

立教大学社会学部
応用社会学研究No.58
2016年3月別刷

アーロン・アントノフスキーの医療社会学
——健康生成論の誕生——

池田光穂

アーロン・アントノフスキーの医療社会学

——健康生成論の誕生——

池田光穂

1. 健康理論の自然主義的誤謬

ジョージ・エドワード・ムーアは『倫理学原理』(Moore 1903=2010)において、自然ないしは自然に従うものは「善き」ものだという倫理的判断に対して疑問を提示した。善きものの代表に「健康」というものがあげられるが、これは確かに自然の産物であるように思われるために、なんら問題もない言挙げに思われる。しかし死と同様「病気」もまた自然に従う真正正銘の自然現象である。それゆえ健康が善いことだ、好ましいことだという理由に、それは自然だからであるという説明は瞬時に破綻してしまう。つまり誤謬を犯してしまう。善いことと自然とは結びつかないからである。それゆえにムーアは、健康も病気も、善悪の概念——ア・プリオリな価値判断——が含まれるために、善きことと健康を一義的に関連づけることをやめようと提案する。それでは、価値概念と自然に従うことの判断の混乱から自由になるために、正常と異常というものを健康と病気の概念にあてはめてみればどうだろうか。正常は自然に従い、異常はそうでないと見なすのである。だが、歴史上の天才は、正常から逸脱した異常性がみられるが、天才はそれを有効に活用すべき善きものではないだろうか。そうすれば正常が善いものという前提が破綻する。この区分もまた(割り当ては逆の組み合わせだったが)その価値判断から逃れることはできない。

総括しよう。ムーアの言挙げの重要性は、善いという判断は、それが自然ないしは自然に従うも

のとしては定義できないことを示したことにある。これを敷衍すると、例えば、臓器移植でも安楽死でも、それが自然に従わないゆえに「悪い」という判断をするための正当化の論理として説得力を持たないことになる。

だがしかし、ムーアは「私自身、健康が善いということに異論を唱えるつもりはない」と言いつつ、次のように警告する：「健康は善いものである」という命題は、それ自身が自明であると受け止めてはならず、未だ解決されていない問題と見なさねばならない。この命題を自明と断言すれば、この冒頭に述べたような「自然主義的誤謬(naturalistic fallacy)」を犯してしまうからである。経験的な修正を加えれば、我々はどうも「善きもの」と判断される固有の状態を「健康」と呼んでいるにすぎない。

翻ってムーアがこのように指摘した後の1世紀間の我々を反省的にながめてみよう。人類の健康の伸展を願って日々まい進する保健科学者たち、すなわち医学・保健・看護学者たちを含めた多くの研究者たちが、量的研究(quantitative studies)の検証成果を背景に、自分の研究の正しさを自然の真理に従っていると思いつくことで満足している。しかし、一方で輝かしい成果をあげていると社会的に評価されているにもかかわらず、他方で経験的事実として、人びとは「自然な願望」のあらわれとして健康への希求を止めることはなく、また健康になりたいという諸要求を保健科学の専門家たちに突きつけている。人びとの要望内容は多様だが、一般的状況としては彼/彼

女らは、「健康という安寧を未だ剥奪されている飢餓状態 (starvation deprived from well-being/health)」にあるということだ。それゆえ保健科学者は、市井の人たちの「健康要求」に対して未だ十分に答えていないと考え、さらなる研究が必要だと感じる。このトレンドが、健康の医療化や産業化による影響の下にあることも、大筋で予想はつく。しかし、多くの保健科学者もまた「自然主義を当然のものとし、みなす」微睡眠の中での論文生産というラットレースに興じている。それゆえ、健康はいかなる形で定義できるのか？そして我々が「善い」と判断することと健康はどのような位相関係にあるのかについて、私たちが真摯に反省を深めていないことも、この炎上する悲惨な状況に結果的に油を注ぐ結果になっている。

その反省に立ち、この論考で、私はアロン・アントノフスキー (Aaron Antonovsky, 1923-1994) が主張した健康生成論 (Salutogenic theory/hypothesis) について批判的に検討する。結論を先取りして言えば、私が肯定的に評価するこの理論の可能性は、人間の健康の状態は、時系列の転回においてダイナミックで多元的かつ相対的であり、そしてより現実的なものであることを指摘した点にある。アントノフスキーはその後、SOC=首尾一貫性感覚 (Sense of Coherence) の尺度化にその後着手し、その定着化という成功を収めたと言われている。しかし、そのことが、この理論の幸福な帰結であったとは思えないと、私は判断する。この尺度化の技法は、SOCを誰もが使える便利なツール (tool of the trade) として確立したかのように思える。しかし、近代医学が体现する病理生成論 (Pathogenic theory/hypothesis) の対抗概念としてのアントノフスキーの健康生成論の質的分析論への傾斜と深化を、それを受け継いだ人たちにはもたらさなかった。むしろSOCの尺度化手法は彼らに便利な商売道具 (tool of the trade) をもたらしたにすぎなかったというのは言いすぎだろうか。この論考は、1994年に亡くなった彼のオリジナルな研究

