

かかりつけ医機能強化研修会

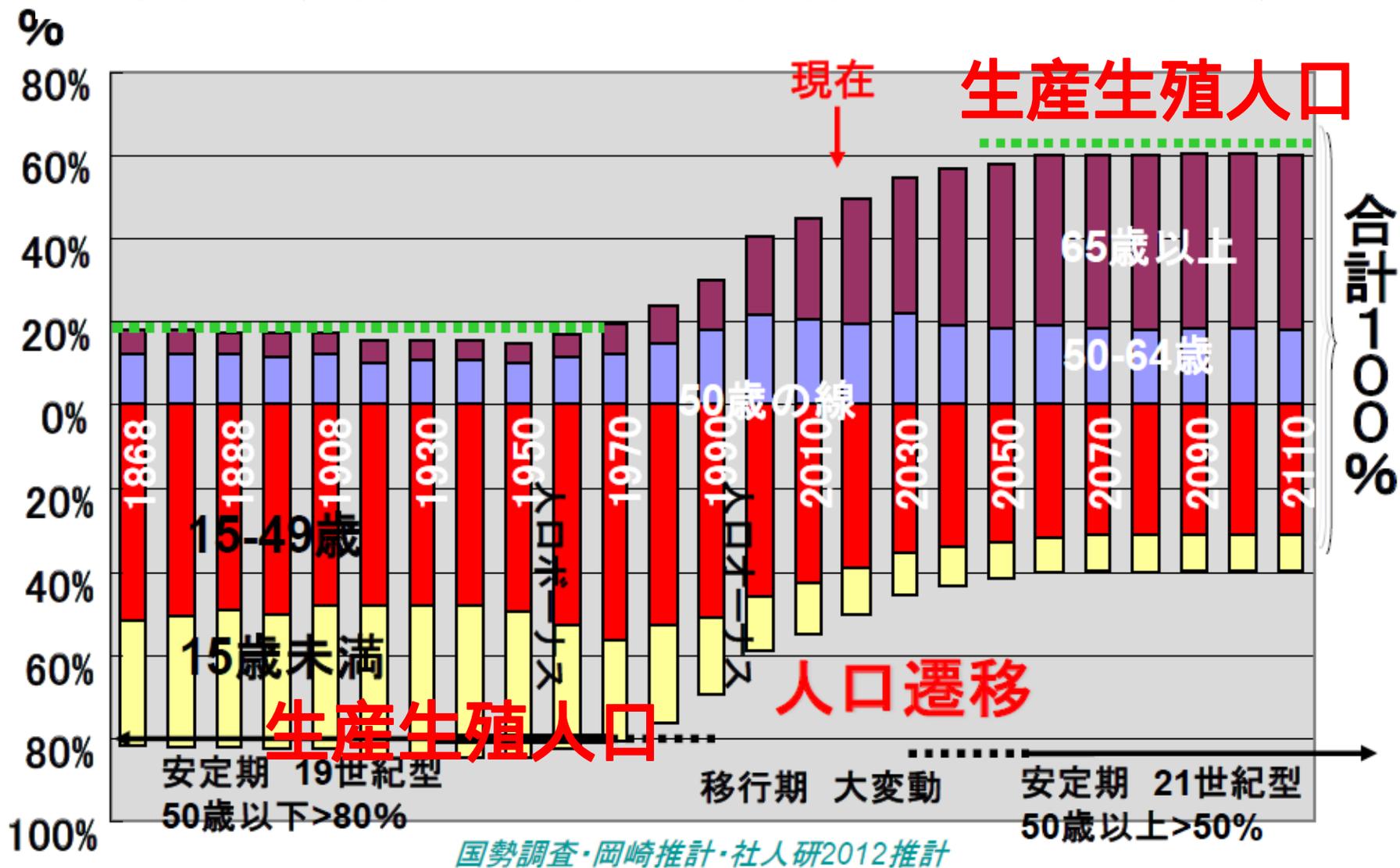
～ 第2回 日本医師会 在宅医リーダー研修会 ～

1. 「健康相談」 (新健康概念)

医療法人社団つくし会

理事長 新田 國夫

人口遷移論 50歳で分割 240年間推移



「健康」定義の課題

1.健康の状態は疾病と異なり日常状態なので意識されにくい。

(失ってはじめてわかる)

2.健康の意義は人の価値観が反映するので普遍的な定義は難しい。

(文化、性別、年齢、人によって違う)

3.健康の言葉はHealth西洋からの輸入語で、従来の日本の一般人の健康はとらえにくい。

(近代の専門家と固有の日本人の一般の考えは異なる)

4.現在私たちが健康定義としているものはWHO(国際定義)

5.人口の高齢化により若人を前提とした概念は使えない。

6.高齢者は多くの疾病、傷害を持ち、最後は死にいたる。

2

日本における健康の語源

日本において18世紀の終わりオランダ語の訳語として中国の古典『健体康心』からの造語。

- 1830年代 生理学概念としての健康の使用例が増える。緒方洪庵が貢献
- 1850年代 医学書のなかで健康が支配的になる。
- 1870年代 啓蒙書で類語と一緒に使用されはじめる。
- 1890年代 一般的に広く知られる語となる。
福沢諭吉が貢献

それ以前は達者、元気、養生、健やか、丈夫

印欧語源

Salute ラテン系

印欧語源 : swen-to-健康的な、強いという意を表す。
(soundなど)

Gesundheit ゲルマン系

印欧語源 : sol-「すべての」「全体の」意を表す。
Sol@-とも表記。 solidの由来として、固体。safe, save
などの由来として、すべての、安全な、健康な

Health アングロサクソン系

印欧語源 : Kailo-「全体の」「完全な」「傷のない」を
表す。または、良い兆しの意。

一般人健康観の分析

【語源分析】

・ラテン系、ゲルマン系、アングロサクソン系、共に共通した印欧語根。

・安全や完全を意味する solo, kailo に由来。

【フィールド調査】

過去の4つの研究から共通の3点を抽出。

「負の状態がない」

「状態のバランスが良い」

「環境に適応している」

メタ分析

健康のモデル (アーキタイプ)

悪い要因がない

バランスがとれている

環境に適応できる

確認

アンケート

高齢者名古屋アンケート

生活ができる76%

バランスが取れている17%

悪いところがない17%

5

WHOの歴史

Health is a state of complete physical, mental and social well –being and not merely the absence of disease or infirmity

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をいいます。(WHO1946年)

この定義の背景には人権概念の問題が存在している。

The right to health is one of the fundamental rights to which every human being, Without distinction of race, sex, language or religion, is entitled.

