

WHO の健康定義に代わる新しい健康概念の意義について

キーワード：健康，医療化，先制医療，過剰医療，エンハンスメント，過少医療，無益な治療，尊厳死

松田純

要旨

医療は病気を治療し，健康の回復をめざすものとされている。健康をどう捉えるかは，医療の目標設定に関わり，治療やケアのあり方，さらには医学研究の政策をも規定することになる。

健康の公式の定義は，世界保健機関（WHO）が 1948 年に定めた，「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」というものである。この定義はしかし，医学の主要な対象が，治癒が困難な難病や慢性疾患や加齢に伴う機能低下などになった今日，有害なものになってきている。

オランダの女性医師フーバー(Machteld Huber)らの国際的な研究グループは，WHO の定義に代えて，健康を「社会的・身体的・感情的問題に直面したときに適応しなるとかやりくりする能力(the ability to adapt and self manage in the face of social, physical, and emotional challenges)」と新たに定式化した（*BMJ* 英国医学雑誌に発表された論文 How should we define health? 「われわれはどのように健康を定義すべきか？」2011 年）。

中島孝氏はこの論文の重要性に早くから注目してきた（中島孝「尊厳死論を超える——緩和ケア，難病ケアの視座」、『現代思想』vol.40-7,116-125,2012 など）。筆者はこの論文の存在を中島孝氏から教わり，*BMJ* の許可を得て翻訳した（注 2）。

本稿では，健康についてのフーバーらの新しい定式化の意義を考察し，それが医療観の転換を迫り，21 世紀医療の進むべき道を示すものであることを明らかにする。

はじめに

医療の目標は，病気を治療することによって，健康を回復し維持することと考えられているため，健康をどうとらえるかは，医療のあり方や，医療政策，医学研究の方向を大きく左右する。世界保健機関（WHO definition of Health）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 and not merely the absence of disease or infirmity)」と定義している。しかし，この「完全に良好な状態」という健康定義は，過剰医療や医療化を助長するであろう。

反対に，この定義は過少医療をもたらす可能性もある。「医学的に無益」で「患者にとって害のある過剰治療(harmful overtreatment)」だから治療を中止し，「尊厳死」へ導いた方がよいという考えがそれである。こうした議論の前提にも WHO の健康定義がある。「身体的・心理的・社会的に完全に良い状態」が「健康」であり，そこに復帰させるのが医療の使命だとすれば，患者が治癒困難となったとき，その医療は「無益」ととらえられることになるからだ¹。

治すことができない病人には手を出さないというのが，かつての医師の規範であった。

治らない病気による苦痛は、長い間、無視され放置されてきた。こうした対応は、病気を治し、「完全に良好な状態＝健康」に復帰させるのが医療だという理解から来ている。かかる理解から、医療が果たすべきことを果たしていない「過少医療」が生じる。

がん対策基本法で、「疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること」(第 16 条)が謳われ、疼痛緩和の取り組みが広がってきた。しかしいまでも、がんの疼痛に苦しむ患者に適切な緩和措置がなされていないケースがある。あるいは、疼痛緩和は取り組まれていても、まだ多くの医療者が、「緩和」を、「積極的な治療」をとことん行った上で、そのかいがなくなった後の、いわば「敗戦処理」のように受けとめている。

WHO の健康定義は 1948 年に定められた。この定義は当時、広範な広がりを持つ野心的なものと評価されたが、その後、たえず批判にさらされてきた。1998 年に改定が提案されたが、WHO 総会での採択が見送られ、現在に至るまで 70 年近くにわたって改定されていない。これが策定されたのは、西洋近代医学が感染症に対して圧倒的な勝利をおさめつつあった時代である。ところが今日では、新しいタイプの感染症の脅威はあるものの、医学の主要な対象が、治療が困難な難病や慢性疾患や加齢に伴う機能低下などになってきた。オランダの女性医師フーバー(Machteld Huber)らの国際的な研究グループは、「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可能性すらある」として、新たな健康概念の開拓に取り組んできた。その成果として、社会的・身体的・感情的問題に直面したときに、困難な状況に適応し、なんとかやりくりし、対処する能力という新しい健康概念を提起した²。

