

## 地域福祉における包括的予防の視座の考察

—— EU とフィンランドの政策動向とサービス事例の分析を通して ——

森 明 人

### はじめに

本研究は、予防健康増進の領域において先進的といわれる EU とフィンランドの政策動向とサービス事例の分析を通して、地域福祉を予防的かつ効果促進的に展開するための包括的な予防システム構築に向けて、福祉・保健・医療等の構成について考察することを目的としている。予防型健康社会を設計する観点としては、平成 19 年度の研究において、社会システムとサービス提供システムを一体的に設計することの重要性を確認した。フィンランドの社会システムの特徴は、権限の分散を特徴としたマルチ・レベル・ガバナンスと付加価値創造の仕組みが機能している点にあり、さらに多様なアクターの専門機能が水平的なネットワークによって結ばれているということである。その仕組みの中で、多様な「健康」「予防」概念に基づいた、創造的で効果促進的な予防健康増進サービスがあり、それが連続的・継続的かつ包括的にサービス提供されているというところに優れた点を見出すことができる<sup>1)</sup>。

地域福祉を予防的かつ効果促進的に展開するには福祉・保健・医療等の連携が不可欠であり、相互が機能分担をしながら構造化されていなければならない。さらに、予防的という場合には、従来の保健・医療アプローチに加えて、ソーシャルワークによる人間と社会環境との相互作用に着目した環境調整的なアプローチがより重要性を増してくると考える。その観点から日本の現状を概観すると、医療・保健・福祉等の連携には課題が多く、地域の中でソーシャルワークが予防的に機能するまでには至っていないというのが現状である。従来、医療や保健の対象と考えられてきた疾病の発生や健康増進について、社会経済的な影響要因が指摘されるようになり (Marmot, Wilkinson 1999), Beck (1992) による社会的リスクに関する指摘からも、より包括的な視点からリスクの認識と予防を強化していく必要性が理解できる。フィンランドは Health in All Policies (2006) からもわかる通り既に多くの政策領域に健康コンセプトが埋め込まれた包括性を有しており、さらにトータルケアという観点からも、予防重視のコンセプトにもとづいて、予防健康増進サービスからリハビリテーション、そして在宅ケアからターミナルまでを高質・低コストのサービスとして実現しており、持続可能性の観点からも、普遍的な包括予防型ケアモデルとして一つの到達点を示していると考えられる。本稿では、地域福祉を予防的かつ効果促進的に展開するために、EU とフィンランドにおける福祉・保健・医療政策の動向を分析しながら、今後の地域福祉にお

ける包括的かつ予防的なシステムを構想するための予備的な考察を実施する。

## 1. 予防型健康社会へのパースペクティブ

### 1.1 Pathological から Political 及び Socioeconomic

全ての病気には、主として2つの原因がある。病理学的な理由と政治的な理由である

(“All Diseases have two causes : one pathological, the other political.” Aphorism attributed to the nineteenth-century public health activist Rudolf Virchow)<sup>2)</sup>

健康とは生物医学モデルの特定病因論説では、細菌や病原体が原因で、身体内部の変化(恒常性の乱れ)ないし正常範囲からの逸脱が起こり、いわゆる疾病状態になるという、コッホやパスツールの伝統的医学からの説明がある。他方、人間とは社会環境との相互作用を前提に成り立っているとす社会構成主義や、個人に加えて社会環境的要因を重視する Socio-Ecological、システム理論の視点からの解釈があり、その立場からすれば論理実証主義に基づく生物医学モデルは、人間-環境の相互作用という視点が、やや欠落していると言わざるをえない。どちらの立場も、視点のおき方は異なるのだが、健康への解釈である。健康を構成する要素には、よく知られている身体・精神・社会という枠組みがあり、WHOが「健康とは、単に疾病がないとか虚弱でないとか意味するものではなく、身体的にも精神的にも社会的にも完全に良好な状態にあることをいう(Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity)」という「普遍のかつ完全主義的な健康観(理想的健康観)」(Motomiya 1995)を示しており、健康を認識する共通の枠組みになっている。しかし、WHOによる健康の定義は、「理想的な健康観」を人類の共通の理念にすることには理解を得やすいが、それぞれの政策目標として、実現レベルで目標化するには、さらなる学術的な定義が必要になる。さらに、従来からの医学的健康解釈では、健康は病気の残余概念として位置づけられ(Yamazaki 2001)、身体を客観的に測定し、ある基準からの逸脱のレベルで「病気ではない状態」として「健康」を位置づけており、予防に関してもスクリーニングによるハイリスク者の早期発見・早期介入というハイリスク・アプローチが主流となってきた。現代における先進諸国のヘルスプロモーション及び健康福祉政策のメインストリームは、Social determinants of health — The solid facts (1998) (以下、The solid facts) 報告を契機に、より社会経済的な要因にも着目しながら、その中で健康に影響のある主として10からなるリスク・ファクターの除去・軽減を政策横断的に実施すること<sup>3)</sup>、また予防施策を社会システムの中に埋め込むことにより効果的な促進を図るという方向に変化してきている。それらの動向は、ハイリスク・アプローチに代表される医学的予防に加えて、健康と環境の相互作用を前提とする考え方をもとに、社会全体に働き掛けながら問題の解決を目指すポピュレーション・アプローチによる予防が重要性を増してきていることとして、整理することができるだろう。

