

シンポジウム『いきいき人生をきずくために』

ディスカッション

参加者：福本 安甫・三浦 宏子・波多野 義郎・高村徳人

司会：内川 義和（質問：南嶋洋一・富山雅章・甲斐享博）

司会（内川義和）：時間となりましたので、これからディスカッションを始めたいと思います。まず、基調講演をなさった福本先生に QOL の概略とこれからの課題についてお話を頂き、他の 3 人の先生方には、QOL 向上のための具体的な取り組み等をご紹介頂きました。まず最初に会場の方から、何かご発言ありませんでしょうか？

南嶋洋一：まず問題は、健康とは何だ、健康をどう考えるかという事ではないでしょうか。私は、福本先生の主観的な健康観に賛成です。

そうすると、1947 年の WHO 憲章に揚げられた健康の定義に触れなければなりません。「健康とは、身体的にも精神的にも社会的にも完全に良好な状態をいい、単に病気がないとか虚弱でないという事ではない」という、かの有名な定義です。さらに、採択に至らなかったとはいえ、1999 年の WHO 総会に提出された、「健康とは、上記の定義に加え、spiritual well-being を含む adynamic state である」という概念です。

第二次世界大戦の時点で、健康を全人的に完全な状態と定義したのは、画期的な事だと思います。しかし、WHO による「健康」の定義は、あくまで理想であって、現実には到達しがたい目標であると言わざるを得ません。敢えて幻想とは言いませんが、第一、この定義があてはまる「健康」な人がどのくらいいるのでしょうか？病気や障害は無くなるのでしょうか？病気や障害を持った人は「健康」

になれないのでしょうか？「健康」は全人的に完全な状態であるとする、その「健康」を増進するとはどういう事でしょうか？要するに、病気や障害を持ちながらも、生き甲斐を持って生きていく、そういった現実的な健康観と、その為にはどうしたらいいかという方法論が、ここから発信出来ればと思います。

福本安甫：まさにその通りだと思うのですね。概念だから、非常に高いところで考えられていて、南嶋先生言われたように、“spiritual”な“well-being”っていったいなんなんだと？そういう事になってくると非常にわからなくなってしまいます。だから、一つのかたちとして、一方でヘルスプロモーションのような考え方が出てきて、具体的な姿を作り上げていこうというのではないかと思います。こうした方向性が今後示されてくるのではないかという期待も持っています。

南嶋：もう一つ、正に高齢社会です。私見を申せば、年を取れば必ずどうかある。異常が見つかります。「無病息災」など望むべくもない。せめて、「一病息災」。私は「多病息災」でもいい、目的を持って生きていられればいい、と思っています。つまり、健康は自分の目的達成の為の手段であって目的そのものではない、という観点ですが、いかがでしょう。

福本：そうですね、この QOL 研究機構が求めるのは、まさにその方向にあるかと思います。

ですから、自分がどう健康的なのかと感じていき、それを自分の生活の中の論理として考えていくか、見つけていくかと思いますが。三浦先生、何かありますか？

三浦宏子：ご指摘、どうも有難うございます。まさしく、新しい時代を迎えて、それぞれの立場でどのような健康感を追求していかなければならないという難しい問題に直面していると思います。

南嶋先生のご指摘の通り、「一病息災」という考えを否定した場合、QOL が高く幸福な人生は疾病を有する者には無関係であるという、非常に不思議な形になってしまいます。WHO の健康の定義も、数年前改正の動きがあり、“spiritual” という耳慣れない概念が導入される動きがありました。この” spiritual” は、日本語に無理をして翻訳すれば「霊的」とことになるのですが、最終的には WHO 総会にて政治的な事情で否決されたと聞いております。このように、健康のあり方については、日本だけでなく、先進各国、途上国など様々な地域や場所によっても異なり、画一的な健康観ですべて解決できるような単純な問題ではないように思われます。

別の言い方をすると、このような健康観の定義の曖昧さは、QOL の定義の曖昧さにつながるところがあるように考えます。つまり、その地域、ひいてはその方に見合った QOL や健康というものが存在しているようにも思われます。

南嶋先生のご質問の直接的な回答になるかどうかは、わからないのですが、ちょっと興味深いデータがあるので、ご紹介をしたいと思います。通常、医学研究では客観データで寿命がどの程度延命したかを評価するものが多いのですが、JAMA に掲載された疫学論文では、主観的に「自分が健康である」と思っている人のほうが、そうでない人よりも寿命が長い傾向があることを示しています。詳しい

内容は省略致しますが、ここで重要なことは、自分自身の主観的な健康状態の評価は、総合的に心身の健康状態を評価する適切な方法であるということです。

司会：ありがとうございました。他にもフロアーの方から、ご発言ありませんでしょうか？

富山雅章：あたご整形外科の富山(とみやま)と申します。私は 17 年程福祉関係の仕事に勤めておりまして、今年途中から医療関係の方に就職して、医療と福祉の連携をはかりたいといううちの院長の言葉にほろっとしまして、転職を決めたものですがけれども。