まず WHO の健康定義の問題性を過剰医療と過少医療の両面から検討する(1)。次にフーバーらの新しい健康概念の意義を考え(2)、その理論的背景を考察する(3)。

1. WHO の健康定義の弊害

フーバーらは WHO の健康定義をこう批判する。

WHO の定義に対する批判の多くは、「完全」という言葉の絶対性に関するものである。第一の問題は、この「完全」という言葉が、意図せずして、**社会の医療化を助長**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」。それゆえ、医療技術や製薬業界が専門家も含めて**疾患を定義し直して、医療システムの範囲を拡大すること**につながっている。新たなスクリーニング検査技術は、疾患につながらないような症状についても異常と判断するし、製薬会社は、以前であれば問題とされないような症状に対しても、薬剤を製造する。また、血圧、脂質量、血糖値などを理由に**治療介入される閾値が以前よりも低くなっている**。身体的に完全に良い状態であることが強調され続けた場合、恩恵を受ける人がたった 1 人にすぎないようなスクリーニング検査や高価な医療を受診する資格を、大きな集団に対して与えてしまう。その結果、**医療への依存度と医療リスクを高めること**となる(強調は引用者。以下同様)。

「疾患を定義し直して、医療システムの範囲を拡大する」現象は、医療化の進展である。

例えば、最近では、『精神障害の診断と統計マニュアル』の第5版（DSM-5，2013年）による疾患範囲の大幅な拡大に対して危機感が広がっている。DSMの最新改訂によって、「誰もが病気だと思いきませようとする」拡大がなされ、副作用の強い向精神薬を処方されることになるとアレン・フランセス（Allen J. Frances, 1942-）は警告を発している。フランセスはDSM-4の作成委員長を務めた精神医学者である。すでに第一線を退いていたが、DSM-5による精神疾患の大インフレに危機感を感じて、これを批判する書 *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*, 2013（邦訳『〈正常〉を救え——精神医学を混乱させる DSM-5 への警告』2013年）を著した。例えば、小児のかんしゃくや持続的・反復的な不機嫌に対して「破壊的気分調節不全障害（Disruptive Mood Dysregulation Disorder : DMDD）」という舌を噛みそうな病名をつけられ、小児にはとりわけ危険な副作用のある向精神薬が処方されるおそれがあるという。本来は投薬の必要がない患者までもが薬漬けにされる危険がある。精神科診断においてインフレ傾向がすでにあるのに、DSM-5はそれを「ハイパーインフレに変えかねない」と危機感をあらわにしている³。

医療化が歯止めのなく進み、医療への依存を強め、飲む必要のない薬を処方し、医療によるリスク（医原病のリスク）を高めている。こうした弊害の根底に「身体的・心理的・社会的に完全に良い状態」という理想概念があると言えるであろう。

病気になってから呼び出される治療型医療ではなく、先取的に介入して病気を未然に防ぐ先制医療、パーソナルゲノムに基づく予測医療⁴、病気にかからない「完全な身体」をめざす人体改造⁵、これらの傾向に対して、治療と治療を超えるエンハンスメントを区別して線引きしようとしても、うまくいかない。両者を明確に区分するのは困難である。健康を「完全に良い状態」とした場合、通常以上の「完全」をめざす措置も健康目的のなかに入るため、通常治療以上のエンハンスメント（増進的介入）に対する歯止めもなくなるからである。

疾患範囲の拡大、医療化、過剰治療、エンハンスメントなどの現象とWHOの健康定義との関係はわかりやすいであろう。ところが、この健康定義からは、それと対極にあるように見える「過少医療」も導かれる。健康を「完全な良い状態」と定義し、健康を回復させるのが医療ととらえると、「完全な良い状態」を取り戻せない医療措置は「延命措置」と理解される。近年、緩和ケアが重要だという認識は広まったが、治癒をめざす医療が功を奏さなくなったとき、積極的な治療を断念して緩和ケアに移行するという理解がまだ蔓延している。つまり、死へのソフトランディングを支援するのが緩和ケアだという誤解である。現場では、「治療から緩和へのギア・チェンジ」とも称されている⁶。ここにもWHOの健康定義の影響がある。生命倫理学者の多くも、苦痛を長引かせるだけの「延命措置」を患者に早めに諦めさせ、「安楽な死」を保障することが倫理的だと考えている。かかる考えから、「延命措置」の中止を合法化しようとする「尊厳死法案」が準備され、上程の機会をうかがっている⁷。

