神衛生委員会が組織され、運動は諸外国にも広がっていった。1930年には第1

回国際精神衛生大会がワシントンで開催されたが、そのときの参加者は世界50カ国以上からの約4000人といわれているから、この運動の進展の速さには驚くべきものがあるといえよう。著書刊行の当初からMeyer, A.やJames, W.をはじめとする精神医学界や心理学界の重鎮による強力な支持があったことは幸いしているが、何といたっても元患者としてのBeersの存在と行動自体が、精神障害者に対する誤解と偏見を打破するのに大きく貢献したと考えられる（江畑 1980）。

この運動がこれほど受け入れられた背景には、いわゆるアメリカ精神への共鳴があるという理解もある。江畑（1980）は、自らに課せられた不幸な運命に挑戦し、偉大な人類愛の事業を推進するBeersの姿に、人々はアメリカ精神の真の発露を見たであろうといい、彼におけるアメリカ精神は、母校の「エール魂」であったと述べている。またZilboorg（1941）は『医学的心理学史』の序言で、精神衛生運動はその開拓者の精神において典型的にアメリカ的で、その発端と発達は将来のアメリカ精神医学史において名誉ある地位を見いだすであろうと示唆しながらも、あまりにも最近のことであり「かつ威勢のいい現象なので」、適切な歴史的評価はまだ不可能であるとして、この名著では精神衛生運動の記述を避けている。

しかし、彼は巻末の結語で再び精神衛生に短く触れている。そこでは、Beersが著書のなかである精神科医の言葉として引用した「狂人にとって最も必要なのは友人だ」というのは、まさしくPinel, P.の説であるといっている。ここでZilboorg, G.は、フランス革命直後のパリで断行されたPinelによる精神病患者の鉄鎖や足かせからの開放と、Beersの献身的な活動とを重ねてみているのであろう。かつてWeyer, J.が『悪鬼の欺瞞について』を発表して魔女裁判から精神病患者を開放しようと戦ったのが1563年（Zilboorg, 1941）、

Pinelの精神病患者開放が1793年、そしてBeersによる精神衛生運動が1908年であることを思えば、精神病患者に対する人道的・福祉的・科学的な処遇への道が、いかに長く苦しかったかを知らされる。

4. アメリカ精神衛生運動の混迷

はなばなしく登場したアメリカ精神衛生運動は、1940年代後半から50年代前半にかけて最も大きな社会運動として展開し、1960年代には地域精神医療の高揚期を迎えたが、やがて運動の退潮がみられるようになったという。江畑（1980）はその理由をいくつかあげているが、ここでの論旨に関係するのは、精神的健康の意味の曖昧さにかかわる点である。1940年代後半から50年代前半にかけての運動には、一般の人々の精神的健康をさらに積極的に増進しようという動きがみられたが、そこにいう「精神的健康」の意味が多義的で曖昧であったために、精神衛生運動はその方向性を見失ったというのである。

それまで精神衛生は、単純な医学モデルでとらえられていた。精神障害も非行や犯罪などの社会不適応も、すべて治療の対象であり基本的に医学的問題であるという見解である。その限りにおいて運動は次々に成果をあげた。2度の世界大戦では従軍兵士の精神障害の発見や治療に貢献し、精神障害を負って帰還した兵士の社会適応の問題から精神科医療におけるリハビリテーションが促進された。精神病院の改革も徐々にではあるが実を結び、看護者の訓練や地位の向上が進められた。運動は保守的な精神医学会を刺激しつづけ、一般市民の関心も高まった。そうした流れのなかで1946年、国民精神健康法が施行され、連邦政府の資金と組織と威信が精神衛生運動を支援することとなった。これは運動がはじまってから最大の成果の一つであったと江畑（1980）は評価している。この法のもとにや

がて国立精神衛生研究所が設立され、さらに1950年には全国精神衛生委員会が、全国精神健康協会（The National Association for Mental Health）に改組された。

