

## 糖尿病 －患者の生き方支援－

竹馬庸裕\*

### Diabetes : Lifestyle Support for Patients

\*Nobuhiro Chikuba

\*Chikuba Clinic

**要旨：**これまでの医療は、医学的根拠に基づく治療を最優先してきた。医療者は患者の感情やおかれている状況を見捨ててきたため、多くの患者が、医療者の望むような生活改善ができずにかえってやる気をなくし、医療者自身も指導力の欠如に無力感を味わってきた。

満足できる治療を提供するには、患者との民主的な関係を構築することが必須である。治療方針を明確に伝え、患者の心理状態に応じた適切な治療法を提案し、十分に考える時間を取り、治療を選択し試験的に試してもらう。このプロセスの中で、患者は病気と対峙し、自己成長することができるのである。

**Abstract :** A patient's treatment is most often based on his/her physiological condition. Because health professionals tend to ignore the feelings of patients, many patients have lost the motivation to improve their own health. In addition, many health professionals feel helpless because their leadership role is deteriorating. Health professionals have to create a democratic relationship with their patients in order to provide treatment that individual patients will be satisfied with. When proposing appropriate treatment options to a patient, it is necessary to consider their state of mind and their lifestyle. A patient who accepts and is satisfied with their treatment regime will be more motivated to monitor and improve their health.

---

\*竹馬クリニック

## キーワード：

糖尿病	diabetes mellitus
感情	feelings
インフォームドコンセント	informed consent
変化ステージモデル	stages of change model
コンプライアンス	compliance
エンパワーメント	empowerment

## I. はじめに

生活習慣病をコントロールするには、単に薬を内服するだけではなく、生活習慣を改善し、毎日のセルフケアを行うことが要求される。糖尿病と診断されたその日から生涯を終えるまで、セルフケアに休みはない。DPP (Diabetic Prevention Study) 1 は、生活習慣の改善が糖尿病患者にもたらす利益について雄弁に語っている。医療者はこのような医学的根拠に基づいた生活習慣の改善を指導してきた。

しかし、糖尿病の治療は食事療法や運動療法、また薬やインスリンを正しく使用すればよいといった単純なものではない。他の人と違うことを一生続けていくには感情面での理解が必要である。これまでの医療は感情面には配慮せず、医学的根拠に基づく治療を最優先してきた。医療者は患者の感情やおかれている状況を無視してきたため、多くの患者が、医療者の望むような生活改善ができずにかえってやる気をなくし、医療者自身も指導力の欠如に無力感を味わってきた。

患者の生き方を支援するとは、単に医学的な治療だけでなく、患者自身が満足できる生き方を支援することである。そのためには、患者の感情や信念を尊重し、心の準備ができたときに適切な治療を提案するというきめ細かく芸術的な作業が必要とされる。

## II. 現在の医療の問題点

### 1. 知識偏重の患者教育

糖尿病教育は、ほとんどの場合、糖尿病に関する知識を教えること（ガイダンス）に時間が費やされている。知識がない患者にとっては、ガイダンスは有意義である。

しかし、糖尿病患者が抱える問題は、知識不足だけではない。小森ら<sup>1)</sup>は、糖尿病患者が抱える問題点を次のように分類している(表1)。1. 理解がない場合、2. 動機がない場合、3. 負担が大きい場合、4. 自信がない場合(自己効力感がない。もしくは、分かっているにもかかわらず、できない。)、5. 支援がない場合、に分類している。問題の原因が、2-5にある場合には、知識を教える糖尿病教育は無力である。2の場合には、共感的傾聴法、コンサルテーション、行動目標化カウンセリングが、3の場合には、行動変容カウンセリング、ストレスカウンセリングが、4の場合には、自己効力化カウンセリングが、5の場合には、アサーションスキルガイダンスが有益である。

表1 糖尿病の治療の問題点と対処法(文献1より改変)