治癒が困難な病気がテーマになると、WHOの健康定義はいっそう有害になる。フーバーらはこう述べる。

人口統計と疾患の特性が1948年当初から大幅に変化している。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。その時代においては、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健康対策や、より強力な治療介入が進んだことにより、疾患パターンは変化した。慢性疾患を抱えたまま生存する人が増えている。……

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。こうした状況においては、WHO の定義は慢性疾患や障がい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応する人間の能力や、慢性疾患や障がい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。

慢性疾患や難治性疾患、加齢に伴う機能低下などが医療の主な対象となっただけで、WHO の健康定義は妥当性を欠き、ますます有害な影響をもたらしているという指摘である。

2 健康の新たな定式化が求められる

いまや有害となった WHO の健康定義をこれ以上放置できないとして、フーバーらは、国際会議で検討を重ねた。その成果として、「社会的・身体的・感情的問題に直面したときに適応しなるとかやりくりする能力(the ability to adapt and self manage in the face of social, physical, and emotional challenges)」という健康の新たな定式化を打ち出した。self manage を自己管理ではなく、「なんとかやりくりする」と訳したい。「自己管理」というと、自立・自律的な強い自己をイメージさせるからだ。実際は、重篤な病気になれば、誰もが動揺し気落ちする。そうしたなかでも、状況に**適応 (adapt)**し、なんとか**対処(cope)**し、**やりくり(self manage)**して行く**しなやかさ**をフーバーらは示唆している。この一見たよりない表現の意味を十分にくみ取ることが、理解のポイントになる。強い自律的な自己を前提とせず、医療職や対人援助職や家族や患者どうしの支援に支えられながらも、なんとか苦境に対処しようとする**しなやかさ**が必要であると理解したい。

WHO の定義が静的な理想状態を表わしているのに対して、適応や対処、やりくりという動的なものになっている点に、この定式の特徴がある。フーバーらは次のように言いかえてもいる。

具体的には、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 wellbeing)を維持したり回復したりする包容力(capacity)>に基づいた動的な定式である。

^{レジリエンス}復元力がここでのキーワードである。resilience はラテン語の resiliere (跳ね返る) に由来する語で、変形された物体が持つ復元力のエネルギー、弾力、弾性といった物理学の用語であった。近年、精神医学や臨床心理学の分野で、逆境を跳ねのけて乗り越える力の意味で用いられるようになった。八木剛平はこれを「疾病抵抗力」と訳し、「病を防ぎ、病

を治す心身の働き」と定義し、自発的治癒力、自然治癒力の発現ととらえる⁸。ただし、加齢とともに身体的な復元力は衰えていくので、^{レジリエンス}復元力は精神的な面を中心に考えたほうがよいであろう⁹。

動的に対処する(cope)能力という健康観への転換は医療全般のとらえ方を大きく変える可能性すらはらんでいる。この新概念について、その理論的背景をふまえて、さらに理解を深めてみよう。

3 新しい健康概念の理論的背景

(1) 健康と病気との連続性

WHO の健康定義は「完全な」健康状態を目標に掲げたが、これは健康と病気を明確に分ける西洋近代医学の枠組みである。しかし「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り、多くの人は「まあまあ健康」、「やや体調が悪い」といったところを生きている。じつは西洋の古代から中世までの医学は、<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。近代医学によってこの中間地帯が排除された¹⁰。

イスラエルの医療社会学者アロン・アントノフスキー (Aaron Antonovsky, 1923-1994) は、近代医学のなかで見失われたものを再び取り戻そうとした。アントノフスキーは健康と病気を峻別するのではなく、ひとは「健康と健康破綻を両極とする連続体」の上にいるととらえる。現代の医学は疾病に研究の主眼を置き、なぜひとは病気になるのかを説明する病因論を理論的基礎としている。これに対してアントノフスキーは、健康と健康破綻の連続線上で、健康という望ましい極へと移動させるものは何かを探究すべきだとした。そこで、「健康生成論 (salutogenesis)」を提唱し、これを、西洋医学の狭い疾患モデルから生物・心理社会モデルへのパラダイム転換と意味づけた¹¹。これはその後の健康増進論の理論的基礎となった。

