

「健康」概念はどこにいくのか

関西福祉科学大学心理科学部 教授

島井哲志

私は、健康心理学や公衆衛生に関心をもって研究してきたが、この間に健康という概念には大きな変化があった。ここでは、その変化を振り返り、現在の健康をめぐる課題を提示したい。また、近年取り組んできたポジティブ心理学が「健康」概念の発展としてのウェルビーイングや幸福を充実する方向に連動したものであることも共有してもらいたいと思う。

健康の生物心理社会モデルから

理想的な健康の批判へ

世界保健機関（WHO）憲章の前文に、「健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること（日本WHO協会訳）」と記されている。これは、1947年に採択されたが、修正するべきという意見も少なくなく¹、あとで論じるが、1998年には、健康に「spiritualとdynamic」を加えた改訂案が総会で提案されたことがあった²。しかし、結果的には見送られ、現在も元の定義が正式のものである³。

この定義の特徴は、身体疾患の治療を中心とする生物医学モデルではなく、健康を生物心理社会モデルに基づいて理解する意義を明確にした点にある。日本でも医療の普及・拡大とその経済的・社会的基盤の充実を実現しようと構想していた時期に発表されたことを考えると、その後の方向性を示した意義は大きかったといえる。以後、生物心理社会モデルの立場からは身体的健康を連想しやすい「健康」から「ウェルビーイング」と呼ぶことが好まれるようになってきたのである。

健康を脅かす疾病を生物学的要因だけから考える生物医学モデルから生物心理社会モデルへの変化は、同時に、医療の目標を病気の治療から健康の増進という幅広い活動へ向かわせるものとなった。日本でも国民

皆保険制度が導入され、すべての人が自分自身の健康を実現することを社会的に支援することがめざされた⁴。感染症流行による健康リスクを避けるために感染症を撲滅する予防活動もその一環である。そして、一人一人が十分に健康リスクを理解し予防対策をするための健康教育の必要性も重視された。やや脇道に逸れるが、公認心理師養成課程に「こころの健康教育」という名称の大学院科目があるが、健康教育はそもそも生物心理社会的なウェルビーイングをめざすものなので、「こころ」という言葉に引きずられず、ここで紹介している健康の背景を理解するものであってほしい。

さて、日本では、20世紀の後半には感染症の対策が進み、医学知識や医療制度が発展したことで、疾病構造に大きな変化が生じた。以前なら乳幼児期や20代に感染症や結核により死亡したかもしれない人たちが、健康に高齢になり、感染症以外の疾病に罹患するようになった。この非感染症の多くは、感染症のように短期的で直接的な病因（病原菌やウイルス）が明確では

表1 WHO「健康」概念と関連する主要な出来事と研究活動

年	出来事
1947	WHO 憲章前文に健康の生物心理社会モデルに基づく定義
1961	日本における国民皆保険制度の開始
1973	完全な状態ではなくても健康を実現できるという提案 ¹
1981	日本の死因別死亡の第1位が悪性腫瘍（がん）
1993	「生活の質（QOL）」の書籍出版 ⁵
1994	WHO ライフスキル教育の提案
1996	厚生省が「成人病」を「生活習慣病」と改称
1996	健康定義の第4の領域としての spiritual health の提案（Larson, J., Springer, 38, 181-192.）
1998	WHO 総会で健康の定義に dynamic と spiritual を含める案が先送り
2001	WHO が国際生活機能分類（ICF）を採択
2004	「人格的強み」のハンドブック発刊（Peterson, C., & Seligman, M., <i>Character strengths and virtues: A handbook and classification.</i> ）
2008	特定健康診査・特定保健指導開始
2011	慢性疾患の増加の中で自己管理能力の重視の提案 ²

なく、生活習慣も含めた多くのリスク要因が関わるものである。その結果、人口のかかなりの割合の人たちが、疾病と健康の中間の状態におかれるようになった。

これは、医療技術の発展により、さまざまなリスク状態を重篤な症状が出現する前に見つけることができるようになり、「成人病」が「生活習慣病」と名称変更されて、検査で正常から外れた値が発見されれば、治療の対象とされるようになったことによる。このプロセスの中で、多くの人が半健康な状態なのに、理念としての健康を議論することに意味があるかという疑問が提起されることもあった⁵、また、生活の質（QOL: Quality of Life）の概念も広がった⁶。

ストレングスとエンパワメントの強調

2001年には、国際生活機能分類（ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health）がWHO総会で採択された。ICFは、健康の構成要素を分類したものであり、健康の定義は変えられていないものの、新しい健康観を提案しているといえる。ここでは、半健康な状態にある人も含め、個人の生活機能に焦点が当てられ、それを発揮することで、より良い状態を実現できると考えられているのである⁷。