理解	病気と食事療法状況(原因) 改善点・方法	ガイダンス(指導)
動機	食事療法・生活変容の必要性 願望・理想	1. 糖尿病に対する考えや感情を聞く。 共感的傾聴 前熟考期の対応 2. 合併症の感情的体験 3. データーに添って説明し一般的治療の有効性を伝える。 4. 治療に対する不安を聞く。
負担	妨げ ストレス	分かっている けどできない。
自信	自己効力感	ソーシャルバックカウンセリング
支援	協力者・支援者	フラッシュバックカウンセリング
		病状説明→家族支援

## 2. インフォームドコンセントの欠如

インフォームドコンセントは、個人の権利に対する意識が高いアメリカで生まれた。日本でも患者本位の医療を確立するために、インフォームドコンセントの必要性が認識されてきたが、医療者と患者の間で依存的関係が基盤となっている我が国では、インフォームドコンセントの理念はなじまなかった。例えば、日本の医療は医師が治療法を選び、患者はその選択に従うという依存的な関係が浸透している。患者は医師にすべてを任せ、医師は父親的立場で医療を施す。このようなコンプライアンス型医療の中には、インフォームドコンセントの「自己決定権」という概念そのものが存在しない。

インフォームドコンセントは「説明」と「承諾」を二大要素としており、承諾するためには、「何を承諾するか」を患者に説明する義務がある。そのためには医学知識の理解が必須であるが、流通科学大学学長の石井淳蔵氏は、治療する側とされる側の間に短時間では乗り越えられない情報格差があるために、当事者に強制するプロセスが潜在的に含まれることになる点を指摘している。治療を受ける側が、自分にとって今何が必要とされているのかという自身のニーズを理解できないために、治療法を選択する時に安易に医療者に依存してしまいがちである。

また、通常インフォームドコンセントは1回で終わると考えられているが、北里大学の唄孝一先生は、インフォームドコンセントが1回の瞬間的な説明で終わるものではなく、医者と患者がお互いに接触しながら、お互いの医療に対する考え方とか病気に対する考え方、生命に対する考え方などの価値観をわかり合うというプロセスが必要であると主張されている。治療する側とされる側に情報格差があることを考慮するならば、たとえ一度ある種の選択をしても、いつでも撤回できるという保証も必要なのではないだろうか？

このように、医師－患者の共依存関係がある土壤中、情報格差を乗り越えて、患者が自分が満足する医療を選択することは極めて困難である。現在、手術や輸血、検査等の医療行為については、説明や同意を取っているが、治療方針について説明と同意をとる医療機関はほとんど見受けられない。患者がどういう治療を期待しているのかを明確にし、治療方針について説明し、同意を得て治療が始まる。

### 3. 事柄レベルの診療 感情不在の診察室

診察室での会話は、事柄レベルの伝達であり、患者が自分の気持ちや感情を表現する場がほとんど与えられていない。これまでの医療は、誰が来ても同じことを指導してきた。そのため、医療者は患者の心理社会的な負担感情を理解できずにいた。

意思決定を行うには、患者の主体性が保たれ、十分な情報が伴った選択肢と、選択する自由があることが必要である。頭腦的な理解だけで選択するのではない。インスリン導入を例にとると、医療者が患者の病態を正確に把握し、インスリン注射による治療の必要性を説明し、患者がそれを正確に理解し得たとしても、それを受け入れるかどうかは、ほとんどの場合、患者の気持ちや感情によるところが大きい。知識の豊富な医療者が合理的に一つの治療を提示した場合、患者に感情を表現する場が与えられないと、診療行為そのものがパワーハラスメントになることが予想される。

James ProchaskaとCarlo DiClementeの変化のステージモデル (Stages of change Model of James Prochaska and Carlo DiClemente) (図1)では、心理状態に応じた適切な治療法のモデルを提唱している。この変化ステージモデルでは、前熟考期、熟考期、準備期、行動期、維持期の5段階があり、各段階で対応する治療法が提示されている。前熟考期は、否定、否認の時期であり、この段階では、糖尿病に対する感情や考えを聞くこと、治療を始める前に不安がないかを尋ねることが勧められている。診察室で感情を表現することがなければ、前熟考期から熟考期への移行は困難である。熟考期から準備期にかけて、食事療法を提案することができる。前熟考期の患者に食事療法を勧めると、ほとんどの場合、2回目の栄養指導を希望しなくなる。心理状態にあった治療を提案をしないと、患者の意欲を失わせる。