健康権は、人種、性別、言語または宗教による差別なく、すべての人々に与えられた基本的人権のひとつである。

この文章は1941年の大西洋憲章、1942年のビバレッジ報告の内容を受けたものであり、1948年の世界人権宣言、1947年の日本国憲法の生存権につながるものである。

1978 アルマ・アタ宣言(2000年までにすべての人に健康を)

(プライマリ・ケア重視、すべての人に健康を)

1986 オタワ憲章(ヘルスプロモーション)

(健康増進、健康都市)

1999 定義見直しならず

(動的、靈的追加認められず)

2000 医療保険システム活動評価

(各国医療保険システムを評価しベンチマークする)

WHO

1946年概念の批判は「目標か標準か不明」

「現実的にありえない状態」「測ること不可能」「改善への手掛かりがない」というものであった。その意味で1970年代から提案され始め1986年にWHOの主要政策と位置付けられた健康増進の提案が1946年の定義への強力な批判となっている。1978年アルマ・アタ宣言において「2000年までにすべての人に健康を」(health of all by 2000)の提案がなされ、1986年のオタワ憲章で新しい健康概念としてヘルスプロモーションが提示された。

アルマ・アタ宣言

(Alma-Ata,1978年9月12日)

プライマリーヘルスケアとは、科学的有効で社会的に受容され得る、実用的な手段と技術に立脚する、必要不可欠な健康システムである。これは自助と自決の精神に則り、地域社会または国家が、開発の程度に応じ、負担可能な費用の範囲内で、地域社会の個人や家族の単位による円満な参加を得て実施されるものである。国家の保健システムの枠内で、プライマリーヘルスケアは中心的機能を果たし、最大の課題であって、地域社会の総合的社会開発との間に必要不可欠な部分となっている。プライマリーヘルスケアは人々が生活し労働する場所に、なるべく近接してヘルスケアを提供し、国家保健システムと個人、家族、地域住民とが最初に交わる段階であって、継続的なヘルスケアの過程の第一段階と位置付けられる。

(2000年までにすべての人に健康を)

ヘルスプロモーションのためのオタワ憲章

第1回ヘルスプロモーション国際会議(1986年11月)

ヘルスプロモーション

ヘルスプロモーションとは、人々が自らの健康をさらにうまくコントロールし、改善していけるようになるプロセスである。身体的、精神的、社会的に健全な状態に到達するには、個々人や集団が、望みを明確にし、それを実現し、ニーズを満たし、環境を変え、それにうまく対処していくことができなければならない。

したがって、健康とは、毎日の生活のための資源と見なされるものであって、人生の目的とは思えない。健康とは、身体的能力だけでなく、社会的・個人的な面での資源という点を重視した前向きな考え方である。それゆえに、ヘルスプロモーションとは、ただ保健医療部門にゆだねられる責務というよりは、健康なライフスタイルをさらに超えて、幸福(ウェルビーイング)にまで及ぶものである。

(健康と目的と状態の2つの概念に分けた)

健康のための前提条件

健康のための基本的な条件と資源とは：

- ・平和
- ・住居
- ・教育
- ・食物
- ・収入
- ・安定した生態系
- ・持続可能な生存のための資源
- ・社会的公正と公平性

健康の改善には、これらの基礎的な前提条件の基盤の確立が必要である。

3つの提言

唱道・支援する (advocate)

健康とは、社会的・経済的・個人的な発展のための主要な資源であり、生活の質の重要な側面である。政治的・社会的・文化的・環境的・行動的・生物的要因は、健康を確実に促進するものになりうるし、有害なものにもなりうる。ヘルスプロモーションは、健康のためのアドボカシーによって、これらの条件を好適なものにしていくことを目指している。

力を与え、可能にする (enable)

ヘルスプロモーションは、健康上の公正さの実現に焦点を当てている。ヘルスプロモーションの活動は、現状の健康格差を減らし、すべての人々が健康の面での潜在能力を十分発揮できるようになるための機会や資源を等しく確保することを目指している。これには、支援的な環境の確保や、情報へのアクセス、健康的選択を行うためのライフスキルや機会の確保が含まれる。人々は、自らの健康を規定するそれらの要因をコントロールできなければ、自らの健康面での潜在能力を十分に発揮することはできない。このことは、女性にも男性にも等しく当てはまるに違いない。

調整・調停する (mediate)

健康の前提条件や展望は、保健医療機関のみでは確保され得ない。より重要なことは、ヘルスプロモーションには、政府、保健部門、他の社会・経済部門、NGO、ボランティア団体、地方自治体、産業、メディアなどのすべての関係機関によって調整された活動が要求されるということである。すべての階層の人々が、個人、家族、コミュニティとして皆関係している。専門家や社会団体や保健医療従事者には、健康の追究のために、社会の中での異なった利害関係を調整・調停する重要な責務がある。

ヘルスプロモーションの戦略と活動計画は、地域のニーズに合わせ、異なった社会・文化・経済システムを考慮に入れ、各国や各地域の可能性にうまく適合されたものであるべきである。

5つの活動領域

- **保健政策の制定** - 健康づくり政策は、法律制定、財政措置、課税、組織の改変からなる多様で相補的なアプローチを一本化します。健康づくり政策のために、非保健部門が保健政策を採択する際の障害を確認し、またその障害を取り除く方法を開発しましょう。
- **支援環境の整備** - 健康づくり戦略の視点から、自然で魅力的な環境の保護と天然資源の保全に取り組みましょう。勤労、余暇、生活環境は、人々の健康の源です。
- **地域活動の強化** - 地域の発展は、人的物質的資源を通じて自立と社会的支援を充実させ、住民参加を推進し、保健課題にとりくむ柔軟な制度の整備につなげましょう。これには、資金的支援と保健情報への、徹底的かつ連続的なアクセスが必要です。
- 情報スキルと教育スキルを介した**個人スキルの開発** - 人々が(生涯を通じて)そのすべてのステージの準備をできるようにし、また、慢性疾患や外傷への心配を緩和することが、重要です。これを学校、家庭、勤労、地域の現場において促進しましょう。
- 疾病の予防と健康づくりのための**医療の再設定** - 保健部門は、臨床的治療的業務を果たす責任から離れ、健康づくりへ向かいましょう。医療の再設定には、医師の教育と訓練を転換し、ヘルスリサーチに注目することが必要です。

未来に向けた動き

健康は、人々が学び、働き、遊び、愛し合う毎日の生活の場の中で、人々によって創造され、実現される。健康は、自分自身や他人をケアすることで創造され、自らの生活環境について意志決定できたりコントロールできたりすることで創造され、また、社会がその構成員すべての健康を達成できるような状況を自ら作り出すことを保証することによって創造される。

オタワ憲章後

- 健康増進概念の明確化
- 健康概念を再考し、目標と状態を分離、介入に力を入れた。
- 介入は本人のエンパワメント、「環境」の重層的多様な取り組みを提唱
- 具体的提言(3つの基本戦略、5つの活動領域)保健医療をこえた分野、ヘルシーシティ、ヘルシースクールetc
- ICF(2001)に影響を与え疾病分野においても障害分類においても環境/
場の関係を重視
- マーモット2003「健康の決定要因」に影響
マーモットによる長い社会格差研究にも影響し、WHOのソリッド
ファクツ(根拠ある事実)の考えの基となる。
- つづく健康づくり国際会議

