

## 新しい健康概念

松田 純

### まえがき

世界保健機関（WHO）は、健康を「単に疾患がないとか虚弱でない状態ではなく、身体的・心理的・社会的に完全に良い状態(a state of complete physical, mental and social well-being)」と定義している。健康のこの公式の定義は、WHOを設立する際に、1946年に国連が採択した世界保健機関憲章（1948年発効）の冒頭にある。当時は広範で野心的な健康定義として歓迎されたが、その後、さまざまな批判がなされた。改正の動きもあったが失敗し、結果的に、80年近くなるいまも変わっていない<sup>1</sup>。

この定義は、病気→治療→完治という構図を基本モデルとしている。近現代の医学がさまざまな感染症を次々と克服してきた時代には、まだこれでもよかった。しかし、超高齢社会を迎える、病気の性格も変わってきた現在、この定義では、これから医療・介護、それを支える地域包括ケアなどを展望できない<sup>2</sup>。

一例を示そう。WHOは2011年に「障害に関する世界報告書」*World Report on Disability*<sup>3</sup>という分厚い報告書をまとめた。この報告書は世界の380名以上の専門家の協力をえて作成された史上初の世界規模のデータを含む。障害のある人々の生活を改善し、国連障害者権利条約（2008年5月発効）の実施を促進する政策やプログラムの根拠、そのための重要な資料とし活用されている。その第3章は「総合診療 General health care」である。その冒頭に「健康とは“身体的・心理的・社会的に良い状態 a state of physical, mental, and social well-being”と定義することができる」とあり、その引用注はWHOの憲章を指示している。しかし、憲章の健康定義は、「身体的・心理的・社会的に完全に良い状態 a state of **complete** physical, mental and social well-being」ではなかったのか？ WHOは不注意から、みずからの憲章を不正確に引用してしまったのであろうか。おそらくそうではないであろう。WHOはみずからの憲章を正確に引用できることをわかっている。なぜなら、

「身体的・心理的・社会的に完全に良い状態」を障害に対する医療の目標に設定したならば、障害に対する保健政策の戦略を語れなくなるからである。例えばリハビリテーション医学では、疾患や障害の完全な改善を望めない場合でも、日常生活をなんとかやりくりしていくける状態や、生活や仕事に必要な特定の動作や作業ができる状態など、それぞれの人と事情に応じた状態が目標となる。重い障害のある人に対して、「完全な健康」を目指してリハビリテーションを行うことはできない。根治が不可能な障害を持つ人に対して、「完全に良い状態」を目標に掲げて医療を施すことはできないのである。

WHOの当時の事務局長、マーガレット・チャン（Margaret Chan）は『障害に関する世界報告書』の発表記念セレモニー（2011年6月9日）で、こうスピーチした。

障害は人生の一部です。私たちのほぼ全員が、人生のある時点では、永続的にあるいは一時的に、障害を負うようになるでしょう。障害のある人々を差別し、多くの場合、

<sup>1</sup> 改正の動きと挫折については、臼田寛・玉城英彦・河野公一「WHOの健康定義制定過程と健康概念の変遷について」日本公衛誌第51巻第10号、2004年に詳しい。

<sup>2</sup> 松田純、なぜいま地域包括ケアか——病院医療の歴史的転換、2020年、<https://life-matsujun.jp/>

<sup>3</sup> ここからダウンロードできる。<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability>

社会の片隅に追いやつてしまう障壁を打ち破るために、さらに努力していかなければなりません。

「一時的な」障害は克服を期待できても、「永続的な」障害とは一生つき合っていかなければならぬ。「完全に良い状態」を目標にすることはできないし、無理に目標にしたら、さまざまな弊害が生じうるであろう。「完全に」という言葉を入れたことによって、WHOの健康定義は使い物にならないものとなっている。「障害に関する世界報告書」のなかで、みずから健康定義をゆがめて（あるいはごまかして）引用せざるをえないのは、この健康定義が使い物にならないことをWHO自身が自覚しているからだ。

「完全な良好な状態」というWHOの健康定義は、完全な自立を表す自律状態であり、ケアや介護を必要としない状態でもある。WHOの健康定義と自己決定至上主義とは符合している。ところが、いま医学の主要な対象は治りにくい慢性疾患や難病、加齢に伴うさまざまな機能低下や認知障害等々である。近現代医学がさまざまな感染症に対して次々と勝利をおさめた時代が終わり、医学の主要な対象が、治癒が困難な疾病となったこんにち、WHOの健康定義はますます有害なものになってきている。