ICF以前の国際障害分類（ICIDH: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps）は、「疾病の帰結に関する分類」といえるものであった。具体的には、①疾患・変調、②機能・形態障害、③能力障害、④社会的不利と、支援が必要なネガティブな側面を中心に整理されていた。これに対して、ICFでは健康状態を構成するものとして、①心身機能・身体構造、②活動、③参加という生活機能のポジティブな側面が整理されており、それらを支える背景因子として、④個人因子と⑤環境因子があげられている。

ICFは国際疾病分類（ICD: International Classification of Diseases）とあわせてWHO国際分類ファミリー（WHO-FIC: WHO-Family of International Classification）と呼ばれるが、その重要なポイントは、何かの障害をもっている半健康な状態の中でも、その状況に応じて、一人一人が自分のストレングスを活かして、その人にとっての最高のウェルビーイングを実現できると考えてい

るところにある。それは、ウェルビーイング状態の評価において、その人がどう感じているかという主観的経験を重視する方向でもある。

現在のところ、ICFは、まだ導入の途上段階にあるといえるだろうが、疾患や変調に伴って生じる障害について、個人のもつストレングスやポジティブな特性からとらえてアプローチする方向性を明確にしている。ここでは、専門家や支援者の責任は、障害や困難をICDに基づいて把握するだけではなく、その人の日常生活の質を高めるための機能や資源に注目し、そのストレングス発揮を支援することとされる⁸。

この考え方は、社会的不利な状況にある人たちのエンパワメントをめざす活動と対応するものであり、ストレングスと発揮されるパワーに基盤をおく。いろいろな立場から使われ統一的な定義は難しいが、「ポジティブヘルス」という言葉もその方向性を示している^{9,10}。これは、変化する社会環境への適応という意味でのストレス対処研究の成果ともいえる。また、知識を増やすだけではなく、新しい行動の獲得や行動変容をめざす健康教育はその具体的な活動である。

健康教育の展開のひとつとして、学校での健康教育を念頭に提案されたWHOライフスキル教育がある。ライフスキルは、日常生活に生じる問題に対して、効果的でポジティブに対処する能力であり、表2に示したように、①意志決定、②問題解決、③創造的思考、④批判的思考、⑤コミュニケーション、⑥対人関係、⑦自己認知、⑧共感的理解、⑨感情マネジメント、⑩ストレスマネジメントという各スキルがあげられている¹¹。これを見ると、表2にあるICFは、よりポジティブにまた詳細な分類に整理されていくべきであると考えられる。

このような機能を重視する健康観は、より一人一人の事情に寄り添ったものになり、その人に必要な支援をもとに、その人らしい健康を実現できる可能性がある。

表2 ICFの活動、WHOライフスキル教育、ポジティブ心理学の人格的強み

国際生活機能分類（ICF）の活動	学習と知識の応用、一般的な課題と要求、コミュニケーション、運動・移動、セルフケア、家庭生活、対人交流・対人関係、日常生活領域、社会生活・市民生活
WHO ライフスキル教育	意志決定、問題解決、創造的思考、批判的思考、コミュニケーション、対人関係、自己認知、共感的理解、感情マネジメント、ストレスマネジメント
ポジティブ心理学（6種の人徳と24の人格的強み）	知恵と知識：独創性、好奇心、判断力、向学心、見通し 勇敢さ：勇気、勤勉性、正直、熱意 人間性：親密性、親切心、社会的知能 正義：忠誠心、公平性、リーダーシップ 節制：寛容性、謙虚、思慮深さ、自己制御 超越性：審美心、感謝心、希望、ユーモア、精神性

特に高齢者をはじめ福祉やリハビリテーションの領域では、さまざまな機能不全の人たちについて、生活モデルとして、そのストレングスを見出し、それを活用することで、それまでは困難であった課題を克服し、エンゲイジメントを高めて、適応を改善し、ウェルビーイングを向上することが期待される。健康を支えるために行われる、その人らしい、さまざまな能力や自発的活動に焦点を当てることは、個人の力を引き出し、健康のダイナミックな働きを重視する立場といえる¹²。

自己管理能力の重視と健康責任の個人化という 社会の動き

一方で、この能力を尊重する考え方では、健康の主体的な責任は個人にあり、健康のために努力する人とそうではない人の差を拡大し、それは努力していない個人の責任となる可能性がある。現在、実施されている特定健診と特定保健指導は、このことの問題点を示している。特定健康診査では、個人ごとの健康リスクを評価し、何らかの問題がある場合には本人に通知され、本人が希望すれば、個別の支援の特定保健指導を受ける。しかし、残念ながら、実態としては、特定保健指導を受ける人の割合は低迷している。この場合、リスクを知らされながら指導を受けない人たちは、自分の選択の責任を引き受けていくことになる¹³。