ここで、“Mental Hygiene”（精神衛生）という用語が“Mental Health”（精神健康）に変わったことに注目するべきであろう。国民精神健康法もNational Mental Health Actだから、1946年頃から50年頃にかけて、各種の法や組織で“Mental Health”が使われたのであろう。まさにWHOが健康の積極的定義を発表し、それが高く評価された時期である。そこには、精神障害の治療や予防だけでなく、一般の人々の精神的健康の向上をめざすという意図がふくまれていたと推察される（江畑 1980）。やや遅れて日本でも、かつて精神衛生といわれていたものが一般にメンタルヘルスという仮名書きで定着し、行政では精神保健という用語が使われているが、その経緯をここにみる事ができる。

しかしWHOの定義に対応させて、精神障害や不適應がないというだけではなくて、それ以上の“well being”を精神生活について規定することはむずかしい。医学モデルによる精神衛生を、より広範で積極的とみられる精神健康に置き換えたところで、その概念規定を明確にすることができなければ、具体的な社会活動を進める運動体としては、目標がぼやけてしまうのは当然であろう。

ポジティブな精神的健康性の概念は、あまりにも曖昧で多義的であった。それを強いて運動体の目標に掲げてモットーなりスローガンなりに表現しようとするれば、結果は極めて陳腐なものにならざるを得ない。江畑（1980）は1952年の全国精神健康協会のパンフレットに、精神的に健康な人は「自分自身を認め受け入れることができる」、「他の人々を認め受け入れることができる」、「日常生活に生じるいろいろな必要性を満たすことができる」と描かれているのに対して、「あまり

にも素朴で現実的で画一的、かつ楽観主義的で没理想主義的」と評している。江畑はふれていないが、ここには自己受容や他者受容といった、臨床心理学的に重要な視点がみられる。その意味ではポイントをついているとはいえようが、それにしてもこの素朴な楽観主義が、人間の精神生活にかかわる運動をリードする目標になるとは思われぬ。

結局アメリカ精神衛生運動が最も成果をあげた活動は、精神障害の治療と予防のために医学的対処と行政を拡充させる活動、つまり消去法的な視点に立った活動であった。皮肉なことに、医学モデルの健康観を越えてより積極的な精神的健康性を求めようとしたとき、運動はその方向性を見失ったのである。

5. 地域精神医療の隆盛と問題点

アメリカ精神衛生運動における楽観主義は、1960年代の地域精神医療の隆盛に結びついた。古く病原菌による伝染性疾患の予防からはじまった予防医学が、地域社会の精神的健康性の保持増進という領域にまで拡大されたのである。その典型は、Caplan, G.の予防概念モデルを理論的支柱とする地域精神衛生、社会精神医学、コミュニティ精神医学、コミュニティ心理学などの展開にみられる（寺嶋 1970）。Caplanのいう第1次予防は、環境要因の操作によって精神障害の発症率を低減することをめざしている。第2次予防は、早期発見と早期治療によって、疾患の期間の短縮など損害の軽減を目標としている。そして、回復後の生活への影響をできるだけ少なくして再発を予防し、社会に復帰できるようにするのが第3次予防である。いずれも家庭や学校や職場集団など、地域社会に働きかけることによって功を奏する活動であって、隔離された病棟で個人内の要因に働きかける治療とは全くちがうアプローチである。

この新しい活動は、1963年のJ.F. Kennedy

大統領の議会教書のなかで強力に支持され、決定的な刺激を受けた。そこでは「監視的な隔離という冷たい思いやりで代わり、地域の関心とその可能性という開かれた暖かさによる精神病に対する新しいアプローチ…(中略)…新しい精神衛生プログラムの中心は、地域医療である」と宣言され、コミュニティ中心の病院や精神衛生センターの整備拡充が強調され、研究と専門家養成の緊急の必要性が説かれたのである (Committee on Psychiatry and the Community 1978)。かくして1960年代の地域精神医学の諸活動は、精神衛生教育の普及、入院期間の短縮、リハビリテーション施設の拡充、貧困や人種差別の解消策など、広範囲にわたる成果を誇ることとなった。

寺嶋 (1970) によれば、この新展開は、前述のPinelの精神病者開放、Freud, S.による心理力動論の提起に次いで、精神医学史上の第三の革命とさえみられているという。Korchin (1976) も、コミュニティ心理学や地域精神医学を地域精神衛生の名でまとめ、第三の精神衛生革命として評価している。彼は精神衛生にかかわる介入のモデルを検討し、臨床モデル、共同体モデル、社会活動モデルに分類した。臨床モデルは、個人の“well being”に力点をおいた介入で、さらに収容管理的モデルと治療的モデルに分かれている。共同体モデルは、個人から社会環境に強調点を移した介入であるが、治療的モデルに似て個人に焦点をおきながら社会的文脈に関心を払う臨床的アプローチをとるモデルと、個人に影響を及ぼす社会の側に焦点をおく公衆衛生的モデルに分けられる。