ルネ・デュボス (Dubos 1959) は、健康について「どんなに、注意深く社会的・医学的計画を立てたところで、幸福と健康とは、絶対的な永続性のある価値を持ちえないのである。生物学的な成功をおさめうるか否かは、適合性の尺度で決まる。適合性をうるには、変化しつづける環境の全体に対する、たゆまざる適応努力があるのである」と述べている。デュボスは「適合性」という概念を用いて、健康であるということは、変化する環境（社会）に対してどう適応するかということであり、生物学的にもつ機能や構造を環境の変化に適応させることであるいい、健康を生物学的側面とそれを取りまく環境要因との「適合性」という観点から捉えている。デュボスの定義は、現代の健康を考える際にも示唆に富む内容を有しており、社会構成主義、ナラティブ、生態学的視点などの人間と環境の相互作用を重視し、ライフコースに即してその人の人生をとらえる視点の導入は、昨今の援助論におけるアセスメントの考え方及び方法論との親和性も高く、それぞれの領域を超えて普遍的な意味を有していると考えられる。特に、人間関係が複雑高度化している現代社会における心身の健康を考えるさいには、有効なアプローチになると考える。また、ミッシェル・アグリエッタ (Agrietta 1988) が現代における健康について「健康は、食生活や余暇を方向づけるなどの行動規範を引き出す生活様式を構成する動的な原理となるだろう」と述べているように、いまや健康は病気に対置する残余概念から、生活概念へと改鋳され、さらに健康のあり方は、消費行動を形成するまでになっており、人々の生活様式に大きな影響をもつようになってきている。その意味で、現代における健康とは、社会システムをデザインする際の設計思想であり哲学であると考えられることもできる。したがって、その影響力は生活の細部までも規定する要因となっており、個の健康状態に着目するのみならず、経済社会レベルにおける影響要因として、政策的対応が必要になってきたといえる。

以上、健康に関する諸説を踏まえると、当然のことながら健康といっても様々な言説があることが理解できる。特に、その基盤となる健康概念自体に様々な解釈が存在することから、有効な予防対策が構想されていないという状態であり、「健康」に関する社会的コンセンサスをつくることから始めて、重層的なレベルで多様な健康増進型のサービスを日常生活上に配置するような、包括的な予防システムを構想する必要性が理解できる。

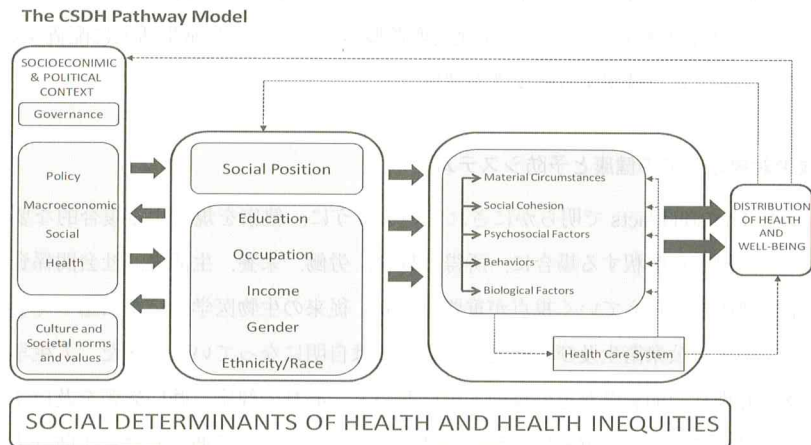
## 1.2 政策対象としての健康と予防システム

先に述べた The solid facts で明らかにされているように、健康を規定する複合的な要因が明らかになるなか、健康を解釈する場合に、所得、教育、労働、栄養、生活史、社会関係資本などとの関連の中で健康をとらえていく視点が重要であり、従来の生物医学モデルに基づく要因だけではないことは、いまや公衆衛生及び社会疫学の領域では自明になっている。また、人生早期に受けた身体的及び心理社会的影響がその後の人生において、心身の健康に強い影響を及ぼすという事実も、様々なプロスペクティブな縦断研究から実証されており、人生早期における予防介入の必要性やスクール・ヘルスプロモーションの取り組みにおけるライフ・スキルやヘルス・リテラシー教