は、健康観の社会学的考察の沃野を押し広げる可能性をもったものであったことを主張する。

2. アントノフスキー理論の誕生とその概念装置の整備

アントノフスキーは、1970年代の後半において、1914年から1923年に中欧で生まれたユダヤ人女性のライフヒストリー研究に着手していた。また1981年に出版されるダタンとの共著では、1915-1924生まれの文化的背景を異にするイスラエルの中年女性を対象にして調査をおこなっていた (Datan et al. 1981: 2)。この世代の女性たちは、1939年 (ナチスの強制収容所がはじまった頃) の当時16歳から25歳であった。当初から予想されたことであったが強制収容所の生還者たちは、対照群にくらべて、明らかに (1%の有意水準) で情緒的健康度が低かった。また、情緒的に健康な女性の割合は対照群では51%であったのに対して、生存者たちのその比率は29%であった。情緒的健康度に、強制収容所の経験がマイナスの要因として働いていることが予想された。だが、強制収容所からのサバイバー、すなわち生存者の約3分の1弱の人たちは、なぜ情緒的健康を良好に維持することができたのだろうか？

アントノフスキーは、それに明快な説明概念を見つけることができなかった。彼女たちは、少なくとも3つの環境的ストレスを、その時点までに経験していた。すなわち、(1) 強制収容所、(2) 戦後の難民生活、(3) 三度にわたる中東戦争、である。過酷なストレス経験を経ても、人口のおよそ3分の1から半分の人たちは、健康状態を維持することができる。アントノフスキーの発見は、ストレスが生体に対してなんらかのエンハンス的な反応を引き起こすことだった。彼は後にこう言う：「明らかに、回避可能な場合に、ショックというストレスは生体に健康的 (salutary) な影響をもたらさるのである。しかし、疾病生成論的 (pathogenic) な影響しか考えていない

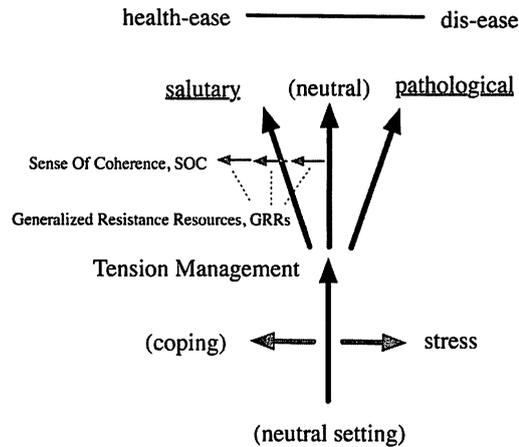


Fig. 1. Aaron Antonovsky's Health-ease/Dis-ease Continuum and the function of GRRs
(Designed by M.Ikeda, 2015)

図1 アントノフスキーの「健康で安楽なこと／
安楽ならざることの連続体」概念

と、こういう知見（＝ストレッサーをコントロールする能力を免疫が抑制されないと表現するような見解や主張、引用者）があらわれてくるのを見落とすことになる」（Antonovsky 1988：1＝2001：3）。そして、それが生体内の反応だけでなく、その個人がおかれた環境（＝文脈）がもつコーピングの効果についても気付いていたようだ。すなわち「ストレッサーは多くとも、ソーシャルサポートが多ければ、健康生成的である」（Antonovsky 1988：8＝2001：11）。このことを経由して、Aaron Antonovsky, *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass Publishers (1979) を発表し、「健康生成モデル (Salutegenetic model)」を提唱した。健康生成モデルの要衝は、これまでの生物医学の基本的パラダイムである「病理学的オリエンテーション (pathological orientation)」の限界を指摘し、それにかわる「健康生成オリエンテーション (salutogenic orientation)」で考えることであった。そしてこの著作は、同じ書肆から1987年に、*Unraveling the mystery of health*. (1987) として改訂公刊され、日本語の翻訳でよめるのもこの版のものである。

「健康生成オリエンテーション (salutogenic orientation)」の理論的フレームは次のようなものである。健康で安楽なこと (health-ease) と安楽ならざる状態 (dis-ease) を、二項対立で、相互排除するものとしてみるのではなく、2つの極の間に広がる連続体、すなわち「健康で安楽なこと／病的＝安楽ならざることの連続体 (health-ease/dis-ease continuum)」のなかに、人間の実際の状態を見ようとするものである（図1を参照）。

健康を生成するなかで、アントノフスキーが最重要視したのが、当人が持つ首尾一貫感覚 (SOC, Sense of Coherence) である。高いSOCという普遍原則を維持すれば、各人が健康になることができるという「演繹 (deduction)」を導きだす仮説ではなく、過重なストレス状況でもサバイバルできるどころか、それを克服して「健全 (healthy)」な状態を維持できる人がいるのはなぜか、という「説明 (explanation)」や「解釈 (interpretation)」のための仮説として考えればよい。アントノフスキーへのインタビュー応答から察するに、SOCの具体的な有りかたを聞かさ

れると、それまでの考えを変更して盲目的に鵜呑みにしたり（逆に）まっこうから信じないひとは、SOCの強度が相対的に低い人になる。他方でSOCを高く維持する条件の中にはアバウトな楽観主義や適合的解釈に対して順応的なものがある。SOCは、首尾一貫（coherence）というその論理的構成から、当事者の内的一貫性であり、主観的経験（＝確信）によって表現されるものでもある。ア・プリオリの命題に関する強い信念＝これがユダヤ思想（ないしはユダヤのエートス）——とりわけミツヴォットと呼ばれる「善き業」の哲学——と関連しているのではないかというのが、この論考での最初の着眼点である（cf. Heschel 1955=1998；Putnam 2008=2013：28章）。しかしこの論考ではそれを十分に議論することができなかった。