2回アデレード勧告(1988)、3回スンジバル声明(1991)、4回ジャカルタ宣言(1997)5
回メキシコ声明(2000)、6回バンコク憲章(2005)、7回ナイロビ宣言(2009)、8回ヘ
ルシンキ(2013)

高齢者の健康を考える ～学生の発表例～

以前までは、いかに長く生きるか、平均寿命を延ばすことを目標にしてきましたが、これからは生活の質を重視し、長くなった寿命を「心身に、特に“心”に障害のない期間」として、健康で自立していくことを目指していくべきだと思います。

高齢者が健康であるために、家族が健康でなければならない、支える家族の健康も大事

本人の好き嫌いを考慮した上での、機能的裏付けであるべきだと思います。精神機能の活性化、家族への援助を柱に展開していこう。

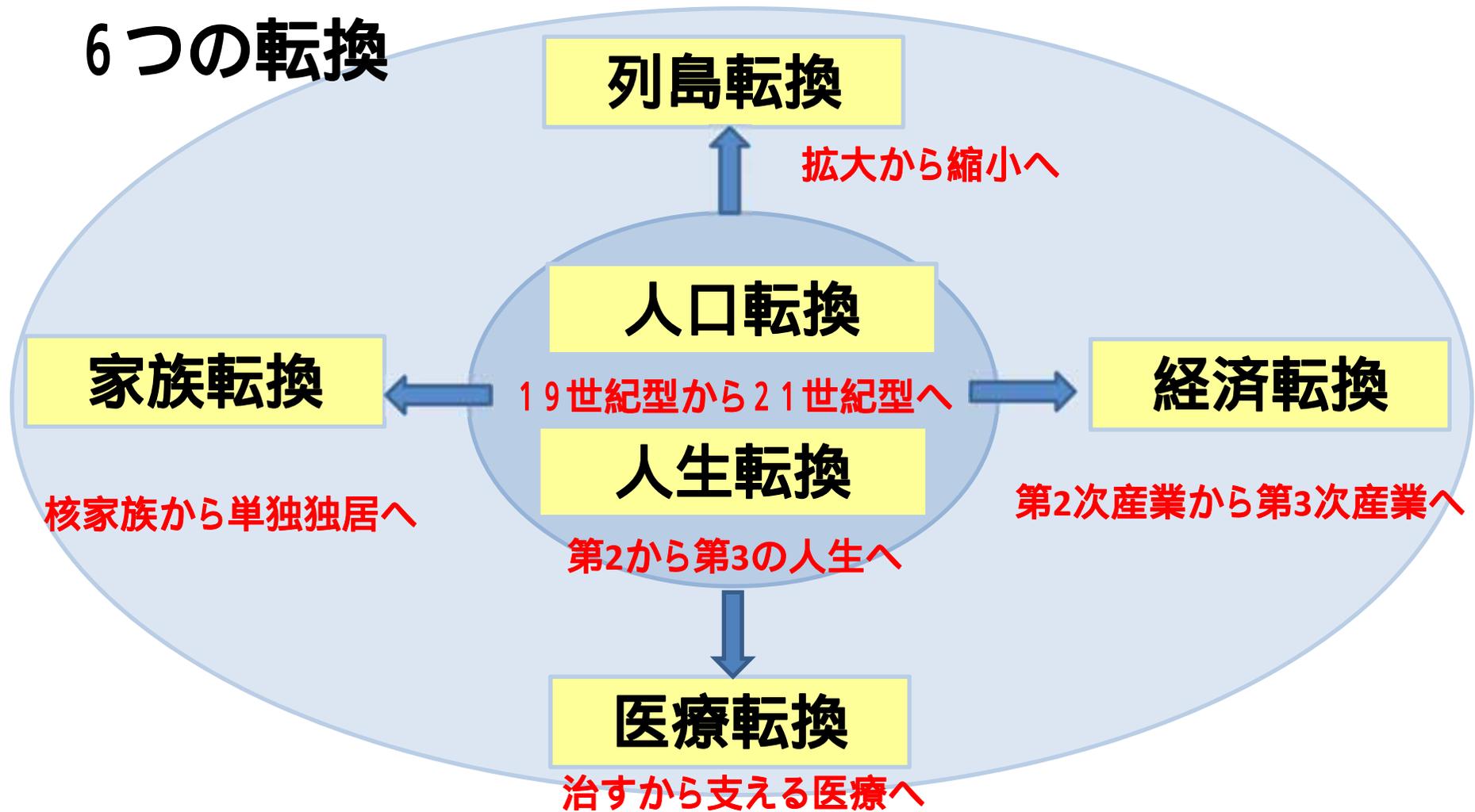
日本大学歯学部摂食機能療法学講座演習

分析総括

1. 健康概念は、語源的には「完全」や「全体」を示す。
2. 日本には江戸時代に輸入され明治時代に広まる。
3. 健康の原類型を3つに分類し、アンケートで確認した結果、「生活ができる」が最も多かった。
4. 戦後の健康概念は1946年のWHOの憲章が大きな影響力を持ってきたが、WHO内外で批判され疾病構造の変化や医療技術の進歩とともに健康の定義は刷新されてきた。特に「健康増進」の概念が画期的である。