育の重要性に疫学的根拠を与えている。このことから、健康はライフコースそれぞれの発達課題との関連の中で、社会環境要因と相互作用する多面的なインターフェースを有したものであり、社会経済的要因からの影響を避けることができないということが理解できる。さらに、現代の複雑高度化している社会生活においては、環境ホルモンや新種のウイルス、空気や水質をはじめとする環境の汚染、それに類する社会的脅威や環境リスクなどへの認識も高まっており<sup>4)</sup>、専門的な知識や多様な情報へのアクセス方法など、個人が身体を守るということには限界が生じていると言わざるを得ない。そのことからしても、想定しうる多様なリスクから健康を守る予防のシステムとは、生物医学モデルのみによって構成されるものではないことは明らかであり、それについては前項の健康概念の説明でも述べたとおりである。したがって、通常の生活の中において、高度に判断を必要とするリスクへの対処など個人の知識・能力の限界を超える部分については、「社会的に予防する」という考え方にたち、健康をコア・コンセプトに据えた予防型の社会システムをデザインしていく必要がでてきているのである。

CSDH (Commission Social Determinants of Health) (図2) は、健康の社会決定要因と健康格差における関連要因との経路を示したモデルである。健康には、個人で対処できる部分と社会的に責任を負うべき部分があるということについて、社会経済的要因と健康の関連を可視化しフロー化したものである。これらの各要素について概説すると、社会経済政治的な背景としては政治、政策、マクロ経済、社会、健康、文化、社会規範、価値があることがわかる。さらに、規定要因として社会的地位や教育、職業、所得、ジェンダー、人種などがあり、物理的環境、社会的結合、心理社会的要因、行動規範、生物学的要因に影響を及ぼしているメカニズムがあることがわかる。その一連のプロセスが健康と Well-being に影響を及ぼしており、今度は健康と Well-being の状態が、社会的地位や社会経済的な文脈にもフィードバックされるという「健康の社会決



Source: A conceptual framework for action on the social determinants of health.(2007:48) Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, Geneva, World Health Organization.

定要因」のメカニズムが理解できる。したがって、ここでいう予防システムの役割とは、健康を守ることに個人に限界（守備範囲）を理解したうえで、ライフコースごとに訪れる心身に影響を及ぼす健康リスクと生成要因、また社会経済的な影響要因との経路を明らかにしながら、マクロ・メゾ・ミクロの重層的なレベルで包括予防型システムを構築していくことの必要性が理解できる。

## 2. EU, フィンランド, 日本の動向

### 2.1 EUにおけるソーシャルインクルージョンに関する政策

EU全体が、The solid facts をうけ、ソーシャルインクルージョン及び Reducing social health inequality（社会的な健康格差の縮小）にむけて、国家レベルでの取り組みを開始している。社会的正義及び社会的公正という観点から考えて、いまや健康格差は大きな社会問題であり、とりわけ、社会経済的要因から強く影響をうけるという要因が明らかになるにつれ、国家レベルでの対応の必要性が認識されるようになった。特に、乳幼児期・児童・青少年期など、人生早期における所得や教育などと健康格差の関連が指摘されるなか、あらゆる面において社会的機会を公平に保障すること、またそのことを国家的な責任のもとで、政策的に推進することの必要性が社会的にも認識されるようになった<sup>5)</sup>。

一方、WHO ヨーロッパ事務局による Health21 (WHO-EURO1999) は、達成目標の2つ目に「健康における公平 (Equity)」をかけた、その中で、2020年までにすべての加盟国に国内の社会経済的グループ間の健康格差を最低25%縮小する」、「疾病率、障害率、死亡率を社会階層間で等しくする」「健康に影響する社会経済条件、所得、教育達成度、労働市場へのアクセスなどを持続的に改善する」「貧困者を大きく減少させる」「特定のニーズを持つ人々を社会的排除から保護し、適切なケアへのアクセスを改善する」としている。