最後の社会活動モデルは対照のために提出されたものである。公衆衛生的モデルと方向を同じくしながらさらに極端で、人間の問題は究極的にはすべて社会的緊張の反映であるから、その解決のためには社会制度の大規模な再編成がなければならないと考える。この立場からみれば、臨床的介入は価値がないば

かりか、むしろ根本的な社会変革を妨害するものであり、精神医学そのものが、抑圧的社会における社会統制の道具であるということになる。

しかし数々の成果を収めた地域精神衛生活動も、1970年代に入ると早くも退潮がみられるようになる。江畑 (1980) は、早期に退院しても結局は地域で生活できずに入退院を繰り返す患者が増え、彼らの問題行動に対する地域住民の反発が増加したことや、アメリカ経済の景気が後退したために地域精神医療の縮小傾向がみられるようになったことなど、いくつかの要因をあげている。

しかしさらに注目に値すると思われるのは、Korchin (1976) の、予防的な地域精神衛生対策が不適切に行われると、個人のプライバシーやライフスタイルに不当に介入する恐れがあるという指摘である。家族のケンカを警察官が静めた翌日に家族カウンセラーが訪問したために、自分たちの自由に生活する権利が侵害されたといって訴訟を起こされたという実例を彼はあげている。裁判所は、犯罪があれば罰せられるべきだが、そうでないならば、自分の好きなやり方で生活することが許されるべきだと判断し、原告の勝訴となった。地域社会は、精神衛生の名のもとに地域住民の生活スタイルを変化させようとする権利をもっていなかったのである。1960年代に多くみられた個人の人権侵害に関するこの種の裁判は、ほとんど原告住民の勝訴におわっているという。

地域精神衛生運動は、住民個人の私生活の自由と、個人のライフスタイルまでも包含した精神的健康性の理想概念との間に、常にジレンマをかかえることになっていたのである。幸いアメリカにおいては、政策実践のレベルでこのジレンマは乗り越えられたようである。Korchin (1976) によれば、それを可能にしたのは、強制をひどく嫌い管理に抵抗するアメリカ社会の伝統を受け入れ、精神衛生予防

プログラムのすべてを住民参加によって立案するという、これまたアメリカ的な行政姿勢であった。

さまざまな歴史的経緯を経ながらも、アメリカ精神衛生運動はその後も健在である。1978年にはR. Carter大統領夫人を名誉委員長とする大統領諮問委員会からの勧告書が出され、やはり地域医療を中心に据えながら、アメリカ社会の文化的・人種的多様性に対応した援助活動が提案されている（Committee on Psychiatry and the Community 1978）。この運動は多くの隘路や批判を経験しながら、自らを修正することができていたのであろう。1970年代以降の活動は、はなばなしかった1940年代後半から50年代前半の強烈な国民運動のようではなく、また第三次精神医学革命とも評された1960年代の地域活動のようでもなく、いわばより落ち着いた、恒常的な活動として社会に定着しているように思われる。ただしここで落ち着いた恒常的な活動といったのは、個人や集団の要請に応じて心理的問題の解決を支援し、せいぜい問題の発生や重篤化を予防するという、前述の古典的な消去法的健康概念に立っての活動である。精神衛生運動の歴史にみられた皮肉な結果が、ここでは教訓として生かされている。この本人の自由意志による契約を基本原則とする活動は、Korchin（1976）もいうように、個人の自己選択を最大限に認めるという意味で、民主主義の理想に最も近い医療形態なのであろう。

6. 成熟モデルによる精神健康観

－Maslow, A.H.の自己実現論を中心に

しかし、より積極的な理想をめざすポジティブな健康観は、無意味なものとして消え去ったわけではない。それは行政的施策や社会的運動に密着し過ぎない形で、1950年代から60年代にかけて地道に積み上げられてきたさまざまな精神健康論である。そこでは精神的