難しい事は判りませんが、延岡市におきましてもですね、保健医療福祉の時代という事で、数年前から色々な事を行政が中心にやっております。その中で医療の部分につきましてもですね、急性期治療の意思改変なり、それを中心として市内の各会より、それに、今度は介護の現場を含めたかたちで、延岡市のベンチャー的なものが出来ないといけないねという事で、県立病院の人達とも話しているのですが、延岡市の予防医療介護という事につきまして、フォーマル、インフォーマルな部分に双方でさまざまな社会資源があると思います。

これは、医療の分野とか福祉の分野とか言うよりも、一市民としての意見になるかもしれませんが、これから大学の方で色々な研究をされていくと思うのですが、できましたら延岡市の色々な社会資源を、もっと現場を見て頂いて、その上で延岡市に密着したものを研究して、またそれを各現場、そして市民に出来ましたら噛み砕いて横文字が少ないようなかたちにして、またこちらの大学からフィードバックして頂けたら、QOL の向上を目指して地域の楽しい街づくりという所にも繋がると思います。一市民として大学へ期待する

と同時に、大学おうえん協議会という組織が延岡市にもございますので、相互に密着して頂ければという希望がございます。

それと一つ質問なのですが、QOL の向上の中で疼痛というものが出てきます。身体的な痛みと精神的な痛み。両方ありますけれども、体の痛みにつきましては医療サイドでのご発表がありました。介護における疼痛感につきまして、何か、こういったやり方があるよとか、ありましたら教えて頂きたいと思っております。

司会：身体的あるいは精神的観点からみた疼痛に対して、先生方アイデアございましたらご発言をお願いします。

高村徳人：薬学的な観点になるかもしれませんが、先程の発表の中では話してなかった事で、薬を減らせるという事をやれた患者さんの例なのですけれども、関節リウマチの患者さんで、徐々に増してきた痛みに対し、鎮痛薬の増量が行なわれており、そのため、その患者さんは副作用をたいへん心配しておりました。

薬学的分布診断法に基づく投与方法において、鎮痛薬の減量が可能となり、その患者さんは副作用の恐怖から回避できたようで、非常に喜んでもらえました。薬を減らして効果を上げることが出来れば、気分的な面において良好な働きがあるようで、そういう面では末期的な場面において介護が介入出来るのかなあと思えます。

福本：逆に一つお聞きしたいんですけれどもね、痛みって多分、ご本人において痛みを強く感じる時とか、逆にあまり感じない時とか、一日の流れの中であるんじゃないかなという気がするんですよ。

介護する立場の我々もそうですけれども、痛みが強い時に、変な介入の仕方をするとか

計に痛みを強く感じる事になりかねないだろうと、言うような事もありますよね。むしろ、痛みを強く感じている時とか弱く感じている時は、どんな時なのかを把握する事が大切ではないでしょうか。そういうタイミングと介護の仕方の関係をとらえるという事ことが、一方ではあるのかなとちょっと思いますが、実際にそのような事をお感じになられるような事ございますか？

富山：今、現場におるのですけれども、そういった事に関しましてデイケアを利用する方が疼痛を訴えるといった時に、我々は医療的な事が出来ない。介護職員としては話を聞いて、後はさすってさしあげたり、マッサージをしてさしあげたり、それ位しかする事しか出来ない。

その中で色々な話をする中で先程高村先生が仰いましたけど、気持ち的な部分からサポートしてあげるという位しか出来ていない状態なので、何かあれば教えて頂けたらと思っておりました。

三浦：やはり医療ということが関わってきますと、安全性や法規上の制約など様々なことがあり、介護職のできることで大きな制約をうけることとなります。その一例としては、吸引の問題などが挙げられると思います。この問題は、現場の介護職にとって非常に大きなものです。

ご質問にあった疼痛ケアについてですが、それが疾病によるものであった場合、先ほど申し上げたような制約が当然ある訳でして、やはり医療職でないといけない分野だと思います。ご質問に対して、正面から回答していないような気もするのですが、やはり医療と福祉の連携を今まで以上に強化して、適切な専門職によるケアが必要であると考えます。ただ福祉職であっても、代替医療的なサポートはできるのではないかと考えます。以前は、

代替医療というと怪しげなものも多く、その内容を疑問視することも多かったのですが、最近では WHO も代替医療の効果を検証し始めており、科学的根拠の集積が待たれるところであります。