WHO の第1回ヘルスプロモーション国際会議 (1986年) で、「健康促進(ヘルスプロモーション)に関するオタワ憲章」が採択された。このなかにも健康生成論が流れ込んでいる。さらに、2005年の「国際化社会におけるヘルスプロモーションのためのバンコク憲章」では、次のようにととらえられた。

ヘルスプロモーションとは、人々が自らの健康とその健康決定要因をコントロールする能力を高め、それによって自らの健康を改善できるようになる過程(the process of enabling people to increase control over their health and its determinants, and thereby improve their health)である。

フーバーらの新しい定式化はこの流れを引き継いでいる。ヘルスプロモーションという語は「健康増進」とも訳され (2003年施行の健康増進法)、健康に関する自己責任論やパターンリスリックな医療化にも利用されるが、健康を動的にとらえている点で、同じWHOの健康定義の「事実上の修正」とも見るができる¹²。

(2) 首尾一貫性感覚(sense of coherence: SOC)

アントノフスキーは、健康と健康破綻を両極とする連続体上で、健康という望ましい極へ移動させる主要な決定要因として、「首尾一貫性感覚(SOC)」をあげている。それは、その人に浸みわたったダイナミックで持続可能な確信の感覚である。その確信には、人生で遭遇するさまざまなストレス（ストレス要因）に対して、事態を的確に把握し、その刺激を自身の統御のもとで、有意義に処理できるという感覚である。

把握可能感(comprehensibility)

処理可能感(manageability)

有意味感(meaningfulness)

の3つが核をなす。首尾一貫性感覚を持てる人は、ストレスに絶え間なく出会いながらも、自己コントロールを失うことなく、事態を処理して行ける柔軟性をもつ。

「首尾一貫性感覚」というと強靱な自己をイメージさせる。しかし、self manage を自己管理ではなく「なんとかやりくりする」と訳した理由を説明したように、その人自身の理解力・判断力を発揮できるように支援することが求められるであろう。例えば、困難な病気に直面した患者に対して、治療やケアをめぐる意思決定を支援することも緩和ケアの重要な課題となる（次節参照）。

フーバーらはアントノフスキーのSOCを参照しつつ、「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 wellbeing)を維持したり回復したりする包容力(capacity)」すなわち復元力(resilience)に基づいた、健康の「動的な定式」を提案している。新しい健康概念はこうした健康生成論(salutogenesis)に基づいている¹³。

(3) ナラティブによる意味の再構成と緩和ケア

では、そのような^{レジリエンス}復元力はどこから生まれるのであろうか？ それはナラティブ（物語り）による意味の再構成から生まれる。例えば、重大な病気が判明したときには、誰もが動揺する。病気や加齢によって心身が衰え、これまで通りの生活ができなくなったりした場合、今後の人生について、さらには、自分の人生全体を振り返り、その意味と目標についても深く考えるようになる。それは、ナラティブによる意味の再構成の営みとなる¹⁴。新しい健康概念は、苦悩する患者のナラティブによる意味の再構成と、それに寄り添うケアを理論的に基礎づけるものとなる。この支援は緩和ケアの一部でもある。現に国立長寿医療センターでは、意思決定支援をも緩和ケアの内容に含め、患者本人あるいは患者および家族とともに、過去—現在—未来にわたる患者の物語り(ナラティブ)を共有しようとする姿勢から、患者に意識障害があっても、本人の思いに寄り添い、自律的な意思決定の支援に取り組んでいる¹⁵。

(4) 概念的枠組みとしての「健康」

フーバーらは、「この新たな定式(formulation)」を、WHOの健康定義(WHO definition of Health)に替わる新たな「定義(definition)」と呼ぶべきか否かを問題にした。なぜなら、「定義というものは境界の設定と厳密な意味づけに到達しようとする試みを含むもの」であるため、取り上げる対象を確定し、対象を固定化するとともに、それ以外の対象を無視し、重要な現象に目を閉ざさせることで、さまざまな弊害をももたらすからだ。例えば、健康診断の結果の説明時に、検査項目ごとの基準値が示されることで、これら数値の総体