オランダの女性医師マフトルド・ヒューバー(Machteld Huber, 1951-)らの国際研究チームは、「高齢化や疾病傾向が変化している現代において、WHOの定義は望ましくない結果を生む」として、新たな健康概念を探求してきた。彼女らは「健康は状態なのだろうか、能力なのだろうか——健康の動的コンセプト」という国際学会を開催し、その成果を *How should we define health? 「われわれはどのように健康を定義すべきか?」* という論文にまとめ、2011年に *BMJ* (英国医学雑誌) に発表した<sup>4</sup>。その中で、社会的・身体

的・感情的問題<sup>チャレンジ</sup>に直面したときに、困難な状況に適応し、対処する能力という新しい健康概念を提起した。健康を「完全に良好な状態」という理想的な静止状態として捉えるのではなく、疾患によってさまざまな問題をかかえていても、それに対処し乗り越えていく「立ち直り、復元力(resilience)」として捉えている。つまり、疾患があっても、さまざまな薬や補装具や医療機器、医療や介護の力などを支えにして、症状をやわらげ(緩和)，気落ちすることなく人生を前向きに歩いて行けること、その力こそを「健康」として捉えている。このように「適応力」として動的に捉えられた「健康」概念は、慢性疾患や難病、高齢者のケア、緩和ケア、人生の最終段階の医療などの捉え直しを迫り、医療や保健政策の方向性を変える力がある。

そもそも「完全な」健康状態というのは考えにくい。健康と病気との間には広い中間地帯がある。中世までの西洋医学は<健康でも病気でもない中間地帯>をはっきりと見据えていたが、近代医学によってこの中間地帯が排除されたのである<sup>5</sup>。

<sup>4</sup> BMJの許可を得て松田純が翻訳。「われわれはどのように健康を定義すべきか?」、『厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業「希少性難治性疾患—神経・筋難病疾患の進行抑制治療効果を得るための新たな医療機器、生体電位等で随意コントロールされた下肢装着型補助ロボット(HAL-HN01)に関する医師主導治験の実施研究』平成25年度総括・分担研究報告書』中島孝編、2014年。この論文の翻訳およびこの要約作成では、中島孝先生(独立行政法人国立病院機構新潟病院・病院長)に大変お世話になった。厚く御礼申し上げます。

<sup>5</sup> シッパーゲス『中世の医学——治療と養生の文化史』大橋博司訳、人文書院、1988年

(要約) マフトルド・ヒューバー他, われわれはどのように健康を定義すべきか?

Machteld Huber et al., How should we define health? BMJ 2011, 343

(4163):235-237

(要約 松田 純)

(引用部分は、訳注をのぞく脚注も含めてゴチックで示す)

[要旨] 健康が完全に良い状態(Well-being)であるとするWHOの定義は、慢性疾患が増加する現代ではふさわしくない。マフトルド・ヒューバー(Machteld Huber)らは、健康を「完全に良い状態」とするWHOの定義から脱却し、「社会的・身体的・感情的問題<sup>チャレンジ</sup>に直面したときに適応し自ら主導し管理する能力」という健康観へと転換することを提案する。

現在のWHOによる健康の定義は1948年に定められたもので、健康を「単に疾患がないとか虚弱でない状態ではなく、身体的・心理的・社会的に完全に良い状態である」<sup>6</sup>と表現している。「健康は疾患がない状態である」という消極的な概念を打ち破り、身体的・心理的・社会的な領域をも含めている。当時、この定義は大きな広がりを持った野心的なものであったため、独創的なものと見なされた。また、この定義はその後たえず批判されてきたが、一度も改定されることがなかった<sup>7</sup>。しかし、昨今は批判がさらに強まっており<sup>8</sup>、高齢化や疾患傾向が変化している現代において、本定義は望ましくない結果を生む可能性すらある。本稿はWHOの「健康」定義の限界をまとめた上で、オランダで開催された保健医療専門家の国際会議<sup>9</sup>において策定されたもっと有効な提案を示す。

## 1 WHOの健康定義の限界

WHOの定義に対する批判の多くは、「完全な complete」という言葉の絶対性に関するものである。

第1の問題は、この「完全な」という言葉が、意図せずして、社会の医療化<sup>10</sup>を助長していく点である。完全なる健康を求めた場合、「われわれの大多数が多くの時を不健康でいることになる」<sup>11</sup>。

第2の問題は、人口構造と疾患の特性が、健康の定義がなされた1948年当時から大幅に変化している点である。1948年頃は急性疾患が主な病気であり、慢性疾患は早期の死亡をもたらしていた。その時代では、WHOの定義は意味のある展開を示していた。その後、栄養面や衛生面の改善等の保健対策や、より強力な治療介入が進んだことにより、疾患パ

