

「糖尿病のセルフコントロール」をどう考えるか

鴨志田恵一*

Advice for doctors concerning “Self Control”, from diabetes patients side

Keiichi Kamoshida, Chief editor monthly magazin “Ronza” Asahi Shimbun

“Self Control” is different from “Mind Control”. The concept of “Self control” of diabetes patients should be reconsidered by doctors and patients both side.

To get real self control is not so easy, sometime doctor’s general advise break the patients self care so more carefully observed the stages of patients.

The most effective advise could be recomendence physical exercise, to encourage positive mind condition, and to return back social life.

I はじめに

1990年5月、満47歳当時、筆者は糖尿病と高脂肪血症との診断を受け、緊急入院した。すでに、多くの典型的な糖尿病の自覚症状があったが、糖尿病に関する知識はまったくなく、職務を継続したいとの意欲で、あえてその症状を他者に訴えなかった。病は相当に進行しており、高血糖昏睡の可能性も高かったと医師は言い、入院後ただちにインスリン注射が開始された。

新聞記者という職業柄、不規則な生活とストレスは、むしろ職務に集中するほど不可避なものであって、しよせん病人や弱者は排除されてもいたしかたない激烈な仕事であることに気負いをもっていた。それだけに、自分が戦列から

* 朝日新聞『RONZA』編集長

離れるという、入院時の心理的ショックは人一倍であった、と思う。

その後、筆者は職場復帰可能となり、インスリン投与を中断しても、血糖の正常さを維持できるようになり、1991年11月、自己の闘病体験と他患者の観察、専門医師らへの取材を含めて『糖尿列島』（情報センター出版局）を発刊することもできた。

この著書への反響は、筆者の想像を超える大きなものがあり、多方面の医学関係誌、一般マスコミでも紹介され、患者・家族のグループなどへの講演依頼を受け、筆者は糖尿病患者の広範な実態をさらに知った。今日、日本の患者急増の実態はきわめて深刻である。

また、筆者は1996年1月から、日本糖尿病協会・医歯薬出版の月刊誌『さかえ』誌上で「糖尿列島・その後」の連載を開始した。現在の職務は朝日新聞社の硬派月刊誌の編集長という、現役新聞記者とはまた質の異なる厳しいストレスの中に身を置いている。

2か月に一度の定期検診は欠かさないが、血糖値も中性脂肪値も、かつてほどの健全性は保てない。しかし、6年前の緊急入院前後の自覚症状のようなものはなく、努めて規則正しい運動を続け、週末の休養を心し、職務遂行についても懸念されたわりには、よく進んでいると思っている。

このような状況下で、今回改めて「糖尿病のセルフコントロール」について言及する機会を与えられたのは、新たに職場復帰した患者の立場からの印象と提言を示す役目であろうかと、考える。

あくまでも、医師の立場とは異なった患者の視点、それもジャーナリストという自己を時代の動きに密着しようという執念で生きる筆者の論述は、やや異質であることは否めない。そのことを、十分承知しながら、このテーマについて考察を試みてみたい。

II 自己管理の再定義の必要性

セルフコントロールとは、文字どおり各患者自身の自己管理を意味するので

「糖尿病のセルフコントロール」をどう考えるかあつて、自己が個別的であるように、総称的な「自己管理」という定義はありえない。医師や医療機関は、絶えずこの言葉のもつ意味の深度を確かめながら、患者に接し、助言しなければならないだろう。

医師が総称的にセルフコントロールを患者に求める姿勢は、たとえば極端ではあるが、信者にマインドコントロールをする新興宗教の指導者とさして変わらない危険性がある。つまり、医師側からのマインドコントロールが持続されないかぎり、患者は主体的な自律生活に切り換えられないからである。暗示や説教の姿勢では限界がある。

また、個別患者側にしても、長期的な日常生活の過程で、自己管理のレベルに様々な変化を余儀なくされるのが普通で、個人だけをとっても、自己管理を総称化するのは難しい。生活や仕事を一定に保つには、隔離状態か隠遁しか方法がなかろう。現実の社会生活、家庭生活は目まぐるしく変わり、患者は年齢を重ねていくものだ。

しかし一方、患者が自己の状況や環境に応じて自己管理のレベルも変化させてしまうという考え方は、自己管理そのものの否定につながるという医師側の指導も、本来的には正しい。初期の患者に対して、自己管理という概念を徹底的に植えつけるには、かなり厳密な計量的・時間的な基本指導が必要なのは、いうまでもない。

ではあるが、その指導がどの患者に対しても一律で硬直化すると、程度の進んだ敏感な患者は医師の指導自体が、自己管理の継続にとって大きな障害、負担となることを感じとる。むしろ、医師の指導方法に責任転嫁をすることによって、反抗を正当化する。反抗の先にあるのは、病の進行であり、こうした患者の合併症発病こそ医師や病院側では問題とされているはずだ。

医師にとって糖尿病治療は、他の疾病治療よりきわめて困難であろうことが、最近筆者にはよく理解できる。究極的に、このセルフコントロールが治療のカギであり、ことは患者に対しての、精神指導者であり、教育者であり、真の意味での宗教指導者的役割をも、求められていよう。