で示される「健康」なるものが実体として客観的に存在するかのように人々は受けとめてしまう。その意味での定義に照らして、病気か健康かを区別できるという発想になる。こうした弊害を顧慮して、フーバーらは、自らの新たな**定式(formulation)**を健康の定義(definition)とは呼ばず、健康についての「**概念もしくは概念的枠組み(a concept or conceptual framework)**」だとする。その際、シンボリック相互作用論の社会学者ブルーマー(Herbert George Blumer,1900-1987)の名をあげている。ブルーマーは、人々の相互行為(interaction)のなかから対象の意味が形成され、その意味が定義や概念として人々の世界を構成するという「**構成概念**」の形成と働きを解明した。ブルーマーは「**概念構成功力(conception)**を通して、対象は新しい関係において知覚される」とも述べている¹⁶。フーバーらは、自分たちの新たな定式を、この意味での概念として受けとってほしいと言っている。

ブルーマーは操作的な概念(operational definition)や操作手続き(operational procedure)には批判的であった。操作手続きとは、例えば健康の調査で、検査項目のそれぞれの基準値を定め、その数値に照らして健康か不健康かを評価する手法などである。これに対して、フーバーらは、健康概念をめぐる操作的手続きの弊害を十分理解しながらも、新しい健康概念の特徴づけをある程度明確にする必要があると考える。

全般的な概念(a general concept)は、見方について一般に合意された方向性の特徴づけを拠り所として表現する。けれども、操作的な定義(operational definitions)も測定目的のようなものとして、実生活において必要なものである。

こう述べて、それを身体的健康、精神的健康、社会的健康の3つの面から特徴づける。

身体的健康は、こう説明されている。

健康な生命体は「アロスタシス(allostasis 動的適応能)」（環境変化においても生理的恒常性を維持すること）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(protective response)**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(restore an (adapted) equilibrium)**ができる。もしこの**身体的な対処戦略(physiological coping strategy)**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。

この記述は先のレジリアンス概念をふまえれば、理解しやすいであろう。

次に、**精神的健康**では、アントノフスキーの「首尾一貫性感覚(SOC)」を引いて、こう述べている。

自己を変化させなんとかやりくりする能力を高めること(A strengthened capability to adapt and to manage yourself)が、主観的な満足(subjective wellbeing)を改善し、心と身体の良い相互作用(a positive interaction between mind and body)につながる。

社会的健康では、「病気があってもある程度自立して自らの生活をやりくりする力、労働等の社会的活動に参画する能力」などをあげ、こう述べる。

病い(illness)にじょうずに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。……病気への対処法を学び生活をより良くマネジメントすることを学んだ患者は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、社会活動において障がいや制約を感じるものが減少したという報告がある。……もし人が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 QOL 感をけっして強く低下させるものではなくなる。

就労を含む「社会参画」は、レジリエンス^{レジリアンス}としての健康の重要な要素となる。社会参画によって「健康状態についての自己評価を高める」ことができるならば、たとえ身体機能が低下しても、それは QOL の低下に直結しない場合もある。

日本では 2014 年に、「難病の患者に対する医療等に関する法律」が初めて制定され、難病者に対する就労の支援に関する施策が基本方針の事項に明確に位置づけられた。こうした施策を正当化するものは、新たな健康概念でなければならない。なぜなら、「完全な良い状態」を健康と定義するならば、そうでない人はすべて「病人」であり、まずは療養に専念すべしとなるからだ。このように健康をどう理解するかは、個別の医療に影響を与えるだけでなく、医療政策全般、医学研究政策にも影響する。

まとめ

フーバーらの国際的な研究グループが打ち出した健康の新たな定式化は、一言でいえば、「治す医療から支える医療へ」の転換ということになるだろう。高齢者医療や難病と取り組む現代医療の目標を明確にする定式化と言える。

医学研究(医薬品・医療機器の開発)のあり方や保健政策との関わりについては別途論じる予定である。

1 『生命倫理百科事典』の「医学的無益性(medical futility)」という項目参照。 *Encyclopedia of Bioethics*. 3d. 1713-1721, 2003. 生命倫理百科事典翻訳刊行委員会(編), 生命倫理百科事典, 丸善出版, 29-32, 2007.