健康性の基準やその人格像が、心理学の立場から論じられている。たとえばMaslow（1954、1962）は動機の階層論から、精神的に健康な人を「自己実現している人」（self actualizing person）と呼び、Rogers, C.R.はカウンセリングの立場から自己概念と自己経験との一致性を重視して、「十分に機能している人」（fully functioning person）と呼んだ（1953、1959）。またJahoda, M.は社会心理学的視点から精神衛生を論じて、積極的精神健康の基準を6項目あげている（1958）。さらにAllport, G.W.は、人格理論の立場から諸説を総合して「成熟した人格」（mature personality）とし、その基準を6項目にまとめた（1961）。諸説の間には研究領域や方法のちがいを越えて、かなり一致した見解が得られている。カウンセリングや心理療法などの臨床場面では、症状や問題行動の改善以上の精神的成長の指標として、これらの視点が重視されている。

これらの論議を健康論の歴史としてみたとき、それは疾病モデルから成熟モデルへの変遷ということができよう。つまり病気や心理的不適応との関係で健康を論じる考え方から、個人の自我あるいは人格の成熟として健康をとらえようとする見方への変化である。したがって精神的な健康性は、いわゆる「適応」とは必ずしも一致しない。たとえばMaslowのいう自己実現している人は、そのために人と争うかもしれないし、自分の信じる正義のための戦いや芸術活動を完遂するために、より低次の安全を求める要求や生理的要求を犠牲にして、ついには死に至るかもしれない。しかしそういう生き方を彼は人間としての真の存在と考えて、それを“being”と呼んだ。自己実現や自己成長に対しては、社会への適応や多数者との一致は、二義的な意味しかもたないのである。「彼らの満足は現実の世界、他の人々、文化、目的達成の手段のような、一般的にいう外部的な満足によって左右され

るものではない。…(中略)…彼らにとって満足やよき生活を規定するものは、いまや内なる個人そのものであって、社会的なものではない」(Maslow, 1954) というのである。内なるものに導かれた個人の行為は、時には社会や他の人々や、自分の生存とさえ衝突することがあるかもしれないが、究極的には両者の価値は一致するものだという楽観主義が彼にはみられるようである。そういう価値は、“being” にちなんでB価値と呼ばれる。人間は本来的に、B価値を追求して生きる存在なのである。

しかし、B価値を求めて生きる自己実現している人になることは、誰でもいつでもできる容易なことではない。彼のいう要求階層のなかで低次の要求から順に階層を上がって、基本的な低次要求がほぼ満たされている状態で、はじめて自己実現の成長動機が活発に働き出すというのである。

低次の要求には、まず呼吸や食、睡眠など生存を保つ生理的要求がある。その上層には安全を保とうとする要求があり、この二層で生物的な生命が保持される。三層目には所属と基本的な愛情を保とうとする要求がおかれている。人は大小さまざまな所属関係のなかで生きているのであって、この関係に欠ける場所があったり、そこでの愛情に満たされていないならば、安定することができない。その上層が低次要求の最上位で、他者から承認され自尊心を保とうとする要求である。これらの低次要求は、満たされないと緊張を生じ、その緊張を低減させるための行動を動機づける。低次要求がほぼ慢性的に満たされていればその人は精神的に安定し、自信をもって、さらなる自己充実の世界を展開しようとする成長動機が活性化するのである。それはすでに、欠けたものを補うという低次の欠乏動機ではなく、自己の可能性と充実性を求めて無限に発展する個性的な自己実現の追求である。

Maslow (1971) は、多くの人々が低次欲

求を満たし、したがって多くの人々が自己実現に向かい得るような社会が心理学的な理想社会だと考えて、それをユーサイキア(eupsychia)という造語で表現している。彼の自己実現の理論は、すでに1960年代から社会の各領域に影響を与えはじめたが、おそらくその典型とみなせるのは、McGregor, D.の経営学におけるY理論であろう。賞罰や競争原理による旧来の経営法(X理論)よりも、勤労者が仕事を通じて自己実現の達成感をもてるような経営法(Y理論)が推奨されたのである。その後も自己実現理論の普及は続き、1970年代には教育界にも浸透した。1980年代以降の日本では、自己実現が教育政策のキーワードに据えられ、子どもたちの自己実現を支援することが教育の基本目標とされるほどになった。彼のいうユーサイキアの実現は、教育、産業を問わず社会生活のすべての面で、理想的な社会構築の心理学的目標となり得るであろうと思われる。