整理しよう。SOCは彼によって次のように定義されている：「首尾一貫感覚（SOC）は、その人に浸みわたった、ダイナミックではあるが持続する確信の感覚によって表現される世界（生活世界）規模の志向性のことである。それは、第1に、自分の内外で生じる環境刺激は、秩序づけられた、予測と説明が可能なものであるという確信、第2に、その刺激がもたらす要求に対応するための資源はいつでも得られるという確信、第3に、そうした要求は挑戦であり、心身を投入しかかわるに値するという確信から成る」（Antonovsky 1988：19=2001：23）。これが提唱された著作の序文でも示唆されているが、SOCの性格を私なりに再解釈すると、多少違った表現になるが次の4点を指摘できると思う：(a) 一貫した世界認識：「持続的な確信」「自分の内的・外的な環境が予測可能な確信、(b) アバウトな認識：「ものごとが適度に予測される」感覚、(c) 楽観主義：「うまく運ぶ公算も大きいという確信」、(d) 生活世界に充溢するような認識：「世界（生活世界）規模の志向性（dispositional orientation）」（Antonovsky 1988：xvii, 182=2001：xix, 213）。

SOCを支える原理には、GRRsという要素

がある。GRRsとは、Generalized Resistance Resources、すなわち「一般化された抵抗の諸資源」のことで、SOCを生み出す要素ないしは（文字通り）資源と考えられている。「GRRsは〔SOCを生み出すための——引用者〕潜在的資源と定義され」ているからである（Antonovsky 1988：xvi=2001：xxiii）。またGRRsの機能は、その主体に働きかけて自分に降り掛かるストレス＝不幸についての具体的な意味を見だし、それに対してコーピングするものとされている。すなわち「(i) すべてのGRRsは共通して我々に絶えずふりかかる無数のストレスに対して意味を見だしやすくしてくれる。(ii) GRRsは、人にそのような経験をくり返しもたらすことで、次第に強い首尾一貫性感覚（＝SOC）を生み出す」（Antonovsky 1988：xii=2001：xix——番号は引用者による）。GRRsは、その当事者がもつ実践の原理と解されるような説明をアントノフスキーはおこなっている。（1987年の書の第5章では）「強いSOCを生むGRRsを築く子育てパターンと社会組織の下位文化および文化のパターンについて論じ」られている（Antonovsky 1988：xvi=2001：xxii）。SOCは、文化構造に関わるが、アントノフスキーは生涯を通してこの問題には、それ以上深く触れることはなかった。

3. SOCに触知する方法： 質的インタビューの復権

この論考の1.の末尾で述べたが、多くの研究者の見解に抗して、私はSOCの数量的尺度化法について、大きな学術的意義を見いださない。その理由のひとつにSOCに代わる強力な尺度項目（インベントリー）がその後に登場したからである。すなわち、心的外傷後ストレス（PTSD）研究が広範になされた後に、かつて強いストレス負荷がかかってもアントノフスキーたちが経験したように、そこから克服することができる人たちが一定の割合でいることが報告されてきたからであ

る。現在ではそれは、臨床心理学の分野から派生した心的外傷後成長 (Post-Traumatic Growth, PTG) という態度変容モデルのなかで取り扱われ、その変化 (= 成長) の様子がスコア化されて心的外傷後成長尺度 (Post-Traumatic Growth Inventory, PTGI) と呼ばれる (Calhoun and Tedeschi 2006=2014)。SOCはPTG研究の先駆的な概念として必ず引用されるようになっているが、尺度項目は新たに開発され、また各国版も登場し、よく使われるようになっている。

したがってSOCの発見ないしは創案の重要なポイントは、管見によると数量化法ではなく、アントノフスキーが接触した、集団的な歴史的受難を受けてもなお「健康」なユダヤ人女性の経験事実を解釈するための根拠と概念を与えたことにある。それゆえ、SOCという概念尺度とユダヤ社会における個人の心理的強度の関係という文化相対主義的な布置も再考される必要が生じた。つまりストレスに対してある特定の文化や社会的コンテキストが癒したり、悪化させたりするという単純な傾向性をもたらずわけではない。それに加えて、ストレスに立ち向かう個人の性質と強度が、環境との相互作用 (interaction) や相乗作用 (synergy) もたらず複雑な過程として立ち現れるということだ。かつてアントノフスキーが生まれ故郷の北米にいた時代により深く親しんだ文化人類学——若い時代に彼はマーガレット・ミードの警咳に触れ多に影響されたと言われていた——とりわけ「文化とパーソナリティ学派」の理論的前提に従えば、SOCの説明原理は、決して普遍的なものではなく、文化による修飾をうけ、個々人の多様な経験を通して多様な意味付けがなされたりしている可能性がある。

この点については、もし私たちが生前のアントノフスキーに問いかけることができたとしたら、彼がそのこと (= 文化相対主義を経由した多様なSOC解釈の可能性) に耳を傾ける可能性は十分に考えられる。SOCは、彼の健康生成論に首尾一貫感覚を与える解釈枠組みであったからだ。だ