生存転換による近代の終焉

6つの転換



年齢と疾病と人間観

0 歳

50 歳

75 歳

老化



外的、生殖関連： 感染外傷母子疾患
早期退行性病変： 成人病
晩期退行性病変： 老人病

医療の目的
「理想に戻す」



ギリシャの
理想の青年像
「プラトニズム」

医療の目的
「老人の
生き方を支援」



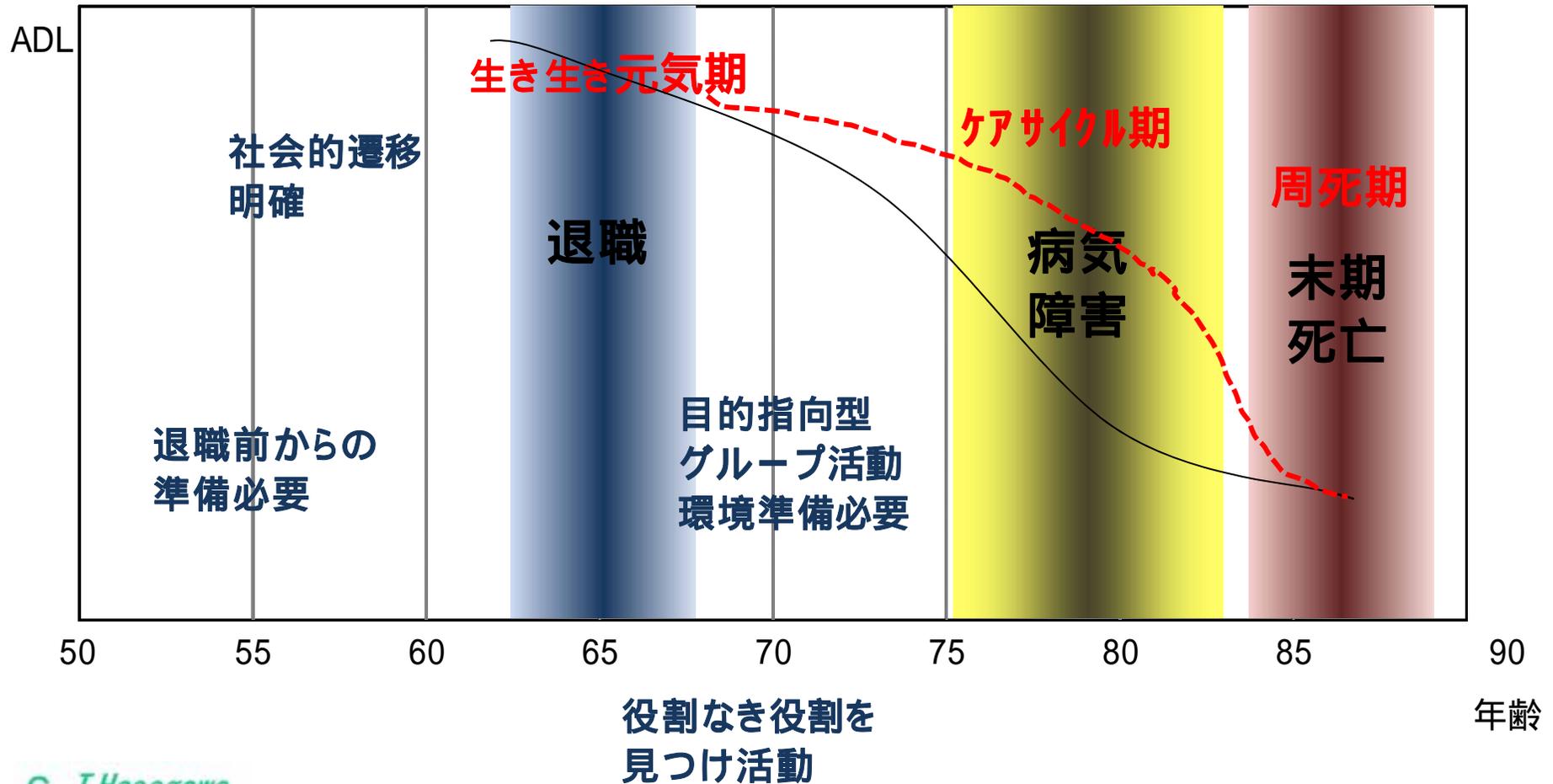
日本の
現実の老人像
「病と障害を抱える」

© T Hasegawa
NMS, Japan

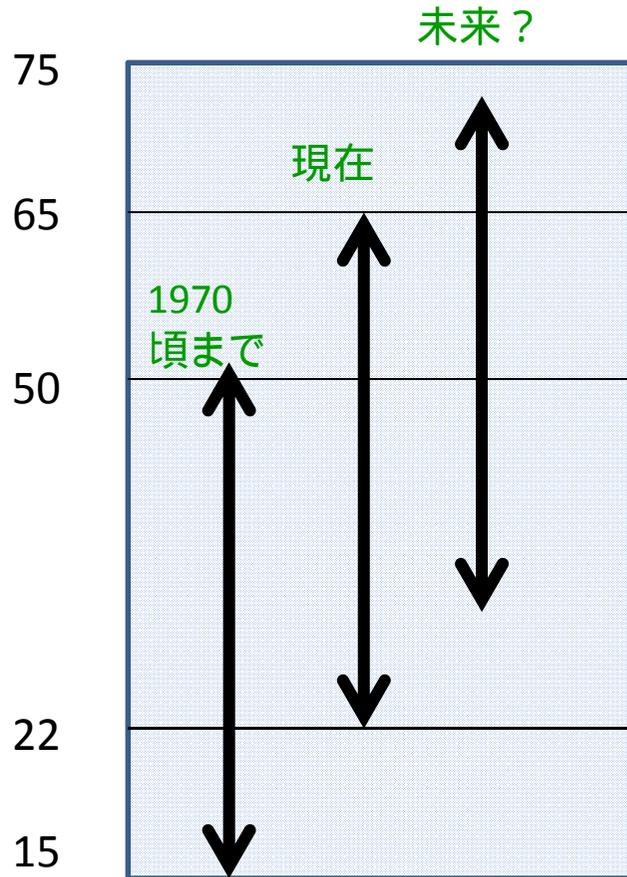
	19世紀以前	19世紀 - 20世紀	21世紀 -
Goal (目的)	神との合一 (自然との調和)	国民国家 (第二人生活用)	自己実現 (第二トラック)
Health (健康)	バランスが とれている	疾病がない	QOL、QOD (よりよき人生・死)
Standard (指標)	訂正的	定量的 (死亡率、罹患率)	定量、定性 個別性
Model (モデル)	体液説	機械論 還元主義	ネットワーク
Intervention (介入)	ホメオパシー (瀉血)	アロパシー (薬・手術)	ケイパビリティ ソーシャルキャピタル