しかし、彼の一連の主張から半世紀近くにもなるが、日本の現状で多くの人々が、第三、第四の階層にふくまれる所属感や基本的愛情、承認や自尊感情が豊かに満たされた生活をしているといえるかどうか、疑問なしとし得ない。とくに多くの子どもたちが、この経済的・物質的に豊かな環境のなかで、実は心理的な欠乏動機の十分に満たされない生活を強いられているのではないかと危惧される。

一方、この概念の社会的浸透ぶりを概観した梶川(1999)は、社会にも個人にも魅力的な言葉として受け入れられている状況は歓迎すべきものであるとしながらも、その意味が曖昧なままで多様に通用していることに懸念を表明している。明確な理論的根拠をもって自己実現を定義しなければ、本当の意味での自己実現を達成したり、それを援助したりすることはできないであろうというのである。たしかに、たとえば教育において自己実現がいくら語られていても、荒れる教育現場とい

われる実情をみれば、自己実現を支える援助ができていないことは明らかである。いまだユーサイキアに程遠い社会であることを知るべきであろう。

7. 全人的健康論の考え方

－ウエルネスとQOLを中心に

疾病モデルから成熟モデルへと変遷した精神健康論は、1970年代を経てとくに80年代になると、全人的健康論と呼ばれる一群の健康論に発展した。そこでの健康は、個人の「生き方」と、それを支える社会システムの問題である。個人の生き方という意味では、精神的に健康な自我や人格を論じた成熟モデルの諸理論に通じるが、ここではさらに、社会環境を取り込んだ全体の場合を考えるとところに特徴があるといえよう。

全人的健康 (total health, wholistic health) という概念は、実は同語反復的である。というのは、“health” の語源はギリシャ語の“holos” で、それは全体とか完全を意味しており、英語の whole、hale、heal、holy などが同根の言葉だからである (小川 1989)。それでもあえてこの用語が使われたのは、現代医療が患者を全人的にみていないという現状に対する反発があるからである。現代医療のこの傾向は、西洋医学においては歴史的必然といえるもので、宮本 (1976) は次のように述べている。「19世紀以来自然科学的医学の路線を一方的に前進することになった臨床医学は、その専門分化によって病人から人間を疎外し、病気におかされた器官や臓器を修復する技術あるいは科学となって、全く社会性と歴史性を失いつつある」。心身一如の発想に立つ心身医学が発達し、さらに近年ではパラメディカルな活動が活発になってきたことも歴史的事実ではあるが、やはりトータルケアの必要性は、十分に満たされてはいない。西洋近世以来の心身二元論の行きつく先が現

代医療の実態であるからには、強いて全人的健康といわざるを得なかったのであろう。全人的健康論にかかわる諸概念のなかで、その特徴をよく示し、またここでの課題に関係が深いと思われる概念、すなわちウエルネス (wellness) と QOL (Quality of Life) を取り上げてみたい。

ウエルネスは適訳が見当たらないし、曖昧さを残した定義が多いが、その本質は、たとえ身体的に重篤な病気であっても、最後まで質の高い生き方を保持することといえよう。つまりこの概念では、身体的な病気・健康とは別次元の「生き方」を全人的な健康性とみているのである。しかし多くの定義では、その点に曖昧さがみられる。たとえば近藤 (1984) は全人的健康に四段階を考え、その最高の段階をオプティマム・トータル・ヘルスと呼んでいるが、その内容はまさしくウエルネスを意味していると思われる。「全体にバランスのとれた成長をとげ、生命のつづく限り、自分と人々のために、自分のもてるものを最大限に活用している状態」という彼の定義は、後段はウエルネスを適切に表現しているが、「全体にバランスのとれた成長」が何を意味しているのか不明瞭である。また Bloom (1988) は、WHOの健康の定義と関連させながら、「身体的健康と同様に心理社会的にも健康で、単に病気でないというだけではなくて、定められた特質のなかで、喜びや高水準の生き方の質 (high life quality) をもっていること」と定義した。前段に WHOの定義が組み込まれているが、そのためにかえって、病気・健康とは別次元というウエルネス概念の本質が曖昧にされている。たしかに、身体的にも健康な状態で高いウエルネスを示すことは最高ではあるが、死を目前にした終末期の人がみせる高いウエルネスの状態を「全人的」な健康と認識することに意義があることを思えば、この定義の後段は適切であるとしても全体としては、中途半端