また、英国は包括的な予防政策においては世界の最先進国の一つであるが、人生の不平等は、幼児、児童の発達期からはじまるという認識にたち、教育や発達環境の公平なスタートを保障することは国家の責任と明言して、あらゆる格差是正を国家の最重要課題として位置づけ、Sure Start Program (1999) を開始させており、その動向は改めて注視する必要がある。

### 2.2 フィンランドにおける健康福祉政策の動向とヘルスケアサービス

#### 2.2.1 フィンランドの健康福祉政策の動向

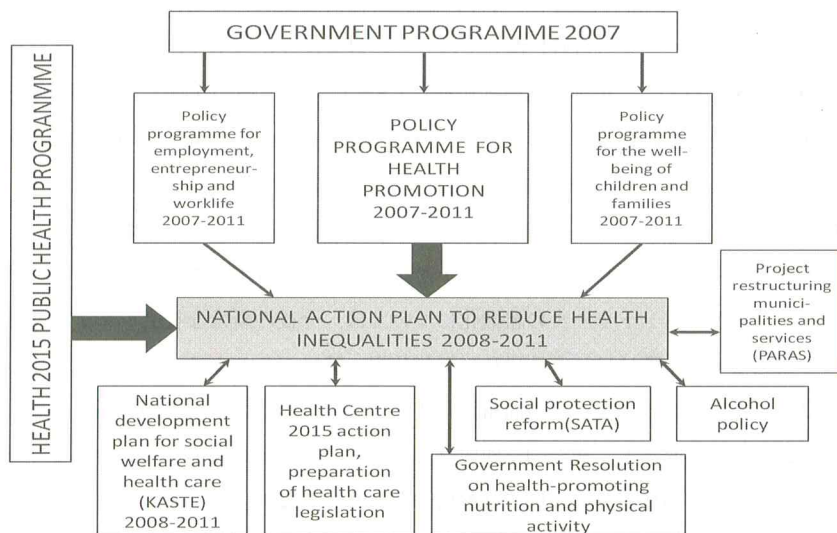
フィンランドでは、National Action Plan to Reduce Health Inequalities (2008-2011) を中心に、公衆衛生分野から Health 2015 Public Health Program (2001) が、健康格差の縮小を目指して総合的な取り組みを実施しているほか、それに関連する国家レベルの研究開発プロジェクトを地域ベースで実施している (図2)。フィンランド政府が「健康格差の縮小」を国家の重点施策とし

て推進することに強い影響を与えることになった要因としては主に2つあげることができる。1つは、近年のEU全体の重点政策課題として問題解決を目指しているThe solid facts や Closing the gap in a Generation (2008) の中でEUの政策課題となったHealth Inequality (健康格差) との協調、2つには社会経済的要因が心身の健康に及ぼす影響を明らかにしたヘルシンキ・ハート・スタディ (Poppius et al. 1999) や、ノースカレリア・プロジェクト (1972-1995)<sup>6)</sup> などのフィンランドにおける国家レベルの縦断研究の研究成果の蓄積から、「健康格差の縮小」を社会的課題として認識したことがある。いまや病気を予防することと健康を増進するということが、医学・保健領域だけの問題ではないという認識については、先にも述べた通りである。さらに、イギリスの有力な予防医学者が「疾患の第1次的決定要因は主に経済的、社会的なものであり、したがって、対策もまた、経済的社会的なものでなければならない。医学と政治を切り離すことはできないし、また切り離すべきではない」(Rose 1992) と述べていることが意味すること、さらにその他EUの健康福祉政策の政策的含意(社会的格差=健康格差=社会正義・公平性の欠如)を省察しても、より社会経済的な観点から健康に影響を与える経路を明確にする必要は、もはや明らかになったといえるのではないだろうか。以上の動向を踏まえながら、健康をコア・コンセプトとして各政策の中に位置づけながら、政策横断的かつ組織横断的に総合的な政策として、包括的で予防型のシステムを構築することの必要性が明らかになってきた。