人生の後半、3つの期

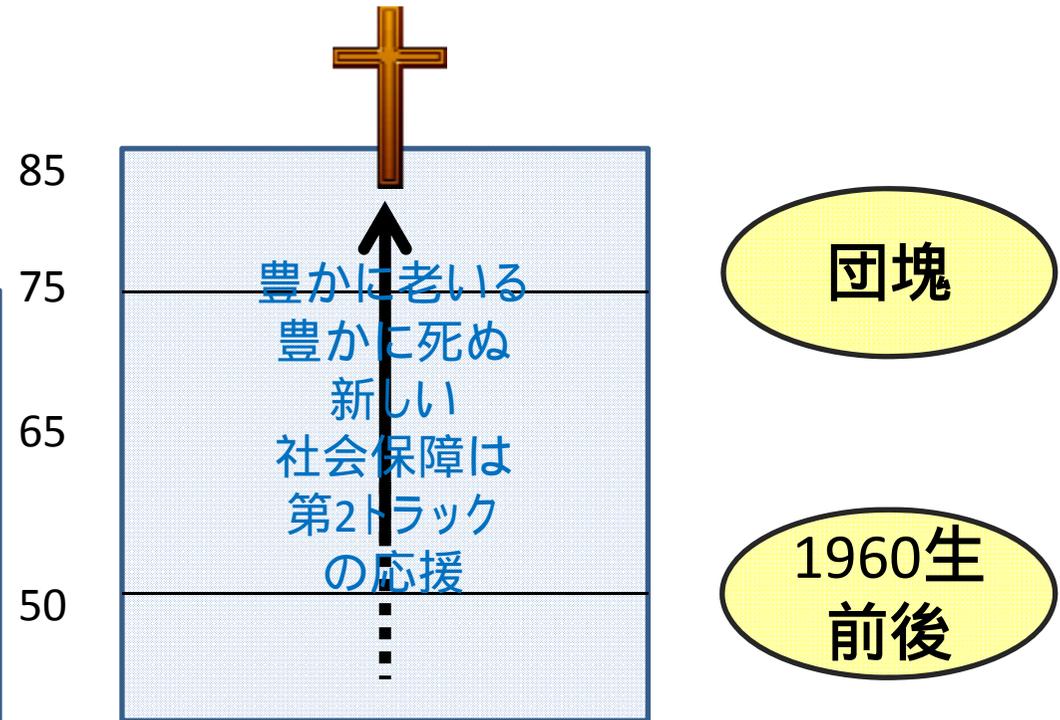
男性、退職者の場合



2つのトラック



第1トラック



第2トラック

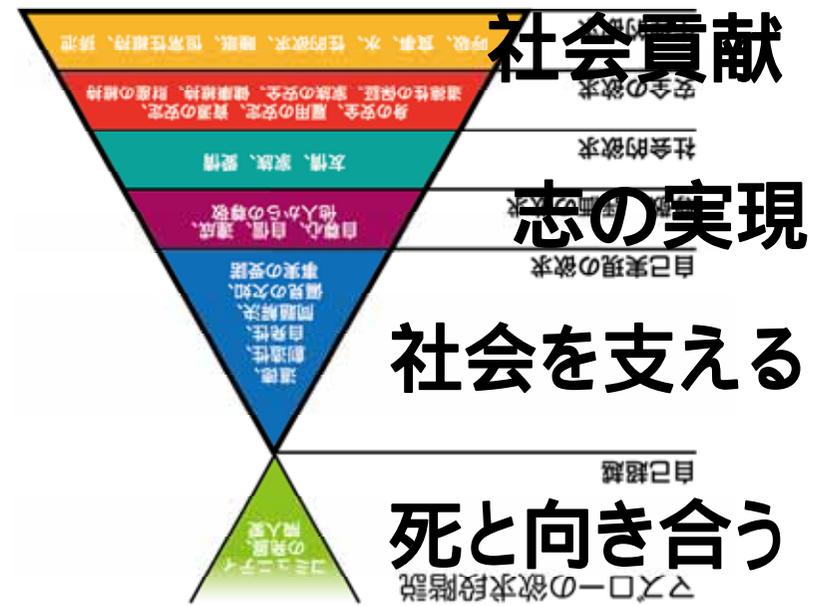
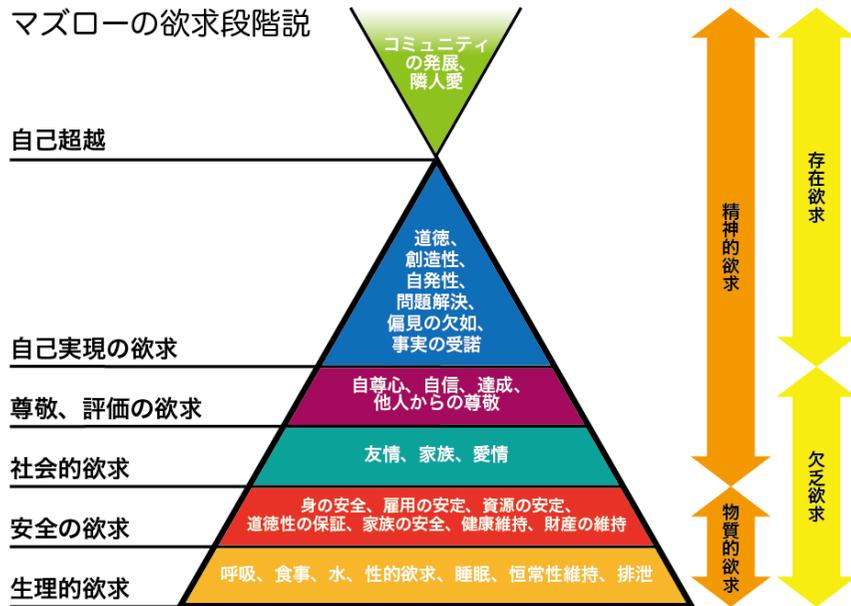
関連世代

自己実現

新しい自己実現まず
死と向き合うことから

第1トラック

第2トラック



マズローの三角

逆三角

健康概念システムではその対象と介入が時代と社会によって転換する。

社会が高齢化し、感染症の時代が成人病(生活習慣病)の時代に転換し、疾病観や身体観が変化するなかでここ20-30年欧米を皮切りに世界で健康の再定義がなされてきた。

日本ではさらに成人病が老人病(認知症、寝たきり)に転換し社会も21世紀型に転換しており、さらに新たに明確な概念が求められている。

従来の医療の考え方

1. 正常とは完成された個体を対象として数値化、画像化したものである
2. 正常とは部分(臓器・細胞・遺伝子等)の機能や構造をもって決定したものである
3. 全体は部分の集積で説明が可能な体系である
4. 病気は部分の傷害(一臓器、一傷害)という形で発症する
5. 傷害の原因と部位の特定は可能である
6. 部位への技術の介入によって、治癒・回復を目指す
7. 部分への治療の結果は全身の生命予後、QOLに直結する
8. 特定病因論、古典力学、要素分解主義の因果律で説明が可能である

高齢者医療の原点

1. 高齢者は完成された成人とは異なる
2. 老化という過程に疾病が加わる
3. 多臓器の傷害が一般的である
4. 正常とは、部分(臓器・細胞・遺伝子等)と全身との至適な平衡・調和状態である
5. 部分と全身との平衡・調和状態は個によって大きく異なる
6. 部分の機能や構造の検査は補助的な価値をもつ
7. 治療は部分と全身との至適な平衡・調和状態を目指す
8. 至適な平衡・調和状態は生命予後やQOLを改善する
9. 部分の治療の結果は全身の改善に直結しない
10. 復元力の強さは個体によって差が著しい

生活の場における診断の過程から平衡・ 調和状態を目指す医療的対応を考える

→今後あるかないかわからない疾患、症状、状態像について
病態像の変化を予測しその対策を考えることである。

摂食・嚥下
身体能力の低下・リハビリ
サルコペニア
ロコモティブ
排泄
認知症
血管病変
がん 等

倫理
生命感
老いの究極的な意味

医療モデルから生活モデルへの質のある看取り

医療モデルから生活モデルへの パラダイムシフト(新健康概念)

- 複数の慢性疾患を抱えながら地域で暮らす人の増加
 - 急性期医療を中心として構築されてきたヘルスケアシステムにおける長期ケアにかかわるサービスの断片化、医療的ケアと社会的ケアの連続性の欠如が、「患者にとってのサービスの質」、「資金や資源の無駄遣い」の両面から大きな問題に
- 健康概念の変化、支援観の変化
 - 「病気と認められないこと」から「心身の状態に応じて生活の質(QOL)が最大限に確保された状態」を中心とするものに
 - 「治す」から「支える」へ