だと評することができるであろう。

Bloomの定義にある「高水準の生き方の質」という表現は、当然QOLの水準の高いことを意味しているであろう。QOLは近年広く使われている概念であるが、この定義も必ずしも明確ではないし、訳語も定められないままにQOLで通用している。訳について奈倉（1999）は、lifeは生活と生命をふくめて「生」とし、qualityは質を意識して「充実させること」として、「生を充実させること」といっている。これはけだし名訳といえようが、この用語の使用領域によってさまざまに解釈されるのが当然であって、一律の定訳は求め難い。

産業革命後のイギリスで、炭鉱労働者の生活向上にあたってこの語が使われたといわれているし、医療の領域ではリハビリテーションの目標や評価に使われている。また1960年代のアメリカでは、経済の量的拡大から質的改善に向かうべきだという論調のなかでQOLが使われて、以来この言葉が一般社会に流布したといわれている（荻原、三上1996）。これらの領域では、この語は「生活の質」を意味すると考えられよう。しかしホスピスに代表されるようなターミナルケアにおいては、むしろ「生命の質」という方が適切に意味を伝えているように思われる。柏木（2001）がいうように、ホスピスは死を避け難い人生の自然ととらえて、不自然な延命よりは苦痛を緩和して、人間らしく生を完結するのを援助することが基本姿勢であるから、そこでは、まさに人生最終期の「生命の質」を高く保つことが目標となろう。

このように多義的で曖昧な概念ではあるが、この概念を多層的にとらえると、全人的健康を支える社会システムとその機能が浮かび上がってくる。奈倉（1999）の参加したシンポジウムで指定討論をした梶田（1999）は、QOLに六つのレベルがあると論じた。要約すれば以下のようにいえよう。第1のレベル

は経済的生活条件が整っていることで、衣食住の生活が安定していることが必要である。第2は身体的健康で、適切な医療システムがあり、傷病の治療や予防ができることである。第3は心理的安定で、不安やイライラのない生活ができることである。第4は自己の能動性の意識がもてることである。無力感や受け身の姿勢ではなく、自己有能感、差し手の意識、自己効力感がもてる状態が必要である。第5は自己の充実性、有意味性の意識がもてることである。虚無感や倦怠感をもたずに、充実感や生きる歓喜を感じることである。最後の第6のレベルは、精神的な枠組みの変革にかかわるQOLである。自分だけの生ではなく、「大きな命の流れ」のなかにいる「私」に気づくことで、仏教的には大我覚醒ともいえるレベルである。

QOLをこのように多層的にとらえることは、個人の内的な安定や充実感の域を越えて、それを支える社会システムやその機能をふくめた全体構造をとらえることになろう。それは多くの部分で、Lalond, M.が提言している健康の場（health field）という概念と重なるように思われる。Lalondの健康の場は、人間の遺伝や身体機能に関する人間生物学（human biology）、自然条件や上下水道などをふくむ広範な意味での環境、食生活や喫煙習慣や運動などの個人のライフスタイル、そして社会の保健医療機関（health care organization）の4成分からなる全体の場である（Bloom 1988より）。Lalondは70歳以前の死を「早まった死」（premature death）と呼んで、健康で長生きすることに関心をもっているようであるが、梶田は身体的健康や社会経済的基盤を重視しながらも、どちらかといえば心理的安定や精神的成熟にウエイトをおいているようである。いずれにしても高いQOLというとき、それはすでに個人の生き方の問題としてだけでは規定できないであろう。個人のライフスタイルや精神的成熟も

さることながら、それを支え援助する地域社会の機能を充実させることが必要不可欠かと思われる。

8. 私たちの課題

ここまで、かなり間接的で迂遠ではあるが、私たちが何を考えなければならないかについての素材を、やや解説的に述べてきたつもりである。心理的な諸問題が少しでも少なくなればいいという消去法的な目標設定は、消極的で受け身のようにはみえながら、実は最も確実で具体的で、実効を伴いやすい目標である。そのことを、私たちはアメリカ精神衛生運動の皮肉な歴史的経緯に学んだ。