2 Machteld Huber et al., How should we define health? In: *BMJ* (英国医学雑誌) 2011, 343(4163):235-237. *BMJ* の許可を得て翻訳した。「われわれはどのように健康を定義すべきか?」松田純訳, 『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』181-185 頁, 2014 年。本稿ではさらに訳文を見直し, 一部修正した。

-
- 3 アレン・フランセス『〈正常〉を救え 精神医学を混乱させる DSM-5 への警告』大野裕 (監修), 青木創 (訳), 講談社, 2013 年
 - 4 松田純「遺伝医療と社会—パーソナルゲノムがもたらす新たな課題」玉井真理子・松田純 (責任編集)『シリーズ生命倫理学 第 11 巻 遺伝子と医療』丸善出版, 2013 年, 1-24 頁
 - 5 マイケル・サンデル『完全な人間を目指さなくてもよい理由——遺伝子操作とエンハンスメントの倫理』林芳紀・伊吹友秀 (訳), ナカニシヤ出版, 2010 年
 - 6 池永昌之・木沢義之 (編集)『ギア・チェンジ——緩和医療を学ぶ二十一会』医学書院, 2004 年
 - 7 尊厳死法案については, 松田純「事前医療指示の法制化は患者の自律に役立つか?——ドイツや米国などの経験から」『理想』理想社, 692 号, 2014 年, 78-96 頁参照。
 - 8 加藤敏・八木剛平編著『レジリアンス 現代精神医学の新しいパラダイム』金原出版, 2009 年
 - 9 最近では, 被災地の「^{レジリアンス}復興力」という意味でも用いられている。例えば, 日本学術会議 東日本大震災復興支援委員会 災害に対するレジリエンスの構築分科会「提言 災害に対するレジリエンスの向上に向けて」(2014 年 9 月 22 日)はこの用語を,「もともとの意味は,『外部から力を加えられた物質が元の状態に戻る力』と『人が困難から立ち直る力』とされている。現在は『あらゆる物事が望ましくない状況から脱し, 安定的な状態を取り戻す力』を表わす言葉として広く用いられている」と説明し,「被害を乗り越え復活する力」,「社会・経済システムのレジリエンスのみならず, 人の精神的側面をも含む包括的な観点から災害に対するレジリエンスを捉え, その向上を追求することが必要だ」と述べている。G8 学術会議共同声明「災害に対するレジリエンス(回復力)の構築」(2012 年 5 月 10 日)も参照。
 - 10 Schipperges, Heinrich, Der Garten der Gesundheit. Medizin im Mittelalter. 1985. S.157. シッパーゲス『中世の医学——治療と養生の文化史』大橋博司ほか訳, 人文書院, 1988 年. 164 頁
 - 11 アーロン・アントノフスキー『健康の謎を解く——ストレス対処と健康保持のメカニズム』山崎喜比古・吉井清子 (監訳), 有信堂, 2008 年
 - 12 森下直貴『健康への欲望と〈安らぎ〉ウェルビカミングの哲学』青木書店, 2003 年, 21 頁
 - 13 これは, 森下直貴氏の, <自己回復の循環生成>としてのウェルビカミングという健康把握と通じるものがある。森下直貴, 前掲書, 終章参照。
 - 14 ニーマイアー「構成主義心理療法の評価」『認知行動療法と構成主義心理療法——理論・研究そして実践』金剛出版, 2008 年, ニーマイアー『喪失と悲嘆の心理療法——構成主義からみた意味の探究』金剛出版, 2007 年参照
 - 15 国立長寿医療研究センターEOL ケアチームの西川満則先生のご教授による。
 - 16 Blumer H. *Symbolic interactionism: perspective and method*. Prentice Hall, 1969. ハーバート・ブルーマー『シンボリック相互作用論——パースペクティヴと方法』後藤将之訳, 勁草書房, 1991 年, 215 頁