が彼は、そのような方向にSOCと健康生成論を進展させることは無かった。晩年の彼は、むしろこれらの理論的枠組みに科学的かつ客観的根拠を求めることに専念しようだ。その典型例がSOCの尺度化にほかならない。

アントノフスキーは、SOCを科学的に根拠づける理論としてハンス・セリエと、ヨハネスブルグ出身の疫学者ジョン・キャッセル (John Cassel, MD, 1921-1976) の研究をあげている。他方、アントノフスキーが自分の学生が質的インタビューを行うさいに注目させたのは——1972年以降、彼はベングリオン大学医学校で医学生に医療社会学を教えていた——エリック・ジョン・キャッセルの提唱になるストーリー概念である (Cassel 1978=1991)。すなわち患者が抱えている「病氣」には、患者の個人的「ストーリー」が重要な影を落としている。患者の病氣に、治療者が向き合うには、患者が抱える「ストーリー」を知る必要があるという。ただしエリック・キャッセルの「ストーリー」概念は、後の患者自身のナラティブを重視し、それを患者の理解や治療行為に役立てていこうとする今日の「ナラティブ研究」とは、それほど大きな接点をもたない (e.g. Greenhalgh and Hurwitz 1998; Charon 2006)。ストーリー概念に着目することの重要性について次のようなキャッセル自身のエピソードをアントノフスキーは披露する。

「彼 (= キャッセル、引用者) は、進行した重い膝の病気で入院した高齢の患者について述べている、症状の見立て、診断の仮説と確証ののち、直ちに治療入院となり、その後退院したが——すぐさま再入院となった。医学生から偶然聞き知ったのだが、この老人は1年前に妻を亡くし、友人も親戚もないこの知らない町へ引越してきて、収入も少なくエレベータのない4階に住んでいた。膝の症状は相当に重症だった。これがこのとき入院することになった事情であった。今回は、栄養不良、肺炎、うつ病、あるいは自殺企図でも入院したであろう」と (Antonovsky 1988: 5=

2001 : 8)。

このようにストーリーとは、患者の表面的な物語ではなく「深層」ともいえる患者の生活に触れる「重い経験」の共有をも意味している。それは患者へのインタビューを転写するだけではたらない、当事者の人生への深い共感（＝ラポール）を要求する。次のエピソードを参照してみよう。

【エピソード】

「1982年11月に、私はイスラエルで学年の若い医学生にインタビューの仕方を教えていた。生後3週の新児を連れて健やか赤ちゃんクリニックに来た26歳の母親（＝ミセスR、引用者）にインタビューをしたときのこと、彼女はインタビューに不承不承応じていた。もうひとり1歳2カ月になる女兒がついて来ていた。看護婦には、彼女の気がすまないわけは理解できるものであったという。連れてきた2人の子どものほかに4人の子どもの上にいて、家で待っていたからであった。彼女は、異常のなかった分娩について二言三言話したあと、分娩のさい夫が居合わせたかどうかについての学生の質問に対して黙りこんでしまった。幸いなことに、その学生は、相手に関心があることを言葉ではなく、態度で表現しながら辛抱強く待つ方法を知っていた。その女性は、学生に、ほとんど声にならない言葉で、自分の夫が4カ月ほど前にレバノンでの戦闘で死亡したことを話してくれた。女性と学生とのあいだには信頼関係ができていたので、彼女は話しはじめ、それは1時間近くもつづいた。はじめに明らかになったことは、われわれが予想していたことであった。彼女は、ひどい打撃については思い出せなかったが、防衛省のリハビリテーション部門はすでに、彼女のために、より広いアパートへの引越や、十分な年金、子どもの教育への経済的援助その他を手配していた。診断はなされ、治療は設計されていたのである。[改行]しかし、キャッセルのストーリー概念を学んでいたその学生は、人の人生像を得るように教えられていたので、他

のだれもが知りえなかったことを辛抱強くひき出したのである。ミセスRは子どものとき父親にレイプされた／彼女は、16歳で妊娠し、その男（＝レバノンで戦死した）と結婚するほかになんの選択肢もなく、結局は戦争未亡人になった。彼女は夫からしばしば殴られ、子産みマシーンとして扱われ、生活費はほとんど渡されなかった。夫の死は、彼女に起きたこれまでの出来事のうちで最も幸運なことであった。彼女は、人生のなかで初めて、まっとうな人間存在として生きていける可能性——可能性以上のものではないが——を得たのである。明らかに、彼女は、それを現実へと転換できるほどには強くなかった。経済的問題の解決という施療は、必要ではあったが全く不十分であった。それは、魔法の弾丸（magic bullet）にはなっても、積極的な適応のための十分な基礎にはならなかったのである」（Antonovsky 1988 : 9-10 = 2001 : 13-14）[下線は引用者]。

下線は、インタビューのミセスRにインタビューの医学生が関わる情景に関連するものをハイライトしたものである。教育者のアントノフスキーは、その場に居合わせた可能性があるが、この文章では背景化されている。二重下線の前は両者の相互作用に関する叙述であり、後半はミセスRのストーリー概念、すなわち彼女のライフストーリーの「深層」が明らかにされると同時に、分析論評されている。