発症と治癒の病理的メカニズム解明の研究は自然科学のレベルで別個に進め

られるが、患者と接する臨床診断では、決定権が医師側にはない。あたかも、教師と生徒の関係のように、成績を上げるのは生徒自身であって、教師が生徒に成り代わるわけにはいかないようだ。

しかも、学業の成績が向上するのは善であるから、そのために勉強一途を奨励する学校教師とは違って、糖尿専門医師は、むしろ勉強集中のストレスを否定し、身長に応じた体重の維持、凡庸に見える日常生活の繰り返しを奨励するなどという、指導の力点が世の常識とはすっかり反転したものであることを、常に医師は自覚していなければならない。

おそらく、医師や看護婦の多くは健常者であって、過去に上昇や向上心を抑制したり、否定することを奨励された経験は皆無だろうと思われる。一方、接する糖尿病患者は、欲望の抑制が善であるという、まったく異なった価値観の世界に投げ込まれ、精神・心理状態を正常に保つのに、内心苦戦している者ばかりである。この大きなギャップを医師側は、かなり粘り強く認識すべきだろう。

さらに、発病患者の多くは医師・看護婦より世代は上であるし、社会的活動、家族生活の経験を多様に重ねていて、プライドや責任こそが生き甲斐としている。なお自己の向上改善の意欲を捨てないものがほとんど、といってよい。

そういう人々にとって突然、欲望の抑制や自己管理というものが医師に示される。それに一応従う患者は、まず自分の病が進行し合併症を引き起こすのではないかとの恐怖感が動機である。患者がこの限りで欲の抑制を継続している場合は、まだ医師側に決定権があるだろう。

また、それまでの社会生活では経験したことのない、医師と患者の関係、いわば絶対的主従の関係に新鮮さを感じ、自分は治療下にあるという特殊な立場を、他者とは違う特権（負の特権ではあるが）と意識する患者にも医師は決定権をもてる。

しかし、問題はこの先である。ベテランの専門医は、合併症の恐怖感や負の特権意識で自己管理を続ける患者ばかりでないことを、よく認識している。恐怖や特権では、自己管理は容易に崩れるものであり、いずれ再入院や重度の合併症を引き起こす患者の実例を多数見てきているはずだ。

医師の決定権の外に出てしまう、あるいは最初から決定権の下にいなかった患者の意識や生活とは何であるのか、つまり人間の本性とは何であるのか、という考察が成らぬ限りは、セルフコントロールを患者に奨励することの虚しさに突き当たる。セルフコントロールの困難さはここにあり、糖尿病治療のアルファにしてオメガは、すなわち人間生活の根源を問うことにまで至る。

セルフコントロールとは、結局患者の側から定義していかなければならない。医師からなされる患者へのマインドコントロールと、患者自身が実践するセルフコントロールとの間の彼我の差を知ることが、まず最初の出発点であると思う。

III 自己管理開始で生命蘇生を知る

筆者は1990年5月の糖尿病発病以来、それまでの人生でほとんど考えもせずに来たことを、実に身近なものとして再考せざるをえなかった。

糖尿病患者は、がんを宣告された患者に劣らぬほど、自己の一生を振り返り、あれこれ考えるものだ。みかけは健常人であり、黙しているかぎり、他者から病人と見られない。がんのように決定的に将来を悲観しないでもいられるような複雑な気分をどう自己処理し、自己管理すべきか、その矛盾にも悩む。

筆者は仕事、家族、人間関係、自然界とのつながりのすべてに、自分の意識を問い直した。問い直しばかりでなく、現実の行動としても、すっかり生活の組替えを余儀なくされた。特に対人関係については、これまでのように「無理した関係」を努めて切断し、新たに巡り合う者たちと関係を大事にするようになってきた。

そして、自分は糖尿病患者であるとの、自己開示（著書の発行、講演、雑誌インタビューなど）が意識や行動の自然性をもたらした。糖尿病患者であることを、そのまま引き受けることによって、これまで得てきたものの多くは失ったが、これまで見過ごしてきたこと、やらずにいたことを得るようになった。

散文的な表現ではあるが、これまでの人生は、なんと無理をしたものであったか、またなんと、もったいない時間や金の使い方をしてきたか、さらに、い

かに肉体をないがしろにしてきたか、などなどを感じずようになったのである。

自己管理のスタートは、まずこの認識からである。

そして、患者は自分の自己管理の成果を自分自身で喜び、楽しむ気持ちがなければならない。定期検診で理想的結果が出て、医師から褒められ、それを満足するだけでは、真の喜びや楽しみではない。自分自身が喜びの評価者であるという意識に至らなくては、自己管理の継続性は危うい。