### 2.2.2 フィンランドのサービスシステム

フィンランドにおける健康福祉政策と予防健康増進サービスの特徴について、フィンランドは福祉と健康に関するプロモーション及び健康教育を通しての個人・家族・地域のエンパワメントの強化を図っていくということに主眼をおいている。また、全国民に対して、ライフコースごとの発達課題に沿って訪れる心身の健康を脅かすリスクを想定して、予防型健康サービスや社会的プログラムがきめ細かく配置されている点を指摘することができる。とくに、産前産後の母親(父親も対象)への産児教育や保健師の訪問プログラム、また付随するメンタルヘルスプログラムはシームレスにシステム化されており、エビデンスに基づくリスクの同定と包括的に予防を埋め込んだプログラムにフィンランドの特徴が認められる。さらに、就学前児童(6歳まで)に関しては心身の健全な発達を保障する乳幼児ケア、さらに就学児童については、ヘルスプロモーション・スクールの取り組みとメンタルヘルスのスクリーニングとスコア別のケアプログラム、ライフ・スキル教育(防衛体力の強化)、健康行動の習慣化、登校前・放課後の多様なデイケアサービスを通してのフィジカル面の強化と栄養管理を実施し防衛体力の強化を図ることで健康増進的にサービスを提供している。また、青少年に関してはアルコールとドラッグ禁止のプロモーションとメンタルヘルス、大人は医学的スクリーニングを通しての成人病予防と食生活改善などに、エビデンスベースの予防対策が用意されている。フィンランド保健福祉省の示すサービスモデルは、戦略的課題として家族における子供の福祉の強化に焦点を当てており、子供とその家族に対する心身の予防に向けたヘルスプロモーション及び予防型ケアサービスの充実しているところに特徴

がある。子供と家族に対してのヘルスプロモーションと健康教育を通じて適切な知識とスキルの提供及びカウンセリングによる精神的なサポートなど、人生の早期の段階で、その後に影響を及ぼす消極的な要因に焦点をあてて、積極的な予防介入を図っている。このライフステージ早期の予防に重点を置いていることで、実際に乳児死亡率は世界で最も低いレベルにある。



Source: Ministry of Social Affairs and Health (2008:20) National Action Plan to Reduce Health Inequalities 2008-2011. Helsinki-Links of the National Action Plan to Reduce Health Inequalities to other plans and programmes.

### 2.3 日本における地域福祉政策の現状と今後の展開

日本の現状は、健康と予防をマルチ・ディシプリナリイに推進していくガバナンスが弱く、さらに医学モデルによるハイリスク・アプローチが主となっており、より全体に対する効果的なアプローチになっていないという点を指摘できるだろう<sup>7)</sup>。したがって、社会的な予防として内実化していくためにも、医療・保健・福祉の資源配分の傾斜を、福祉・保健・医療という傾斜に再構成しながら、特に地域福祉におけるコミュニティソーシャルワーク（以下、CSW）のアプローチを予防的な支援方法として展開しながら、ソーシャルサポートネットワーク（以下、SSN）機能や社会参加の促進など社会文化的なアプローチを駆使し、社会的相互作用を高めながら、中長期的な観点からリスクを軽減していくという視点が重要になる<sup>8)</sup>。また、そのことの重要性は、近年 EU がソーシャルインクルージョンを重点政策課題として位置づけて、地域の中での疎外感や孤立感など社会関係の喪失に起因する問題と心身の健康及び QOL の関連についての強い懸念から、一体的な解決に向けて、より具体的な対策を開始したことからも理解できる。日本の現状



については、ソーシャルインクルージョンの取り組みに関する議論は活発になっているものの、地域福祉計画の策定として、保健福祉政策などを一体的に構想するということの重要性の理解に留まっており、その取り組みは各市町村の裁量に委ねられている点などを踏まえると、総合的な計画として一本化していくには時間を要する現状にある。さらに従来からの地域保健活動と地域福祉活動が一体的に提供されることは<sup>9)</sup>、社会的な予防効果を促進する上において最も重要な課題となる。精神障害者の地域での自立生活の問題や、うつ高齢者や孤独・孤立などに対しては、地域のSSN構築や社会参加の仕組みづくり、個別具体的な関わりが必要になってくる。特に、うつ高齢者の増加、うつによる自殺に関しては、その対策は既に医学及び行政の領域を超えているという指摘があるなど<sup>10)</sup>、精神保健福祉領域とCSWによる一層の連携と、地域全体での面的な支援を検討していく段階に来ていると考える。その際、福祉・保健・医療以外の多様なインフォーマル支援の取り込みかたや、連携方法及び組織化は非常に重要な検討課題であり、課題・問題に応じて横断的にプロジェクト・ベースで地域資源を広域的に組織化するなどの、マルチ・セクトラルでマルチ・ディシプリナリイなアプローチが必要になる。日本の現状を考えると、マルチレベルのガバナンス及びネットワークの組織化については、今後の新たな社会システムや社会的なサービスを開発していく際には、官公民私の機能分担、特にボランティア・セクターの組織化及びネットワーク化について支援する中間組織に関する研究開発は大きな課題である。またローカル・ガバナンスの観点からも、複合的な問題解決に向けて、行政の限界を補完するような仕組みは不可欠であるが、その仕組みについては整備がなされていない。ソーシャルインクルージョンと健康に関する問題の性質が社会経済的な要素を多分に内包し複合的であることを考えれば、予防効果の観点から考えても、アプローチ方法は政策横断的、組織横断的、臨床レベルにおいてもマルチ・ディシプリナリイなアプローチでなければならない。今後は、地域福祉レベルでCSWの観点から、従来からの地域保健活動及び現在行われている医学モデルにおけるヘルスプロモーションと、CSWの予防的なアプローチを機能分担させながら、有機的な協働体制を構築していくことが求められる。