私は、疫学を専門のひとつとしているが、そこではリスクを寿命が短縮する程度から評価する。きわめて大きなリスクは喫煙行動であり、コンビニで気軽にタバコが購入できる社会を作っていることに、疫学者として社会的責任を感じるし、タバコを買う若者を見ると申し訳ないという気持ちでいっぱいである。しかし、それは個人の自由であり個人の責任だという立場もあり、そう主張する人がむしろ増えているように感じる。

喫煙することは個人の自由であり個人の選択だと主張し喫煙していた人が、それが原因のひとつとなり何かの疾患になった場合にも、治療の必要性に応じて、他の人と平等に医療を受ける機会が与えられるべきであるし、現状はそうなっている。しかし、その人が罹患したために失われる健康な人生・生活は取り返すことができない。これは個人的責任を重視することの問題点を典型的に示しているが、一方で、強制的に禁煙したとしても再喫煙することが多いことも知られ、自己決定は動機づけの面から重要である。

個人の機能を大切にすることで、その人が自分の人生をコントロールし決定していると感じ、周囲や環境に積極的に関与して十分に適応し、また、主観的にも満足感が高く充実していることは必要である。そして、このような人は、人生に困難が生じて、それに打ち負かされることがなく、困難を乗り越える力をもつ。これはレジリエンス（回復力）と呼ばれる。かつて健康社会学者のアーロン・アントノフスキーによって提案された健康生成論も、健康を生み出す力を重視した枠組みであり、そこで重視されている首尾一貫感覚も、レジリエンスの観点から検討されることが多くなっている¹⁴。

レジリエンスが注目されるのは、ここまでで紹介してきたような、健康に貢献する個人の力を重視するという流れに合致しているからである。これはストレス研究が、広い意味での適応の研究となり、個人のもつ資源（リソース）が注目されるようになったこととつながっている。その立場からは、適応力の個人差を重視し、保健指導を受けるかどうか個人的決定にとらえる。しかし、必ずしもすべて個人が自由に決めているわけではなく、環境要因の影響力も小さくないこと、つまり、社会を整える責任もあることも忘れるべきではない。

これらの研究の流れを受けて、ウェルビーイングを実現する科学研究として提案されたのがポジティブ心理学である。ここまで紹介したように、ウェルビーイングに関わるポジティブな働きについて、ライフスキル、コンピテンス、自己効力感、首尾一貫感覚などの概念が、個別の研究領域で独立して検討されてきた。ポジティブ心理学提案のねらいのひとつは、これらのかなり類似している概念や相互に関連する機能について、ウェルビーイングに貢献する個人のポジティブな働きとして包括的に取り扱う応用領域を提供することであった。

特に、ウェルビーイングに寄与することが実証されている24種類の人格的強み（character strengths）が、大きな役割を果たすことが提案されている。表2には、ICFの活動、ライフスキルと並べて、24の人格的強みを、その分類として提案されている6つの人徳別に示した。3つのリストには共通する部分もあり、また、違うところもある。ICFでは移動など日常生活動作（ADL: Activities of Daily Living）もリストされているが、ライフスキルの感情マネジメントや、それに対応する人格的強みともいえる思慮深さやユーモアも、ICFのリストに含まれていてもよい。これらの関連について実証的な

科学的研究を蓄積することが、ストレングスに基づいてウェルビーイングに到達する近道であろう¹⁵。

人格的な強みは、ストレングスの中でも他者を傷つけることがなく文化的に価値があると評価されたものである。例えば、競争心は、困難に直面した時に、それを乗り越える力となりうるが、自分が勝つことを重視し、他者を貶めることもあるので、人格的強みには含まれていない。これに対し、感謝心は誰も傷つけず、文化的にも価値があると認められ、人格的強みのひとつとされる。個人にとって、自分のストレングスを活かすことは良いことだが、そのストレングスが他の人にも認められ、社会全体の評価を伴うためには、このような社会的合意が必要だということを理解しておきたい。

スピリチュアルな健康の共有に向けて

ポジティブ心理学者で、ハーバード成人発達研究で有名な精神科医ジョージ・ヴァイラントは、高齢者のウェルビーイングは、若返ることではなくサクセスフル・エイジングであると提案している。若い時に比べてさまざまなことができなくなっても、いきいきと充実して生活することが大切だという考え方¹⁶は、高齢者の割合がますます高くなる日本社会では特に重要で、加齢に伴う疾病や障害の中においても、その状況での最善のウェルビーイングをどう実現するかがより一般化された目標といえる。そして、その延長線上には、終末期におけるウェルビーイングをどのように充実させるのかという課題がある。