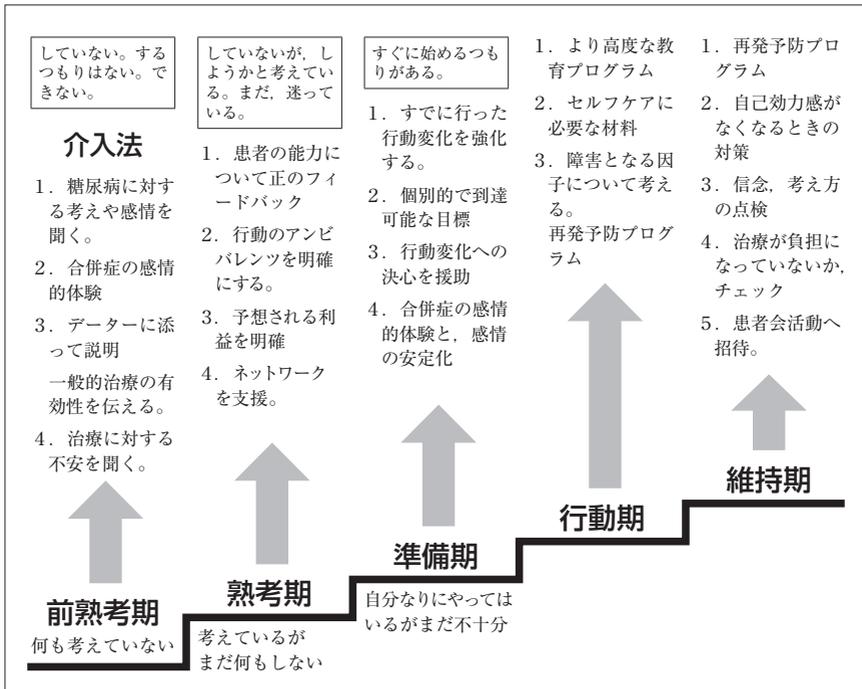


図1 心理ステージと介入法

### Ⅲ. コンプライアンスからエンパワーメントへ

表2に、従来型モデルとエンパワーメント型モデルの違いを示した。

表2 コンプライアンスモデルとエンパワーメントモデルの比較(文献2より改変)

	従来型モデル(コンプライアンス)	エンパワーメント型モデル(セルフケアモデル)
関係	権威主義的關係	民主主義的關係
医療者の役割	権威者、保護者であること	相談者であること
患者の役割	いい子であること	自己決定者であること
目標	行動変化 行動学的方法は、勧められた治療法のコンプライアンスを高めるために使われる。	患者のインフォームドチョイスを可能にする事 患者が自分が選択した行動変化を実験的に行なうのを手助けする為に使われる
援助の目的	医学的指示を守らせること	自己成長

従来型治療では、糖尿病は身体的疾患と考えるが、エンパワーメント型モデルでは、生物学的、心理的、社会的疾患と考える。医療者と患者の関係は、権威主義的なものではなく民主的なものと考え、問題点やニーズは、医療者ではなく患者が特定する。従来、医療者は問題を解決し治療する側にあるためすべての責任を負ったが、エンパワーメント型モデルでは患者が問題を解決し自ら治療する側にあるため、患者がすべての責任を負う。治療の目標は、従来型モデルでは患者に行動変化を起こさせることであるが、エンパワーメント型モデルでは、患者が自分自身で治療法を選択できるようにすることである。従来型治療では、患者は無力な存在であるため、行動変化は常に外からの働きかけによって起こされたが、エンパワーメント型モデルでは、患者自身の中から自発的に起こされる。エンパワーメント型モデルに基づいて「患者を援助する」ということは、自分たちのやり方に従うように説得するのではなく、十分な情報を与えた上で患者自身に選択させるようにすることである。