<sup>6</sup> WHO. Constitution of the World Health Organization. 2006. [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)

<sup>7</sup> 注1参照。

<sup>8</sup> What is health? The ability to adapt [editorial]. Lancet 2009;373:781. Jadad AR, O'Grady L. How should health be defined. BMJ 2008;337:a2900. Smith R. The end of disease and the beginning of health. BMJ Group Blogs 2008. <http://blogs.bmjjournals.com/bmjj/2008/07/08/richard-smith-the-end-of-disease-and-the-beginning-of-health/>. Larson JS. The conceptualization of health. Med Care Res Rev 1999;56:123-36. Health Council of the Netherlands. Publication A10/04. [www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/bijlage%20A1004\\_1.pdf](http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/bijlage%20A1004_1.pdf).

<sup>9</sup> Health Council of the Netherlands. Publication A10/04. [www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/bijlage%20A1004\\_1.pdf](http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/bijlage%20A1004_1.pdf).

<sup>10</sup> 訳注：医療化(medicalization)とは、それまでは医療的な領域外にあった事柄が医療的な現象として再定義され、医療に組み込まれることを言う。

<sup>11</sup> Smith R., ibid.

ターンは変化した。慢性疾患を抱えたまま生存する人が増えている<sup>12</sup>。

慢性疾患をかかえながら高齢化することが一般的になり、慢性疾患への対応が医療保険制度における最大の出費となって、制度の持続可能性を圧迫している。こうした状況では、WHOの定義は慢性疾患者や障害者を病気と決めつけているため、望ましくない結果が生じている。WHOの定義は、人生のなかで絶えず変化する身体的・感情的・社会的課題に自律的に対処する人間の能力や、慢性疾患や障害を持っていながらも満足感や幸福感を抱く人間の能力を抑え込んでしまうことになる。

第3の問題は、定義の操作（運用）性である。WHOは疾病を分類し、健康、障害、機能、QOLといった諸相を記述する複数のシステムを開発してきた。しかしながら、完全な状態なるものを準拠点と定めることにより、健康の定義が「実用的でないものとなっている。なぜなら、「完全」は操作不可能で測定不可能な概念であるからだ」<sup>13</sup>。

## 2 再定式化(reformulation)の必要性

対処能力を高めることは、健康の完全な回復よりも、もっと重要で、より現実的である。復元力(resilience)、すなわち＜問題に対処し、その人の統合性とバランスと健やか感(sense of well-being)を維持したり回復したりする包摶力(capacity)＞に基づいた動的な定式が求められる。「適応し自らを管理する能力(the ability to adapt and to self manage)」という健康観がより適切である。

これは定義(definition)と言うより、新たな定式(formulation)、健康についての概念もしくは概念的枠組み(a concept or conceptual framework)と呼ぶべきものである。

適応し自らを管理する能力という健康の概念を採用する場合、まず健康を身体的、感情的、社会的の3領域において明確にし特徴づける必要がある。以下、この3領域のそれぞれについて説明する。

### 1) 身体的健康

身体的領域では、健康な生命体は「アロスタシス(allostasis 動的適応能)」（環境が変化する中でも生理的恒常性を維持すること）<sup>14</sup>が可能である。身体的ストレスに直面した時、健康な生命体は防御反応を示し、損傷を減少させ、（ストレスに適応した）均衡を維持することができる。もしこの身体的な対処戦略がうまくいかない場合にはダメージが残り、結果として病い(illness)につながる<sup>15</sup>。

### 2) 精神的健康

精神的領域では、アントノフスキイ(Antonovsky)は「首尾一貫性感覚(sense of

<sup>12</sup> 訳注：保健と医療の発展によって人々は簡単に死ななくなり、その結果、一度かかると完全に治癒しない疾病や、加齢に伴う障害を抱えつつ、長生きするという状態や、ゆっくり進行する慢性疾患。これがこんにち一般化した。そのため、例えば病気や障害を抱えて生きる高齢者に対して、治療医学は限定的な役割しか果たせなくなった。猪飼周平『病院の世紀の理論』有斐閣、2010年参照。

<sup>13</sup> Jadad AR, O'Grady L., ibid., Smith R., ibid. 訳注：健康を「完全に良い状態 a state of complete...」としたことにより、WHOの健康定義は使い物にならない定義となっている。1-2頁参照。

<sup>14</sup> Schulkin J., *Allotaxis, homeostasis, and the costs of physiological adaptation*. Cambridge University Press, 2004.