さて、この論考では、アントノフスキー理論とユダヤ思想について考えることも当初企図していた。そのため、アントノフスキーの前掲書（1987年）に引用された、ユダヤ人のインタビューに答えた事例の中から、宗教に関する「発語」を3点抽出してみよう。前二者はSOCが強い人で、最後のひとつはSOCが弱い人だとアントノフスキー自身によって評価されている。

【信仰についての語り : 01】

「どうやって人生のあらゆる困難を乗り越えて

きたかですって？ それはもう忍耐ですよ。神との契約を信じなくてははいけません。ブルガリアで覚えた言葉ですよ……神様でなくてもいい、別の力でもいいけれども、信仰をもたなくてははいけません。信仰がなくては、たくさんの出来事に耐えてなお生きていくことはできませんよ」男性 90 歳、2 人の子供をもつ既婚者、退職者、経済的困窮：(Antonovsky 1988：68=2001：82)——SOC が強い人。

【信仰についての語り：02】

「私は怒らず、いつでも笑い、歌っています。[シオニズム [ユダヤ人国家建設運動] とイスラエルについて学んだこと、それらを夢見たことについて話した後] とうとうイスラエルにやってきたとき、物事は私が予想していたとおりで、何が起きているのかを理解できました。……/……私は信仰深いけれども、ラビ [ユダヤ教の宗教的指導者] ではありません。……私はユダヤ教、その聖伝 [神からモーゼに授けられ口伝された不文律] を愛しています。だから楽天的でいられるんです。真の楽天主義ですね。私はいつも物事がよいほうに向かうと言っています。……けっして失望しません。……文句を言いたくなるようなことは何もあります。すべては意志の問題です」男性 42 歳、離婚経験者、電話交換手、3 歳の時に失明 (Antonovsky 1988：70=2001：84-85)——SOC が強い人。

【信仰についての語り：03】

「私は運命というものを信じています。でも、いったいだれが運命をあやつっているのかわかりません。だって私はもう神を信じていないんです」女性、50 歳、2 人の子供をもつ未亡人、主婦、3 年前に夫が死亡：(Antonovsky 1988：72=2001：82)——SOC が弱い人。

以上の 3 つのケースは、アントノフスキーの理論と宗教 [ユダヤ思想] の関係を論じるためにデータから恣意的に私が抽出していることに留意してほしい。すなわち、引用者 (= 私) の主眼は、

この両者 (= 理論と宗教) の関係について因果的ないしは必然的結びつきを求めるものではない。しかし、総じて、SOC が強い人には宗教のテーマがしばしば見られ、それを比較的ポジティブに受け入れようとするのに、SOC の弱い人のインタビューには宗教のテーマがほとんどなく、仮にあるとしても不信心を表明するものだった。これはこの論考の 5. で指摘するように、アントノフスキーの着眼点が、つねに健康を生成する SOC を個人のポテンシャルとして考え、外部の環境を構成する宗教や集団のエートス——仮にユダヤ思想と銘打っておこう——そのものに帰する発想がなかったことを図らずも示している。

4. アントノフスキー理論における循環論法

アントノフスキーは、健康達成ないしは回復には、(1) 健康を生み出す社会 = 身体的メカニズムと、個々人の主体のなかに (2) 首尾一貫感覚 (Sense of Coherence, SOC) が不可欠であるとした。前者は、サルートジェネシス (サリュートジェネシス) すなわち健康の生成論という考え方で、健康を維持できる個人と社会がおかれている状況のなかに健康を支配する要因すなわち衛生的要因 (sanitary factors) があり、それらがうまく働くことが重要であるとした。これはジョージ・エンゲル (George Engel, M.D., 1913-1999) が指摘した生物心理社会モデル (biopsychosocial model) という発想に近いものである (Engel 1977)。また後者は、健康を増強するような強さは主体がもつさまざまな身体的社会的要素の結合力 (ないしは首尾一貫性) が十全であることを示したものであり、尺度化可能なものであり、彼とその共同研究者たちは SOC を質問紙法により尺度化することに「成功」したと評価されている。つまり、その当事者の生物心理社会的な良好性は、SOC の尺度を向上させる。SOC は、先に述べたように GRRs という SOC を生み出す資源——具体的には個々のストレスに「抵抗」

すると同時に首尾一貫した感覚をもたらすもの——によって支えられている。GRRsという資源はどこから由来するかというと、生物心理社会的なメカニズムに由来する。そのようなメカニズムを良好に機能させるためにはSOC（という感覚）が不可欠である。では、そのSOCはどこから来るのかと問えば、GRRsという資源に…という風に、それらの因果率はどうどうめぐりする、つまり循環論となっているのである。

【GRRsとSOCとウェルビーイングの関係に関する説明：01】

「もしある人が知性に恵まれたり経済力や明確な自我アイデンティティがあったり、安定した、調和のとれた文化のなかで生活しているのであれば、つまり、そうしたGRRsがあれば、強いSOCやしたがって健康の出現に影響するだけではなく、ウェルビーイングの他の領域にも影響するだろうという点である。したがって、私は、SOCとウェルビーイングの多くの側面とのあいだには、全体として、SOCを強める人生経験をつくりだすGRRsがウェルビーイングをも直接に増進することによって生ずる正の相関関係が認められると考えている。もしある人が財政状況に関して幸福を感じているのであれば、それはSOCが強いからではなく、満足のいく収入を得ているからである」（Antonovsky 1988：181=2001：210）。