現在の日本の死因の第一位は悪性腫瘍・がんである。それは若年死を克服してきた結果でもあるが、がんの終末期にも、充実した生活・人生の実現としてのウェルビーイングをはかることの社会的重要性は高い。終末期においては、自分の能力を発揮して何かを実現することよりも、人生の意味やいきがいが、より重要になる。言い換えれば、そこでは、ウェルビーイングの宗教的あるいはスピリチュアルな面が重視される。そして、終末期のケアを中心にスピリチュアルな側面を取り扱った研

究が多く行われ、実際にスピリチュアルな要因がウェルビーイングを支えることが示されている¹⁷。

一方、これは、特定の宗教における知見ではないかという指摘もあり、国を超えた合意形成ができていないことが、WHOにおいて健康の定義にspiritualityを含める案が先送りになることにつながった¹⁸。さらに、日本も含めて先進諸国の世俗化の中で、スピリチュアリティの社会的意義が変化している。また、日本では、宗教の中に必要な医療行為を認めないものがあることも議論され、健康実践を伴わない宗教にどのように対応するのかも課題である。

このように宗教の教義には相違点もあるが、信仰者には共通点も多い。つまり、多くの宗教において、信仰深い人では、愛情が深く慈悲心に満ち、感謝する心と希望をもち、美しいものや見えない力に感動し、自己をコントロールしようとする。そのような生き方の中で、生きる意味を追求していると思われるのである。これらの特徴は先の強み研究の対象でもある。

そうだとすれば、これらの側面の科学的評価法を共有し、その影響を実証的に検証すれば、スピリチュアリティを健康とウェルビーイングの充実に活かす方法が、医薬品のように世界で共有できるかもしれない。徳目につながる強みに焦点を当てた研究は、文化を越えて人間が共有する人徳をめざしており、その基礎研究が進むことで、人間の多元的な共通点を見出すことになれば、測定し評価が可能なスピリチュアリティの側面として、ウェルビーイングの今後の展開に部分的に貢献する可能性があると考えたい。



しまい・さとし

関西学院大学大学院博士課程修了。博士（医学）。福島県立医科大学、神戸女学院大学、日本赤十字豊田看護大学などを経て2016年より現職。専門は健康心理学、ポジティブ心理学、疫学・公衆衛生学。著書に『看護のためのポジティブ心理学』（共編、医学書院）、『健康・医療心理学入門』（共編、有斐閣）、『保健医療・福祉領域で働く心理職のための法律と倫理』（共編著、ナカニシヤ出版）など。

1 Callahan, D. (1973) *Stud Hastings Cent*, 1(3), 77-88. 2 Huber, M. et al. (2011) *BMJ*, 343, d4163. 3 厚生労働省 (1999) WHO憲章における「健康」の定義の改正案について. https://www.mhlw.go.jp/www1/houdou/1103/h0319-1_6.html 4 波平恵美子 (2004) 理学療法, 31, 461-463. 5 日野原重明 (1987) 聖路加看護大学紀要, 12, 1-4. 6 Nussbaum, M., & Sen, A., Eds. (1993) *The quality of life*. Clarendon Press. 7 大野賀政昭 (2018) 保健医療科学, 67, 480-490. 8 Buntinx, W. H. (2013) Understanding disability. In M. L. Wehmeyer Ed., *The Oxford handbook of positive psychology and disability* (pp.7-18). Oxford University Press. 9 Ryff, C. D. et al. (2004) *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 359, 1383-1394. 10 大竹恵子 (2016) 保健と健康の心理学. ナカニシヤ出版 11 WHO編/JKYB研究会訳 (1997) WHOライフスキル教育プログラム. 大修館書店 12 若林秀隆編著 (2023) ポジティブ心理学とリハビリテーション栄養. 医歯薬出版 13 赤堀八重子他 (2014) 日本看護科学会誌, 34, 27-35. 14 アントノフスキー, A./山崎喜比古他監訳 (2001) 健康の謎を解く. 有信堂高文社 15 島井哲志 (2021) 科学的に幸福度を高める50の習慣. 明日香出版社 16 ヴァイラント, G. E./米田隆訳 (2008) 50歳までに「生き生きした老い」を準備する. ファーストプレス 17 Miller, W. R., & Thoresen, C. E. (2003) *Am Psychol*, 58, 24. 18 白田寛他 (2004) 日本公衆衛生雑誌, 51, 884-889. *COI:本記事に関連して開示すべき利益相反はない。