### 3. まとめと今後の課題 —— 地域福祉における予防的アプローチの展開に向けて

ルーマンは近代化社会における排除は複数の機能システムの「否定的カップリング」という形式をとることをとりあげ、ある一つの制度など社会システムからの排除を受けることにより、その他の制度や複数の社会システムへの接近が困難となり、その結果としてシステム全体からの排除につながったりするといった事態が生じると述べている<sup>11)</sup>。知的障害、精神障害を持つ家族を含めた当事者と地域自立生活支援の問題、認知症高齢者の在宅介護の問題、貧困・低所得者の社会的排除と健康問題など、新たな対応方法の検討が社会的要請となる中で、これらの現代的な問題に対する社会福祉の有効性とはいかなるところに見いだすか、非常に大きな問題であり、今後



の地域福祉システムに関する再考を迫る問題といえる。特に医療・保健・福祉で言われている連携・協働という枠組みを超えて、サービス提供レベルでは融合・統合が進むことが予想され、そのさい概念についても改鑄が必要になってくる<sup>12)</sup>。本稿では、そのような現代社会をめぐる複合的な一連の問題について EU とフィンランドの政策動向を分析しながら、地域福祉から予防的な再評価を行うことは、新たなアプローチ方法の開発に資する視座の提起としては意義があるということを書いてきた。以下、次稿への課題を述べながら、本稿のまとめとしたい。

地域において予防的な支援環境を構築するという点に関して、医療・保健に加えて福祉の役割をどう定めるかは、従来から言われている通り連携領域における課題となろう。とりわけ、医療・保健の対応が困難なケースにおいては、CSW において中長期的な観点から問題を未然に防ぐ予防的なアプローチを主眼におき、アウトリーチ型の介入、SSN の構築、地域への参画支援、福祉教育、地域のエンパワメント、インターメディアリイ機能等については、地域福祉の機能をより効果促進的に推し進めていくために位置付けていく必要がある。Gutmacher (1979) が述べているように、健康の定義を広げることによって、医療の介入には不適切な生活領域まで対象を拡大している面があると指摘し、健康は Well-being の一部であるに過ぎないという見地から、医療・健康領域が Well-being まで提供することは、人的・経済的な面も含めて、その有効性に疑問を呈している。これらの指摘にあるように、現在の医療・保健・福祉をめぐる問題は、地域の暮らしを支える社会資源の再構成を迫る問題であり、従来の社会福祉領域が取り組んできた地域福祉の組織化を中心とする CSW の取り組みに予防的な側面から再評価を迫るものであると考えてよいのではないだろうか。特に、健康と予防に関しては再三述べてきた通り、理論、アプローチ、サービス資源など医療・保健への比重が高すぎたといえる。前述した、フィンランドの先進事例の分析を通して、生物医学モデルを包摂する概念である「予防型社会福祉(モデル)アプローチ」の視座を確認することができた。その視点からいえば、生物医学アプローチのパースペクティブに加え、より人間と社会環境の「調和や適応」を重視するパースペクティブを加味する中で、医療・保健・福祉の傾斜配分を見直しながら、福祉・保健・医療として再統合していかなければならない。本稿では、その際に求められる社会福祉の新たな役割及び連携の接合部分となる予防概念について、フィンランドの先進事例を通して、社会福祉における予防的な視座の確認を行うことができた。今後は社会福祉分野において、さらなる予防概念の検討という課題につながってくるほか、現代的な社会問題に引きつけながら概念についての妥当性を検証することが必要になってくる。また、健康を脅かす存在として想定される、社会生活に伴う様々な健康に関するリスク要因の研究と、国際生活機能分類(ICF)における「活動」「社会参加」他「環境因子」に関しては、健康・予防を社会環境の側面から分析していく際には整理しておかなければならない領域であり、今後の研究課題としたい。