しかし一方で、個人とそれを支える社会との理想的なありかたを、よりポジティブな理念的目標として模索しようとするのが、前世紀中頃以降の趨勢である。その成果のいくつかを、精神的に健康な人格の理論や、さらに新しい全人的健康論にみてきた。たとえばMaslowがユースサイキアと呼んだ心理的理想目標は、古くしてかつ新しい課題であろう。また多層的にとらえられたQOLも、私たちの社会に何が必要なのかを示唆しているように思われる。心理的地域支援活動がめざすべき積極的目標を考えるにあたって、過去半世紀ほどの歴史が私たちにいいヒントを与えてくれているし、また、その隘路や困難性について忠告もしてくれている。

この議論は、結論を急ぐべきではなからう。拙速主義の弊に陥らないように、当面は次々に生じてくる諸問題にひたすら誠実に対応する姿勢を保つことが肝要であろう。それが歴史の教えるところであった。しかしそうしながら、現今の心理的諸現象の底を流れる問題を根絶し得る地域社会のあるべき姿をポジティブに描き出すことの必要性和意義とを、私たちは常に忘れてはなるまい。それを忘れたとき、私たちの連携活動は、ほころびた現代

引用文献

- Allport, G.W. 1961 今田恵（監訳）『人格心理学上』誠信書房 1968
- Beers, C.W. 1908 江畑敬介（訳）『わが魂にあうまで』星和書店 1980
- Bloom, B.L. 1988 Health psychology - A Psychosocial perspective - Prentice Hall
- Committee on Psychiatry and the Community 1978 仙波恒雄（監訳・解説）『アメリカの精神医療』星和書店 1980
- 江畑敬介 1980 「C.ビーアズとアメリカ精神衛生運動の歴史」 Beers, C.W., 江畑敬介訳『わが魂にあうまで』「訳者あとがきにかえて」星和書店
- Jahoda, M. 1958 Current concepts of positive mental health Basic Books
- 梶川裕司 1999 「わが国における『自己実現』の受容の現状」人間主義心理学会（編）『人間の本質と自己実現』川島書店
- 梶田穀一 1999 「クオリティ オブ ライフの意味を問う - 指定討論 -」人間性心理学研究 17, 1, 67-95.
- 柏木哲夫 2001 『ターミナルケアとホスピス』大阪大学出版会
- 近藤裕 1984 『全人的健康とは』春秋社
- Korchin, S.J. 1976 村瀬孝雄（監訳）『現代臨床心理学 クリニックとコミュニティにおける介入の原理』弘文堂 1980
- Maslow, A.H. 1954 小口忠彦（監訳）『人間性の心理学』産業能率短期大学出版部 1971
- Maslow, A.H. 1962 上田吉一（訳）『完全なる人間 - 魂のめざすもの -』誠信書房 1964
- Maslow, A.H. 1971 上田吉一（訳）『人間性の最高価値』誠信書房 1973
- 宮本忍 1976 『医学思想史Ⅱ』勁草書房
- 奈倉道隆 1999 「クオリティ オブ ライフの意味を問う - 医療・介護・宗教の立場から -」人間性心理学研究 17, 1, 67-95.
- 小川芳男 1989 「健康についての理論的研究Ⅰ」防衛医科大学校進学課程研究紀要 12.
- 荻原俊夫、三上洋 1996 「医療におけるQOLとはなにか」からだの科学 188, 16-19.
- Rogers, C.R. 1953 村山正治（編訳）「十分に機能している人間」ロージャズ全集第12巻『人間論』第3章 岩崎学術出版社 1967
- Rogers, C.R. 1959 伊東博（編訳）「クライアント中心療法の立場から発展したセラピー、パース

ナリティおよび対人関係の理論」ロージャズ全集第8巻『パースナリティ理論』第5章 岩崎
学術出版社 1967

寺嶋正吾 1970「コミュニティ精神医学」懸田克躬、
加藤正明（編）『社会精神医学』医学書院

Zilboorg, G. 1941 神谷美恵子（訳）『医学的心理学史』みすず書房 1975