【GRRsとSOCとウェルビーイングの関係：02】

「私がSOCとウェルビーイングのあいだには、直接の因果関係ではないにせよ、正の相関関係があると予測することが妥当であると考えるのは、次の2つの理由からである。第1に、SOCが実際よい健康状態を生成する力を持ち、健康状態が人々のウェルビーイングの包括的な評価にプラスに作用するならば、間接的ではあるが、SOCとウェルビーイングのあいだには関連性があるということになる。第2に、SOCを強めるGRRsの多

くはまた、直接にウェルビーイングに関連している。しかし、思うに、もっと直接的な因果関係を明らかにするためには、ウェルビーイング概念を2つの異なるレベルの抽象概念へと洗練化して詳述する必要がある。一方は、幸福、人生満足、モラル、肯定的および否定的感情のようなより包括的なものと、他方は、自分の機能状態(functioning)についてどのように感じているかというものとに区別できる。前者は客観的な状況に備わっている潜在力と強く関連しているが、後者は、前者よりもはるかに強くSOCとの直接的な関連性を示すであろう（Antonovsky 1988：181=2001：211）。

下線の説明からわかることであるが、GRRsとその個人や集団のウェルビーイングに、何らかの媒介物がかかわっていることを示唆するものであるが、依然として循環論法の形式を抜け出していない。この場合、SOCとGRRsのあいだに相関があり、GRRsがウェルビーイングを生み出したものの、それはSOCとは直接関係ないと、アントノフスキーは主張しているが、どう考えても明解な説明とは言えない。また二重下線からは、SOCは個人の主観的態度により深く関わるものであると考えており、個人がもつ内的ポテンシャルというものがSOCの基調にあり、外部の環境としての文化的価値構造には依然としてSOCを強化/減弱する補助的な要因であると彼が考えていることがよくわかる。

5. アントノフスキー理論の意義

SOCをエンハンスするには、SOC概念の理論的含意にもとづき、(a) 当事者個人（ならびに集団）への介入、と (b) 当事者がおかれた文脈や環境を改変して当事者のもつSOCの伸展を助長することが必要である。それゆえに、SOCは〈個人のポテンシャル〉のみならず、個人がおかれた文脈（＝「現場」）にいかにかに適合的に行為実践

するか、そして、その文脈（＝「現場」）がもつ〈場所のポテンシャル〉という2つの能力について、筆者が提案した「現場力」の概念にとっても類似すると思われる（池田 2013：Online）。ただし、私が前章末で述べたように、アントノフスキーは外部環境がSOCに与える影響はあくまでも補助的な要因としてのみ考えているようだ。この論考は、SOCを個人の能力（ポテンシャル）として主題化することが、その尺度化に向かった彼の概念構成を批判することにもあるので、彼が十分に考察しなかった外部環境要因の重要性を、今度は私たち自身が発掘することについて考えてみよう。

まず、SOCをエンハンス当事者個人（ならびに集団）への介入の可能性について考えてみる。Vansteenkiste and Scheldon (2006)によると、その当事者への介入には、すくなくとも2つある。「自己—決定理論（self-determination theory, SDT）」と呼ばれる「治療的变化への動機付け法（motivating therapeutic change）」と「動機付けをうながすインタビュー法（motivational interviewing, MI）」である。前者は、個人の自律を促進させる方法で、教育、ビジネス、スポーツ、失業対策、そして育児などで使われる。他方、後者は言うまでもなくさまざまな手段を通して「治療的」に介入する方法で、依存症、ダイエット、エクササイズ、高血圧・糖尿病・摂食障害の治療で利用されてきたが、断煙やHIVリスク行動などへの介入にはそれほど効果があがっていない（Vansteenkiste and Scheldon 2006：64）。ここから類推するに、当事者へのSOCの伸展を目論む介入にも、その方法論としては、SDTとMIの両方のアプローチが考えられる。

しかし、SOC理論の価値が強調されようとも、SOCの理論的含意を患者当事者に理解してもらうためには、MI的介入がなされようとも、その本人におけるSOCが「持続可能」になるためには、最終的にSDT的なもの——自己訓育的ループと判断される——が、当事者の内面で起こる可

能性がある。しかしながら、あらゆる文化の時代的変遷とそれらの多様性を超えて、SOCというものが、どのような社会の時空間においても可能なものであるかは十分に説明されておらず、このメカニズムと解釈は、いまいちど検討される余地があるだろう。そこでは理論家と応用実践家との間の性向や性癖を超えたより頻繁な「対話」が必要になるとと思われるのだ。