## 註

- 1) 文部科学省知的クラスター創成事業（第Ⅱ期）「先進予防型健康社会創生クラスター」広域プログラム（2008）：グローバル・クラスター・リンケージ（東北福祉大学実施分）成果報告書
- 2) Ronald, L., Glen, L. (2008) Health promotion in action—from local to global empowerment. Palgrave, Macmillan. p. 6.
- 3) Social Determinants of Health—The Solid Facts で取り上げている 10 項目とは、科学的な見地から見て健康に最も影響を与える要素を抽出したものであり、社会格差、ストレス、幼少期、社会的排除、労働、失業、社会的支援、薬物依存、食品、交通から構成されている。高所得者と比較して、低所得者における平均寿命が短いことや、疾病頻度が高いとされており、幼少期からの社会経済的な環境要因に大きく左右されるということからも、社会的な不公平として問題視されている。
- 4) 既にフィンランドでは、様々な縦断研究によって人体に影響のある化学物質をはじめとするリスク・ファクターの存在を明らかにしており、保健・医療・福祉に関する予防のほかにも、正しい知識の教育やリアルタイムな情報を提供しながら、個人の能力のレベルを超える社会的な脅威に対しては、国家的な対応が始まっている。
- 5) 社会的排除の欧州委員会（Commission of the European Communities（1992））の定義を参考にすれば、「結果とプロセスの双方を指す、ダイナミックな概念、（経済や社会の）構造的な変容に特定された概念、個人とグループが社会的交流への参加や、社会的統合、そしてアイデンティティを構築する実践や権利から排除されていく、多元的な性質をもつメカニズムを有する、低所得者や労働からの排除に加えて、居住・教育・健康・サービスへのアクセスに障害のある問題」としている。また、社会的排除を招くファクターとしては、「慢性的な失業、特に 1 年以上の長期的失業、労働市場の問題として、学歴の低い、未熟練労働者の統合の問題、家族の変容、集団的連帯の後退と伝統的な集団的価値の弱化、社会が細分化され、伝統的な一般的社会保障・社会保護システムの役割の侵食、イミグレーションなど人口移動現象」としている。
- 6) ノースカレリア・プロジェクトについては、様々な研究報告書や調査報告書があるほか、同プロジェクトをベースにした予防健康増進に関する発展的なプログラムが実施されている。本稿においては Pekka Puska (Director General National Public Health Institute—KTL2005) “Finnish Experience on Diet, Health Related Lifestyles and Prevention of Chronic Diseases” を参考にした。
- 7) 健康増進法に基づく健康日本 21 で国が主導して都道府県及び市町村が数値目標と計画を作成しているが、アプローチをみると医療・保健を中心としたハイリスク・アプローチで行動変容を促すことに主眼を置いており、資源配分の福祉への移行や、健康づくりについては、環境調整的な手法を重視するなどが今後必要になると思われる。
- 8) 大橋は、社会福祉サービスを豊かに発展させていくためにも、憲法 13 条のプログラム規定説については否定的な見解を述べている。地域での自立生活支援サービスをより豊かに構想していくためには、13 条のもつ意義は大きく、自己実現サービス（2000）の展開については、社会文化的なアプローチを採用していくことの重要性について言及している。大橋のいう自己実現サービスは、広義に予防的な観点を含むものと解釈することが可能であり、本稿でいう社会福祉における予防を考えていく際には示唆に富む内容であり、今後この視点からの検討が必要であると考えられる。
- 9) 大橋（1987）は、デンマーク（コペンハーゲン）の例をあげながら、保健と福祉サービスが一体的かつ有機的に提供されることの重要性に言及しており、在宅サービスの構成要件に保健サービスを位置付けている。
- 10) 現在の秋田県における自殺予防プロジェクト推進におけるキーマンである秋田大学医学部公衆衛生学講座の本橋豊教授は、地域全体で取組を推進していくことの重要性を述べており、実際にその効果については先駆的な取り組みとして全国に広がっている。
- 11) ルーマンの言説については、小松丈晃（2005）「リスク社会のなかの援助」『北海道教育大学鉾