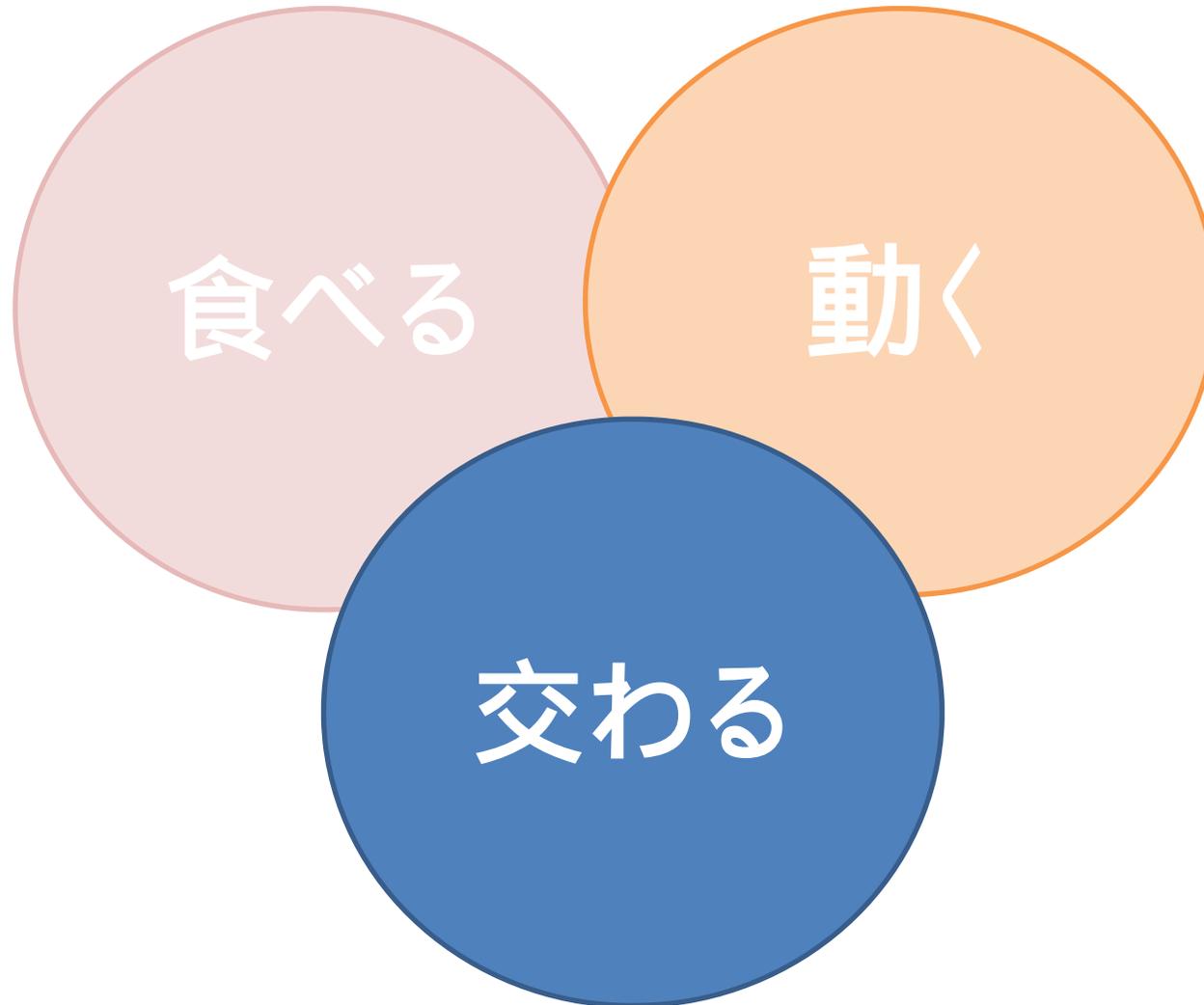


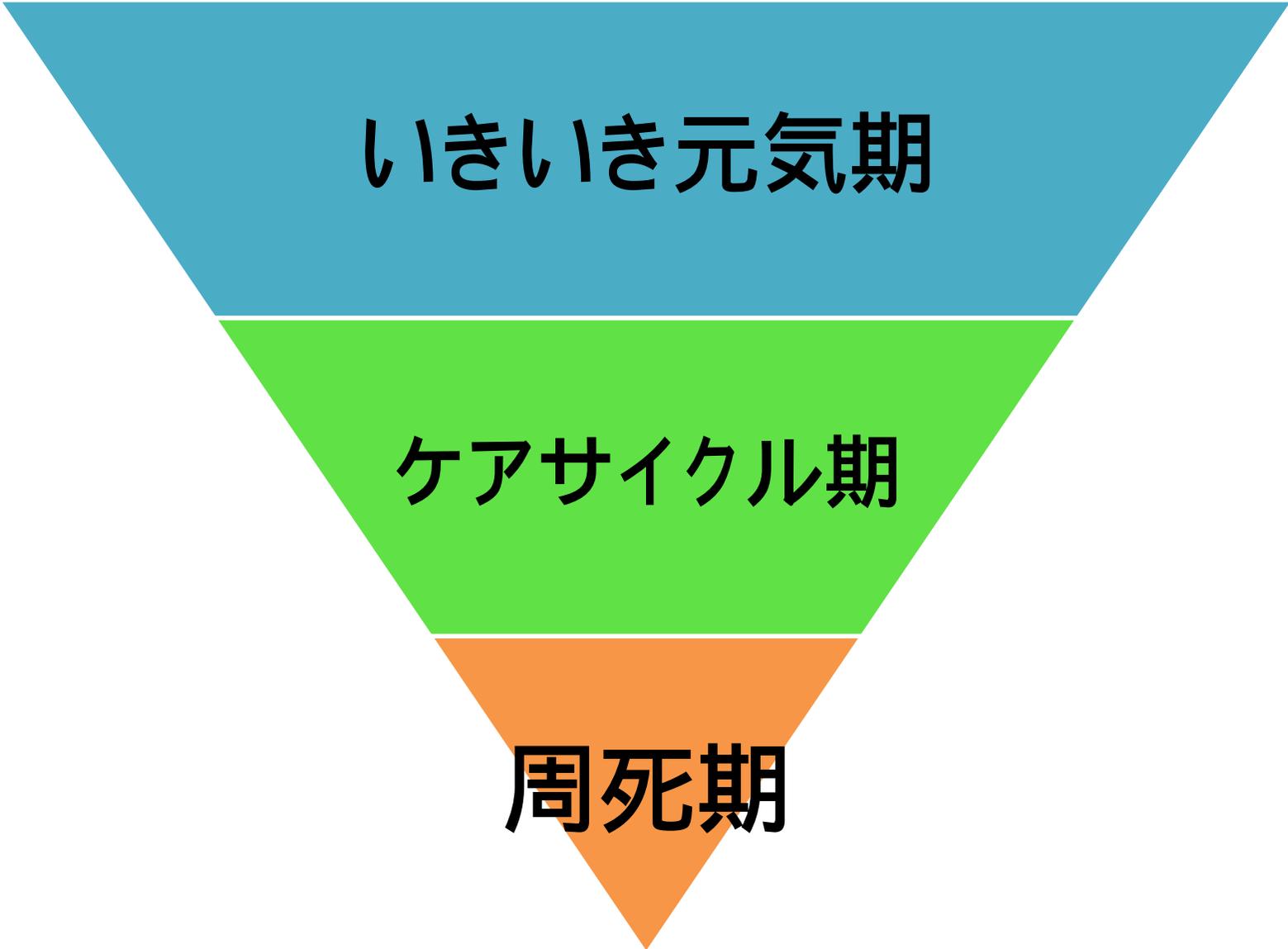
「住み慣れた地域での尊厳ある暮らしの継続(Aging in Place)」「生活の質の向上(明確に在宅医療が位置づけられる)」をサービスのアクセス・質・利用者満足度・効率性を改善しながら実現するかもしれないシステムへの「期待」