<sup>15</sup> McEwen BS. Interacting mediators of allostasis and allostatic load: towards an understanding of resilience in aging. *Metabolism* 2003;52(suppl 2):10-6.

coherence: SOC)」を、強い心理的ストレスに対処し、そこから回復させ、心的外傷後ストレス障害(PTSD)を防ぐことに寄与する一要因であるとした<sup>16</sup>。SOCは困難な状況の中で把握可能感(comprehensibility)、処理可能感(manageability)、有意味感(meaningfulness)を高める主体的能力から構成されている。自己を変化させ自らを管理する能力を高めることが、主観的な満足(wellbeing)を改善し、心と身体の良い相互作用につながる。

### 3) 社会的健康

人間の潜在能力を発揮し責任を果たす力、病気があってもある程度自立して自らの生活をコントロールする力、労働等の社会的活動に参画する能力など、社会的領域には健康的いくつかの特徴がある。この領域での健康は機会と制約の動的バランスであって、それは一生を通じて変化し、社会や取り巻く環境の課題といった外的な諸条件に影響されるものとみなされる。病い(illness)にうまく適応することによって、労働し、あるいは社会的活動に参画し、制約されながらも健康であると感じることができる。

慢性疾患患者は、病気への対処法を学んで生活をより良く管理することを学ぶと、健康状態についての自己評価を高め、苦痛と疲労の度合いが減り、活力が向上し、社会活動の中で障害や制約を感じることが減少し、その結果、医療費も減少した。このことをスタンフォード大学の研究チームが報告している<sup>17</sup>。

もし対処法をうまく習得することができたなら、(加齢に伴う)機能低下は生活の質(the perceived quality of life)の満足度をけっして強く低下させるものではなくなる<sup>18</sup>。

<sup>16</sup> Antonovsky A. *Health, stress and coping*. Jossey-Bass, 1979. Antonovsky A. The sense of coherence as a determinant of health. In: Matarazzo J, ed. *Behavioural health: a handbook of health enhancement and disease prevention*. John Wiley, 1984:114-29. 訳注：ここであげられている文献ではないが、「首尾一貫性感覚(SOC)」については、アーロン・アントノフスキ『健康の謎を解く—ストレス対処と健康保持のメカニズム』山崎喜比吉・吉井清子監訳、有信堂高文社、2001年に詳しい。

<sup>17</sup> Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown BW, Bandura A, Ritter P, et al. Evidence suggesting that a chronic disease self management program can improve health status while reducing utilization and costs: a randomized trial. *Med Care* 1999;37:5-14. Lorig KR, Ritter PL, Gonzalez VM. Hispanic chronic disease self management: a randomized community-based outcome trial. *Nurs Res* 2003;52:361-9.

<sup>18</sup> 訳注：the **perceived** quality of lifeとあるように、患者のQOLとは、他者が客観的に捉えるものではなく、患者がいまの自分の状態や生活についてどの程度満足を感じているかを表すものである。WHOも、生活の質(QOL)を、「個人が生活している文化や価値観の文脈の中で、自分の目標、期待、基準、関心事に関連した生活上の位置づけの認識(an individual's perception of their position in life)」と定義している。

QOLを治療方針や医療経済政策に生かすためにQOLを数値化するための健康関連QOL(Health Related Quality of Life)が多数開発されている。しかしこれらの多くは、例えば、身の回りの管理、ふだんの活動などの固定した分野で、それらがうまくいっているか、満足しているかを、例えば5段階などで評価するものである。しかし、このような評価ツールでは、「身体機能の低下=QOLの低下」となり、生活に対する本人の満足度というよりも、外から客観的に測定された「<sup>いのちの</sup>質」になり、優生学的な発想に陥りかねない。例えば自立歩行が困難になっている難病者に対して、自立歩行の程度を自己評価してもらうことは、いまの自分の状態や生活にどの程度満足しているかというQOLを表すものにはならない。そもそも、そのような自己評価を求めるることは倫理的に適切なのかという問題もある。

### 3 健康の測定

健康のこうした一般的な概念(the general concept)は経営や政策に有効であり、医師が患者と日常的にコミュニケーションをはかる際にも役立つ。なぜなら、単に薬で患者の症状を治療するだけでなく、医師が患者に説明し、患者をエンパワメントすること(例えば患者がライフスタイルを変えることによって)に焦点を当てているからである。しかしながら、測定目的や研究、医療的介入などの評価には操作可能な定義(operational definition)が必要である<sup>19</sup>。