我々は、アントノフスキー理論の人間観に立ち戻って、人は人生におけるさまざまな社会的制約や与えられた環境条件のもとで「適応」してゆくために、自らもつ生理学的かつ心理的ポテンシャルを動員してより高いSOCを維持していかなければならない。SOCに寄与する（＝positiveなGRRsを供給する）環境を選択し、またSOCを減じる（＝negativeなGRRsを供給する）環境を回避するためには、ほかならぬ当事者とそれに関わる関与者たち（legitimate others）が、自律的に動かね（＝行為しなければ）ならない——このような価値判断はSOCを当事者個人（＝主体）の中にある静態的なポテンシャルであるよりも、主体が関わる環境との相互作用の中で文字通り「生成する」動態的なポテンシャルとして我々が再定義しなければならないことを要請する。この価値判断の中では、高いSOCを維持することが「よりよい人生を創り出す」ことにつながる。SOCは、その意味でSalutogenesisをおこすための実践倫理原則を構成する。この実践倫理原則とは、山崎喜比古が指摘したように「世界のヒューマンサービス分野に人間のポジティブな面に目を向けてそれを伸ばすことに力を注ぐという新しいパラダイム」なのである（山崎 2008：53）。

カント（1785）によると、実践理性の優位性に合理的根拠を与えることは不可能であるが、道徳生活のさまざまな必要によりその真理性が求められ、前提とされている命題に、理性が服従しなければならない。「～すべきである（Sollen）」[当為、べし]ということが無意味でない限り、我々はなすべきことをなすことができる。そのよう

な法則にあわせて、自分の意志を決定していることは、カントによると、自由 (*die Freiheit*) の状態にあり、それゆえ、自由はあらゆる理性的存在者の意志の特性たる前提になる (Kant 1785=2005; Gilson 1937: 234-235=1976: 279)。したがって、この図式=スキームに従うとSOCの強度は、その人の自由度と責任性 (=価値判断に基づいて遂行すること) に関連づけられることになる。アントノフスキーがもしこのことに気づいていたならば、SOCが高い人が、なぜ健やかな心身状態 (=健康) でいられることと、彼/彼女らの生活実践との関わりについて興味を湧いたであろうし、また医学生への教育を通して患者になる前の人びとの生活経験の中にある自由と責任性の問題にもその鋭い考察を向けることができたのではないかと私は思う。

6. 結論：健康生成論から我々は何を学ぶか

アントノフスキー理論とユダヤ思想については、ほとんど考察できなかったが、先にア・プリオリの命題に関する強い信念、とりわけミツヴォットと呼ばれる「善き業」の哲学との関連性を示唆した。SOCがもつ、統一感への期待や信頼は、ユダヤの律法 (=超越論的なもの) への「服従」や、そのことを通した「安心感」に通ずるものがあると思うが、これは今後の課題としたい。

SOCは「社会学的・文化人類学的な概念」であるという指摘 (山崎 2008: 49, 53) を汲み、どのように発展させることができるだろうか。そして、その鍵はSOC理論の応用という面につよく表れるように私は考える。SOC理論は、もともと過去に苛烈なストレス条件におかれても3割の比率の人は心身の健全な状態に保たれているというアントノフスキーの「驚き」から導きだされた理論である。それが高いSOCの維持との「因果」関係が示唆されて、その次に測定尺度としての定量化記述法が考案されて、やがて時系列内におけるSOCの変化についての関心も

ちあがり、最後にはSOCそのものを高く維持するための方策が模索されるようになった。私に言わせれば、SOC理論の栄光とは「人間がもつ Salutogenic creativity」の発見であり、SOC理論の躓きとは測定尺度化とその道具化にほかならない。後者の躓きは、SOC研究者に学術論文の作成能力 (Academic creativity) を授け、商売道具 (tool of the trade) を提供するという副産物をもたらした——ただしそれも現在ではトラウマ後成長インベントリー (PTGI) に地歩を譲った。

SOC理論は、人間にとってのトラウマというものは、それがいかに過酷なものであれ、Salutogenic creativityをもつという逆説を示唆するという点で、それでもなお、21世紀の健康観に多いなる豊かさをもたらすだろう。かつてフレデリック・ダンヤルネ・デュボスがWHOの健康の定義に対して「静態的で一元的かつ絶対的でありそしてユートピア的」だと不満をもたらしたことに対する、そこから70年後の現在の健康科学者が呈示する代替案になりうる可能性をもつ (池田 2001: 94)。その可能性とは、人間の健康とは、ダイナミックで多元的かつ相対的でありそしてより現実的——あくまでもこの地上で実現されるべき——なものだ。全世界的にみて健康権に対する人びとの意識高揚は、保健科学者は、健康というものが無意味でない限り、そのよい健康と「なすべき (*Sollen*)」ことに対して、我々はなすことができる、という啓蒙の光がようやく見えてきたことをなす。そのような法則にあわせて、自分の意志を決定することは、我々が自由で理性的存在であることを保証するというカントの定言とも矛盾しない。それゆえ私は「ポストモダンの健康概念」 (Frank 1991: 210) なるものが登場し、その様態について考察することに必要性がありそうだとはいえない。

それよりも、1978年のアルマアタ宣言にみられる健康になる権利とその実現は人びと自身の自己決定の問題であるという政策提言と、1986年のオタワ憲章にみられるヘルスプロモーションへ