健康観/疾病観が受け入れられるためには専門家で共有されたモデルと一般人の考え方が一致し、社会の中で用いられなければならない。

医療人類学の解釈モデル(EM)は疾病治療に際したその一致プロセスの解釈である。さらに社会の受容が必要となる。

いきいき元気期



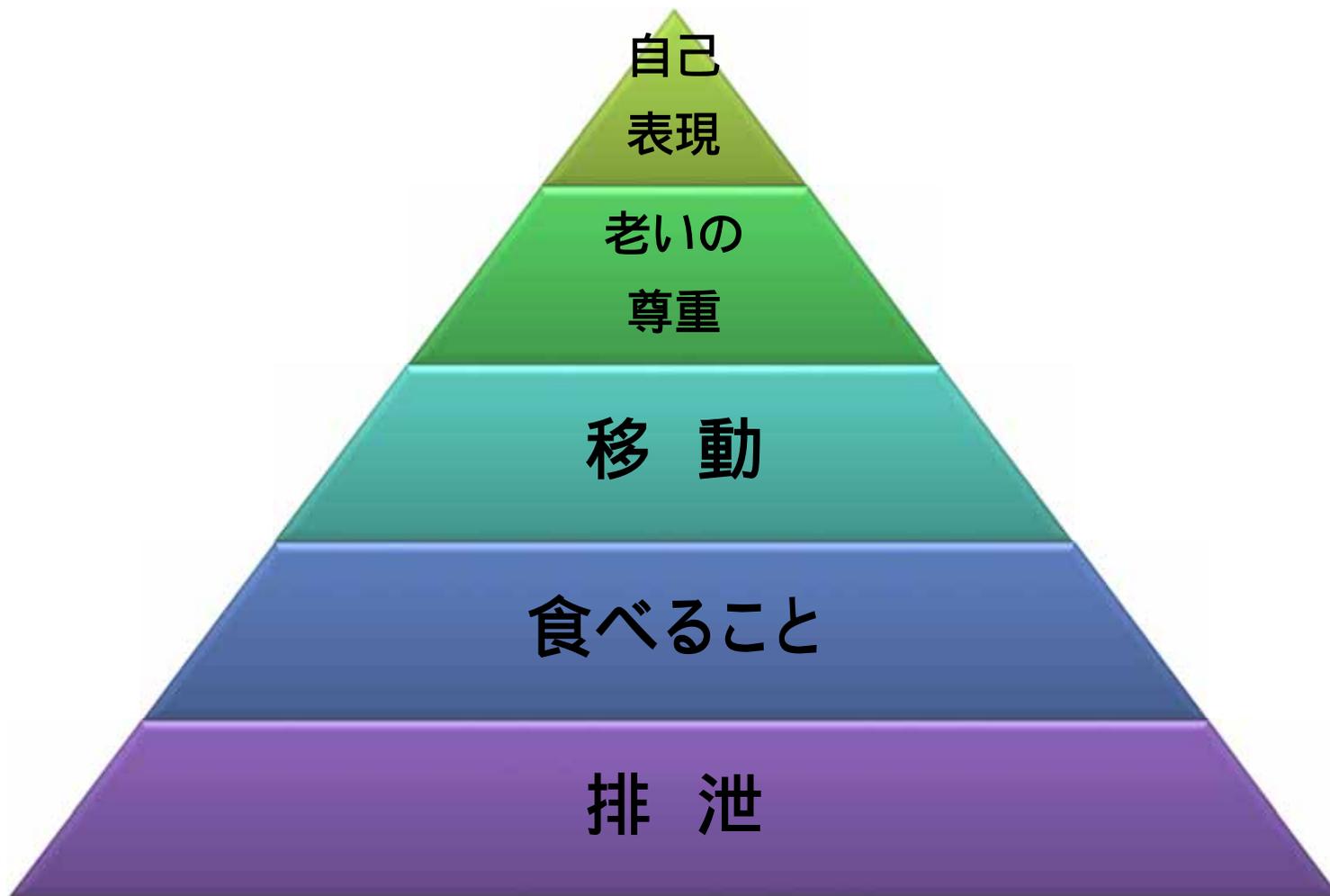


いきいき元気期

ケアサイクル期

周死期

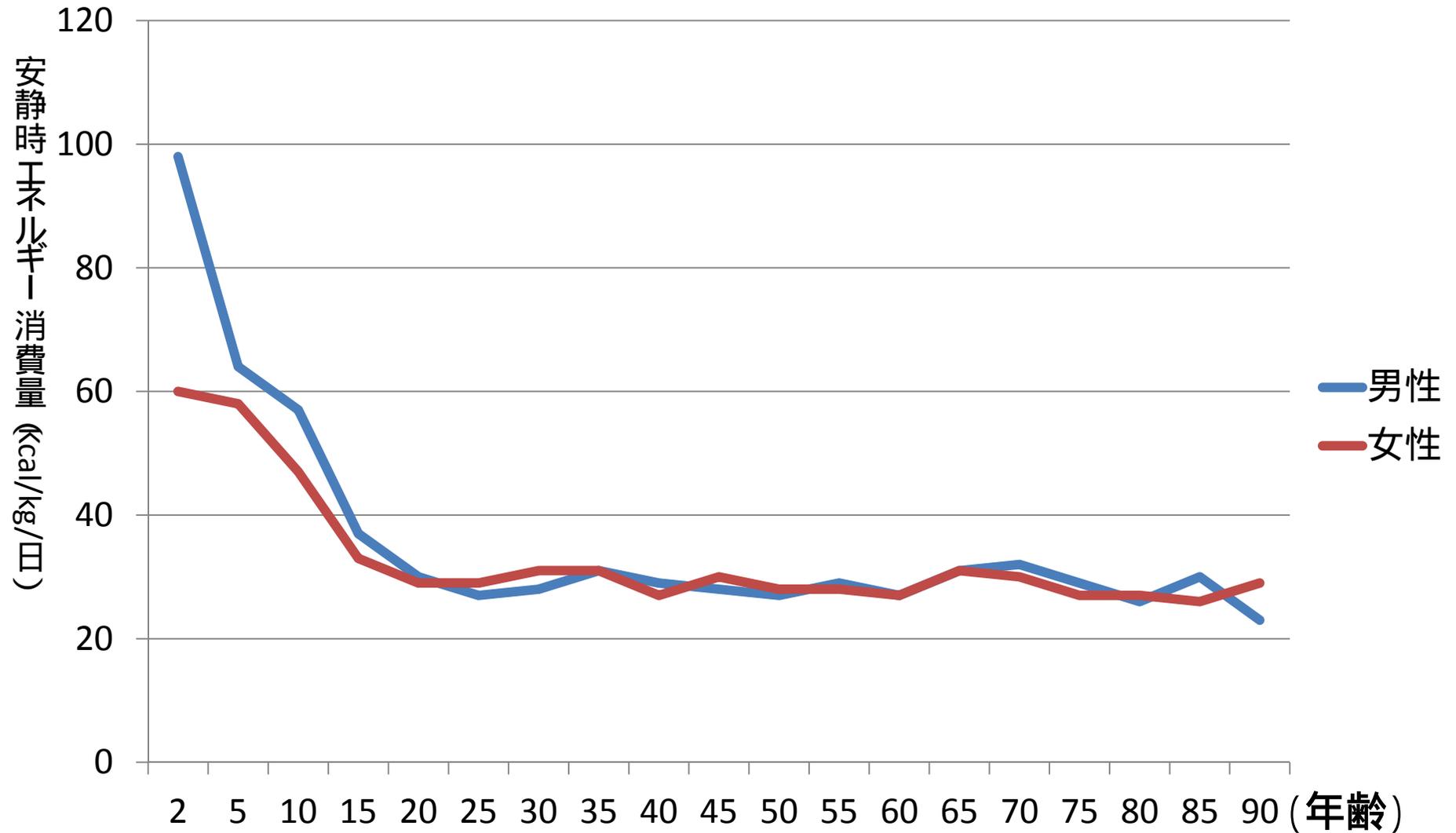
老いにおける主体と客体



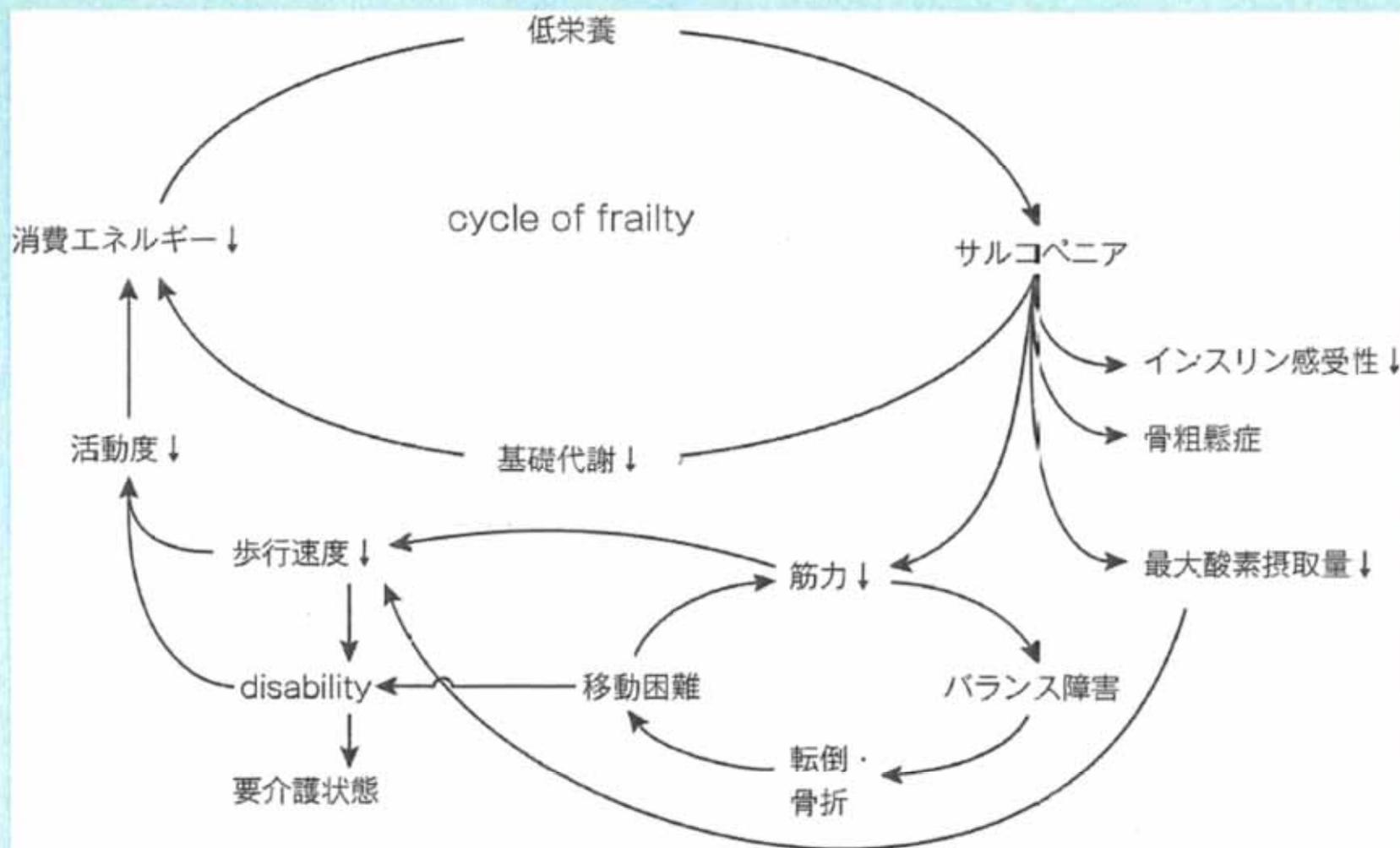
老いても主体として生きる為の方法

健康寿命、虚弱、死

加齢と安静時エネルギー消費量



Cycle of frailty



Xue QL et al: J Gerontol A Bio Sci Med Sci 63:984, 2008 を改変

フレイルから健康長寿へ！

- 83歳の男性
- 2年前に転倒骨折、意欲・記憶力低下
- HDSR20点で認知症と診断．体重51kg
- 若い頃から服用のベンゾジアゼピン系抗不安薬を中止 HDSR29点まで回復
- 血清テストステロン低値でホルモン療法開始
体重55kgへ増加、意欲向上
- 所望され、長時間型ED治療薬を処方
夜服用し、朝夫婦関係で大満足

周 死 期

社会的な死

生命の
死

新たな21世紀型社会は社会の構造が19世紀型から遷移し、生き方/死に方/働き方/自己表現の方法が変わる必要がある。

2060年に完成する21世紀型社会では、50歳以上が60%、75歳以上が28%を占める。19世紀型を担った人生の第1トラックの他に第2トラックを想定し、そこでの「健康」、そして「医療」「福祉」の目的を転換する必要がある。

そこでの「健康」への介入は19世紀の「医療」「福祉」のようにターゲットがピンポイントにそれぞれ独立して存在し、「生活」の場から切り離されたものでなく、生活の場を前提に組み立てる必要がある。