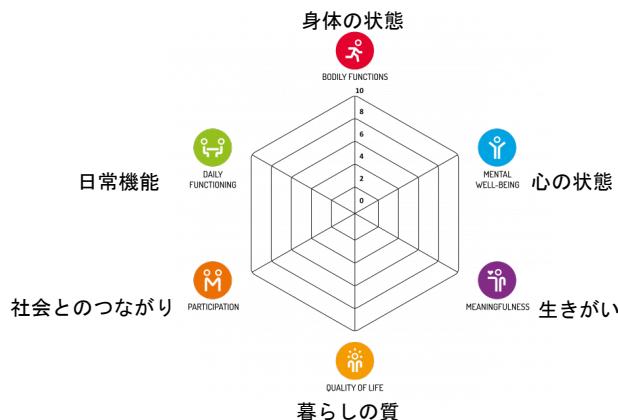
そうした測定は、さまざまな操作ニーズを分類して体系化できる「健康」という枠組みを構成することで、より容易になるであろう。例えば、個々人の健康状態と、さまざまなレベルの人口の健康状態を区別し、健康の客観的指標と主観的指標を区別することによる体系化である。測定ツール、適応し自らを管理する能力としての健康と関連づけられるべきである。最初の良い操作ツールは、機能状態を評価しQOLと健やか感(sense of well-being)を測定するための既存のいろいろな方法を含む。WHOは健康状態の諸段階を測る分類システムをいくつか開発している。これらは障害や機能、QOL、健康状態などを評価するものである。

このあと、新しい健康概念を評価・測定するツールの必要性とその開発例が論述されている。この部分はヒューバーらによるその後の展開を述べた方がわかりやすい。ヒューバーらは新しい健康概念に基づいて、健康を本人の観点から評価し、健康の維持・促進を本人が主導するための評価ツールの開発に取り組んだ。かれらは、6つの次元と、各次元に7項目、合計42の指標を健康の評価項目として提案した(M. Huber et al, Towards a ‘patient-centred’ operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study., *BMJ Open* 2017)。それは、単に疾病がないという消極的な意味での評価ツールではなく、医療者が医学的観点から一方的に患者の健康を評価するツールでもない。さらにかれらは Institute for Positive Health (iPH)を立ち上げ、評価ツールにさらに改良をかさね、現在は次頁の「クモの巣ツール」を用いている。詳しくは、シャボットあかね『オランダ発ポジティヴヘルス—地域包括ケアの未来を拓く』日本評論社、2018年、同『暮らしに広がるポジティヴヘルス—オランダ発・レジリエントな健康のかたち』同社、2023年、長谷川フジ子「病気があっても健康に！オランダ発ポジティヴヘルス」*The journal of JAHMC*, 31 (1), 14–17, 2020を参照。

---

こうした評価ツールとは異なり、本人自身が人生および生活の中で大切と考えている領域を自発的にあげてもらい、その領域の満足度を評価するSEIQOL(シークワール The Schedule for the evaluation of Individual QOL個人の生活の質評価法)と呼ばれる新たな評価ツールがすでに開発され、WHOの評価尺度の一つにも採用されていている。詳しくは中島孝「SEIQOL(The Schedule for the evaluation of Individual Quality of Life)」、下妻晃二郎(監)・能登真一(編)『臨床・研究で活用できる！QOL評価マニュアル』医学書院、2023年、p. 322–331参照

<sup>19</sup> 訳注：



Institute for Positive Health (iPH)のホームページ<https://www.iph.nl/en/>掲載の図に、シャボットあかねさんの訳語を付した。『暮らしに広がるポジティヴヘルスオランダ発・レジリエントな健康のかたち』  
2023年、日本評論社、p.18.

これらの指標項目で、本人自らが自身の健康度を評価し、健康を維持向上せるようモチベーションを高めながら、自己管理していく。こうした運動が「本人中心の」健康という「ポジティヴヘルス」運動である。いまオランダでは、ヒューバーらの新しい健康概念に基づく「ポジティヴヘルス」の運動が盛んになり、国際的な広がりも見せている。

#### 4 結論

環境科学者が地球の健康を、比較的狭い範囲内で安定した環境を維持するための複雑なシステムが持つ能力と表現しているように<sup>20</sup>、われわれも人間の健康を、適応し自らを管理する能力と定式化することを提案する。この提案は、測定可能な一群のダイナミックな特徴とさまざまな次元によって人間の健康を概念化する 21 世紀の斬新な方法の出発点になるだろう。

---

<sup>20</sup> Rockstrom J, Steffen W, Noone K, Persson A, Chapin AS, Lambin EF, et al. A safe operating space for humanity. *Nature* 2009; 461: 472–5.