路校研究紀要』37号, pp. 81-87における分析内容を参考にした。

- 12) ヘルスケアとソーシャルケアあるいは、ウェルフェアプロモーションとヘルスプロモーションなど、既に医療・保健と福祉サービス領域においては概念がオーバーラップしている部分もあり、より相互のディシプリンを明確にする作業と、サービス提供レベルにおいては統合化が進んでいくと思われる。また、扱う対象領域においても、問題自体に複合的な要素が多く、相互に関連している事実が社会疫学のエビデンスとしても集積してきており、今後ますます教育の段階からも一体的な方法論の開発は進むものと思われる。その際に、サービス提供レベルでの無用な混乱を回避するためにも、学際的な枠組みで関連概念について議論を深めていくことが不可欠になる。

### 【引用文献】

- Agrietta, M. (1988) 「アメリカ合衆国 現状の維持か成長の再開か」R. ボワイユ, 山田悦夫他訳『世紀末資本主義』, 日本評論社, p. 64.
- Beck, U. (1992) Risk Society : Towards a New Modernity.
- Commission of the European Communities (CEC) (1992) Towards Europe of solidarity : intensifying the fight against social exclusion, fostering integration. pp. 8-9.
- Dooris, M. et al. (2007) Global perspective on health promotion effectiveness ; Healthy setting. Springer science, pp. 327-352.
- Dubos, R. (1977) (田多井吉之介訳)『健康という幻想—医学の生物学的変化』紀伊國屋書店, p. 24.
- England sure start program (1999) (<http://www.surestart.gov.uk/>)
- Guttmacher, S. (1979) Whole in body, mind and spirit : Holistic health and the limits of medicine. Hastings Center Report, Apr., 15-21.
- Health-EU ([http://ec.europa.eu/health-eu/about\\_en.htm#](http://ec.europa.eu/health-eu/about_en.htm#))
- International union for health promotion and education (<http://iuhpe.org/>)
- Marmot, M., Wilkinson, R. (Eds) (1999) Social Determinants of Health. Oxford University Press, Oxford.
- Ministry of Social Affairs and Health (<http://www.stm.fi/en/welfare>)
- National Public Health Institute in Finland (2006) Health in all policies annual report.
- National Health Institute in Finland ([http://www.thl.fi/en\\_US/web/en/](http://www.thl.fi/en_US/web/en/))
- Ministry of Social Affairs and Health (2001) Government Resolution on the Health 2015 public health programme.
- Ministry of Social Affairs and Health (2005) Statutory Social and Health Services in Finland.
- Ministry of Social Affairs and Health (2008) National Strategy Report on Social Protection and Social Inclusion 2008-2011.
- The National Action Plan (2008) Reducing health inequalities in Finland 2008-2011.
- The Association of Finnish Local and Regional Authorities ([http://www.kunnat.net/k\\_perussivu.asp?path=1;161;279;280;60954](http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;161;279;280;60954))
- Poppies, E., Tenkanen, L., Kalimo, R. et al. (1999) The sense of coherence, occupation and the risk of coronary heart disease in the Helsinki heart study. Social Science & Medicine, 49, pp. 109-120.
- Rose, G. (1992) The strategy of preventive medicine. Oxford University Press, Oxford.
- WHO Regional Office of Europe (1999) Health21 : The Health for All Policy Framework for the WHO European Region (European Health for All Series ; No. 6).
- World Health Organization (WHO) (1998) Health Promotion Glossary. WHO, Geneva.
- World Health Organization Europe (WHO-EURO) (1998) Social Determinants of Health : The solid facts. WHO-EURO, Copenhagen.



- World Health Organization (WHO) (2008) Closing the gap in a generation : Commission on Social Determinants of Health FINAL REPORT.
- 本宮輝薫 (1995) 「健康度のホリスティックな把握と評価」 園田恭一・川田智恵子編『健康観の転換—新しい健康理論の展開』 東京大学出版, pp. 31-50.
- 山崎喜比古 (2001) 「健康・病気と保健・医療の新しい見方」 山崎喜比古編『健康と医療の社会学』 東京大学出版, pp. 33-47.
- 大橋謙策 (1987) 「在宅サービスの構成要件と供給方法」『地域福祉活動研究』 第4号, p. 7.
- 大橋謙策 (2000) 「社会福祉における自己実現サービスの位置とコミュニティソーシャルワークの視点」 大橋謙策他編『コミュニティソーシャルワークと自己実現サービス』 万葉舎, pp. 12-19.