の具体的戦略に早速着手すべきだという健全な＝善き切迫感が高らかに宣言されたのにもかかわらず、市井の人たちの生物医学 (biomedicine) に対する「健康要求」は、1978年以前の状態に留まっている——これは端的に言って社会医学 (social medicine) が生物医学に敗北し続けていることを示唆するのだが——という私の「驚き (θαυμάζειν)」である。この驚きは、過酷な状況を耐えてもおお「健全」でいる人たちへのアントノフスキーのとても肯定的な「驚き」とは対極にあるものだ。SOCのエンハンスメントが、はたしてそのような飢餓感を満たしてくれるのかどうかは未だ不明であるが、私たちはそれに挑戦し続ける価値はあると思う。SOCが「高い／低い／そうでない」と目された人たちとの「対話」を通して、保健科学者は健康研究の質的転回 (qualitative turn) にむかって模索する時が到来したのである。

謝辞

この論考の初期的骨子は、第41回保健医療社会学会 (首都大学東京、2015年5月17日) で「アントノフスキー理論の医療社会学」で口頭発表したものです。立教大学社会学部の下木康仁先生からのコメントは的確で本稿の改善に役立てることができました。また是永論先生には私が関わった2015年度社会学特別講座1の開講に関してお世話になり、本誌への投稿のきっかけを作ってくださいました。新潟県立看護大学の徐淑子先生には、本稿の草稿に対して詳細なコメントと激励をいただき、このことにより共同研究の可能性も広がってきました。立教大学社会学研究科の院生、とりわけ齋藤公子さんと上野彩さんには、上記授業セミナーにおいてこの原稿の内容を含むさまざまな医療社会学のアイデアを交換することができて役立てることができました。以上の方々

に記して謝意を表します。

文献

- Antonovsky, Aaron, 1979, *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, Aaron, 1987, *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. (=2001, 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』有信堂高文社.)
- Calhoun, Lawrence G., and Richard G. Tedeschi, eds., 2006, *Handbook of posttraumatic growth: research and practice*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates. (=2014, 宅香葉子・清水研監訳『心的外傷後成長ハンドブック：耐え難い体験が人の心にもたらすもの』医学書院.)
- Cassell, Eric J., 1978, *The healer's art: a new approach to the doctor-patient relationship*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books. (=1991, 土居健郎・大橋秀夫訳『癒し人のわざ：医療の新しいあり方を求めて』新曜社.)
- Charon, Rita, 2006, *Narrative Medicine: honoring the stories of illness*. Oxford: Oxford University Press. (=2011, 斎藤清二ほか訳『ナラティブ・メディシン：物語能力が医療を変える』医学書院.)
- Datan, Nancy, Aaron Antonovsky, Benjamin Maoz, 1981, *A time to reap: the middle age of women in five Israeli subcultures*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Engel, George, 1977, The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine, *Science*, New Series, Vol. 196, No. 4286 (Apr. 8, 1977), Pp.129-136.
- Frank, Arthur W., 1991, From sick role to health role: Deconstructing Parsons. In *Talcott Parsons: Theorist of Modernity*. Robertson, Roland and Bryan S. Turner eds., Pp.205-216, London: Sage.
- Gilson, Etienne. 1937, *The unity of philosophical experience*. New York: C. Scribner's sons. (=1976, 三嶋唯義訳『理性の思想史：哲学的経験の一体性』行路社.)

- Greenhalgh, Trisha and Brian Hurwitz (eds.) 1998, *Narrative Based Medicine: Dialogue and discourse in clinical practice*. London: BMJ. (=2001, 斎藤清二・山本和利・岸本寛史監訳『ナラティブ・ペイスト・メディスン：臨床における物語りと対話』金剛出版.)
- Heschel, Abraham Joshua, 1955, *God in search of man: a philosophy of Judaism*. New York: The Jewish publication Society of America. (=1998, 森泉弘次訳『人間を探し求める神：ユダヤ教の哲学』教文館.)
- 池田光穂, 2001, 『実践の医療人類学：中央アメリカ・ヘルスケアシステムにおける医療の地政学的展開』世界思想社.
- 池田光穂, 2013, 「現場力 (Genba-ryoku, empowerment faculty and sensibility in practice)」(2015年12月1日取得, <http://www.cscd.osaka-u.ac.jp/user/rosaldo/060518genba.html>)
- Kant, Immanuel. 1785. *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. (2015年12月1日取得, <http://gutenberg.spiegel.de/buch/grundlegung-zur-methaphysik-der-sitten-3510/1>) (=2005, 「人倫の形而上学の基礎づけ」野田又夫訳『プロレゴメナ, 人倫の形而上学の基礎づけ』土岐邦夫ほか訳, Pp.225-363, 中央公論新社.)
- Moore, G. E. 1903 [1988]. *Principia Ethica*. Buffalo, NY: Prometheus Books. (=2010, 泉谷周三郎・寺中平治・星野勉訳『倫理学原理』三和書房.)
- Putnam, Hilary. 2008. *Jewish philosophy as a guide to life: Rosenzweig, Buber, Levinas, Wittgenstein*. Bloomington: Indiana University Press. (=2013, 佐藤貴史訳『導きとしてのユダヤ哲学』法政大学出版局.)
- Vansteenkiste, Maarten and Kennon M. Sheldon, 2006, There's nothing more practical than good theory: Integrating motivational interviewing and self-determination theory. *British Journal of Clinical Psychology* 45: 63-82.
- 山崎喜比古, 2008, 「ストレス対処能力概念SOCの保健医療社会学的含著とチャレンジ」『保健医療社会学論集』19 (2) : 43-55.