自己管理は苦痛ではなく、それを喜びとするのは、至難の技と受け取られるかもしれないが、筆者はこの5、6年の体験を経て、現段階では、確実に喜びとなっている。

自己管理は、患者個別のものであると、最初に述べたが、筆者個別の自己管理と喜びはどういうものか、ここで説明する。

食事療法・運動療法を厳密に1年も続けると、間違いなく血糖値正常、適性体重、となる。この状態の肉体は、明らかに発病前より軽やかで、日常活動に積極性が出てくる。

持続力・集中力が戻ってくる。発声・姿勢もよくなり、人前で話をしたり、行動することが楽である。この大きな変化の驚きは、筆者自身しかわからないのかもしれないが、当然、他の患者たちも同じように驚いているはずである。

日常活動の積極性は、また快眠を得る。寝起きもよくなり、早朝からの活動は、肉体と日照との関係が健全化する。生物は本来朝起きて、夜眠るというまったく当たり前のリズムを、自分のものにする。

さて、日常活動の積極性は、仕事の能率を高め、また仕事量を拡大させることへと次第につながり、その成果によって、職場復帰の喜びも増大させる。

このあたりから、自己管理の問題は第2段階に入る。仕事や対人関係の新鮮な喜びの発見が、それまでの自己管理でやっと得た肉体蘇生の喜び、規則性の爽やかさの感動を薄めてしまう、あるいは忘れさせてしまう危険性が出てくるのだ。

肉体蘇生や規則性などはそのうちあまりに当たり前のことと感じられて、やはり仕事や対人関係がもたらす刺激・誘惑こそ人間としての面白さ、生き甲斐、

という考え方に傾いてくる。

組織や健常者たちの行動、日程などに合わせていくうち、いつしか食事療法・運動療法の習慣が崩れていく。また、不規則な日常性へと戻っていく。そして、血糖値が上昇し体重がリバウンドするときの精神状態が、重大な第2の壁である。

自己管理の崩壊を自覚することは、自己管理自体が、人生初めての経験であるだけに、崩壊も初めての経験である。筆者は、ここで大いに自分への自信を失った。まったく新しい形での自信喪失、挫折のなかにあった。自己管理を再開する意欲よりも、自暴自棄の道を選んでしまう。多食飲酒、仕事の放棄、虚構の生活を自分で破壊したい、とまでの考えになってしまった。

筆者はここで再入院した。1991年5月、退院からわずか1年である。医師や看護婦、他の患者、さらに家族、会社の同僚らの目がことさら厳しく感じられ、あまりの孤独感に耐えられず、初めて自殺を考え、ベッドではその妄想に苦しんだ。

立ち直りのきっかけは、主治医に「それでこれからどうするのですか、また今から（自己管理を）始めればいいではないですか。結局、今からどうするのです」の、アドバイスだった。

おそらく、多くの患者が筆者のような自己管理の崩壊を繰り返していることを知っている主治医の言葉だったと思う。もし、他の言葉、たとえば強い励まし、叱責、慨嘆などであったら、筆者の心理は他の方向へ向かってしまったのではないか、と思う。

人間の孤独性を自覚させてもらい、かつ人間存在は現在という時間性に立脚しているという単純なことを知ったのである。

それから、改めて自己管理を再開した。再開から再び肉体蘇生の喜びを取り戻すには、それほど時間がかからなかったのは、幸いだった。かなりの回り道をしたうえで、筆者の自己管理は第3段階に入ったようだ。

食事療法の習慣は比較的前と変化はなかったが、運動療法に工夫と改善を図った。剣道の稽古を週2・3回確実に生活に組み入れ、毎日の座禅を習慣とし

た。仕事のスケジュールがいかようであっても、1週間に2・3回の稽古を励行し、年間130回程度。これを、ほぼ5年続けてきた。

これは肉体蘇生の喜びから、さらに一段上をいく肉体機能の向上、運動能力の向上というより積極的な喜びの獲得に至った。仕事の時間をやや犠牲にすることにはなったが、自己の運動能力が確実に進歩する喜びは、もう一度日常生活の積極性を強くし、それが、また仕事や対人関係への積極性へと結びついていったのである。

剣道の例は筆者個別のことであり、他の患者への普遍性はない。しかし、この肉体機能向上、運動能力進歩は実に自己管理を継続させていくため重要ではないかと思う。それが園芸・水泳・ゴルフ・エアロビクスなどでも同じであろう。

いま一度、患者は年齢や運動神経などにかかわらず、運動能力の進歩に喜びを感じることで、生活全般、仕事への積極性を回復すべきかと思う。

IV まとめ

現段階での筆者の「自己管理」に関する考えをまとめると、結局患者は自己の肉体を手掛かりに、生き甲斐を再発見し、生活自体を組み替えることに尽きる。肉体能力の向上、運動能力の進歩は、仕事や生活のストレスを自動的に減少させ、またストレスに耐える精神状態をも維持する。

この段階は、少々自己管理が崩れるような状態になっても、容易にまた再開を可能にする。身心一如を自覚すれば、また、自己管理自体にとらわれることなく、おのずと自己管理されていく。

医師や助言者は、あまりに自己管理を考えすぎ、自己を追い詰めるような患者に対しては、運動療法をより一義的に勧め、肉体運動機能の進歩の喜び、面白さを誘発させることが、ひとつの有力な指導かと思われる。筆者の経験からのごく単純な結論である。