将来的には、アロマセラピーやリフレクソロジーなどを介護職がうまく活用することによって、より質の高い介護ができる可能性があるかもしれません。

波多野義郎：全般的な事で申し上げますと、例えば高血圧の患者さんが運動していいのか、という問題があります。

あまり高血圧が激しければ運動しない方がいいですよと言うだけけれども、人間の体というのは運動をしなければいけない程また悪くなってしまいます。出来る日を探してもらわなければならない。今日は気分がいい...、気分がいいというのは必ずしも危ないかどうかというのは別の問題ですけれども、その問題をクリアしながら、どういう日に、自分は運動が出来るのかというのをその人に探してもらわなければならないですよ。

そして、そういう時にちょっとした運動から入ってもらって、やっているうちにはじまるとですね、血流がよくなると、今度は気分がよくなって痛みが緩和されるという実例がいくらでもあるんです。膝障害でもって歩く事が出来ない、走る事が出来ない、そういう人がウォーミングアップをきちっと行なうと、知らない間にスタスタ出来るようになる。4キロ歩いても6キロ歩いても平気だという風になるんですよ。

で、またあくる日に体が冷えてしまっているとまた歩けなくなるんですよ。そういう様な、人間というのは動かしていると動かせるようになるというのがある。あるいは動かしていくと体が作用し、痛みが直っている。そういう事で色々とお話が出ている要素がありますので、全然無関係ではないですね。

これが本当だと言う話になると、厚生省も困るな、僕らの事を邪魔するんですけどもね、いわゆる民間療法的な話で言えばいくらでもそういう事になるんじゃないですかね。

QOL というのはね、その辺こそどういう風にして皆さんにいい生活を送って頂くという事を考えなくてはいけないと思うんですけども。

福本：今までのお話をお聞きになって、多分お分かりになったと思うのですが、痛みが強い時にどうするかではなくて、痛みが軽い時にどう過ごすかを考えてみるのが QOL 的なものの発想ではないかと思えます。痛みが出来るだけ軽い時に、どういう風な過ごし方をすればそういう状況が続くのかと、言うような事を考えてみるのが必要ではないかなと。そういう事でエッセンスが取れば一番最高かなと。

波多野：もう一つ思い出した。今度 12 月の学会で出すデータの中にあるんですけども、ADL が高いグループはお灸の効果を信じている一方、ADL の低い人達はお灸に対してネガティブなイメージを持っている。一つの例なんですけれども。だから、体の可能性というのは、色々開発していくと、横に繋がっていく事もあるんじゃないだろうか、という予測もあるんですけどもね。

司会：ADL のお話になりましたけれども、QOL を評価するにあたっていくつかの尺度の中に ADL があり、波多野先生のお話の中にも ADL とライフスタイルが一致しているというのがありました。ADL が高齢者では低下するにも関わらず QOL が上昇するというデータを出されておりましたが、それは、QOL の領域が生物学的なものから個人的、社会的、経済的、それから環境的など非常に広範囲に渡ることが要因のひとつと考えられます。

また、三浦先生のお話からは地域住民、行政、保健福祉、医療等専門家の共同作業が重要だというお話がありました。このような中で、QOL 研究機構としてどういう風に寄与していくかという事が今後の課題になると考えられるのですが、この点に関して福本先生から、今後の QOL 研究機構として社会貢献、どのようなかたちで寄与出来るのか、またその具体的な方法についてお話頂ければと思います。

福本：今、ご質問の中にありましたように、一つは社会資源を我々がきちんと把握する必要があるだろうという事です。医療的な資源、福祉的な資源、そういったものの質・内容をきちんと把握しておく事、その把握した中でどう連携が可能なのかを我々なりに探していく。それを地域に提供していくと。そういうかたちが一つ必要なのかなと。これは今、きちんとわかってないですよ。どうですかね？

甲斐享博：延岡市の企画課の甲斐でございます。ご承知の通り、宮崎県自体が老人福祉を中心にした福祉は結構進んでいる。それ故、社会資源は沢山ございますけれども、福本先生が今ご指摘になられたようにその中身がどうか、という事になってくると仰る通りかと。

まさにこれからそういった部分を QOL 研究機構の中で特に薬学、健康部門、そして福祉部門の中で研究しながら食い込んで頂く事になるというか、私達自身もその中で変わっていくという事になるかと思っております。

福本：有難うございます。我々はその部分を何とかしたいなあと思っています。QOL 研究機構の一つのプロジェクトとして立ち上げたい部分なんです。行政と一緒に資源や内容を把握して連携化をどう進めていくかを、甲斐さんと相談している所なんですけ

れども。そういうかたちでまず、地域に貢献出来るのではないのでしょうか。

司会：ありがとうございました。時間になりましたが、QOL 研究機構が今後どういったかたちで発展していくのかというのはこれから期待して頂きたいと思います。2 回 3 回とこういったシンポジウムを重ねていくことで、少しずつ判りやすく具体的なものになっていくと思います。これでパネルディスカッションを終了させていただきます。