また、従来型のコンプライアンス型モデルの目的は、医療者の指示に従わせることであったが、エンパワーメント型モデルの目的は自己成長である。例えば患者のHbA1cが10%であっても、民主的な関係を築き、患者が問題点を見つけ、自分が納得する治療法を選択し、それを実験的に試し、その中から気付きや学びを得て自己成長しているならば、エンパワーメント型モデルとして成功しているといえる。

医療従事者と患者の民主的な関係を再構築し、患者が自ら問題を見つけ、治療法を選択できるようにするために、当科ではSATカウンセリング法を導入している。通常、外来に診療を受けに来た患者が、病気や治療について自分の気持ちや意見を医療従事

者に伝えることは困難である。初診時にこの理念を説明し、カウンセリングでよく患者の言い分に耳を傾け、患者のありのままの感情や考えを受け入れた上で、十分な情報を与え患者に治療法を選ばせるようにしている(図2)。

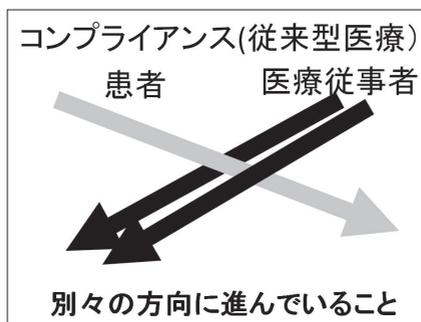


図2-1 コンプライアンス

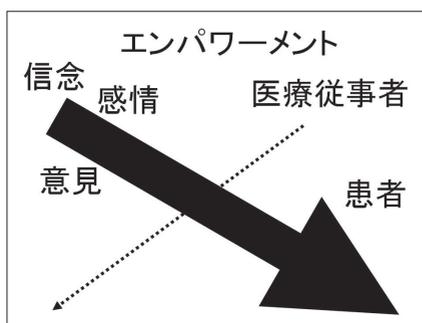


図2-2 エンパワメント(1)

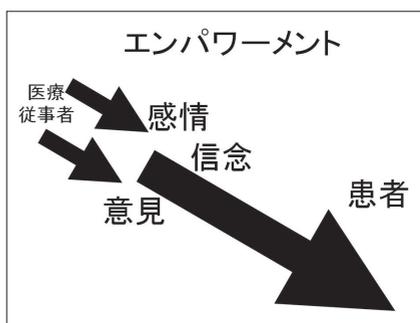


図2-3 エンパワメント(2)

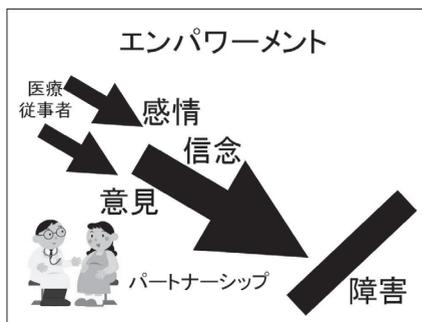


図2-4 エンパワメント(3)



図2-5 エンパワメント(4)

#### IV. 医療が最大の力を発揮するための医療チーム

これまでの医療チームとは、医者が頂点であり、医療スタッフがその指示のもとにチームを形成していた。医者にすべての権限が集中すると、医療スタッフは、医者の評価を得るために働くようになる。そうすると、医療スタッフの意識が患者ではなく、院長に向いてしまう。チームのベクトルは、患者には向かわない。

公立病院の組織図を見ると、医局と看護部、リハビリ、栄養科、薬剤部が同列に並んでいる。同じようにチームを組織する時には、すべての代表者が平等な立場であることが必須である。チームの意思決定を行うには、すべての代表者が同じ権限を持ち、患者のために偽らざる自らの意見（自己信頼心に基づいた意見）を述べる環境を整備することが必要である（図3）。

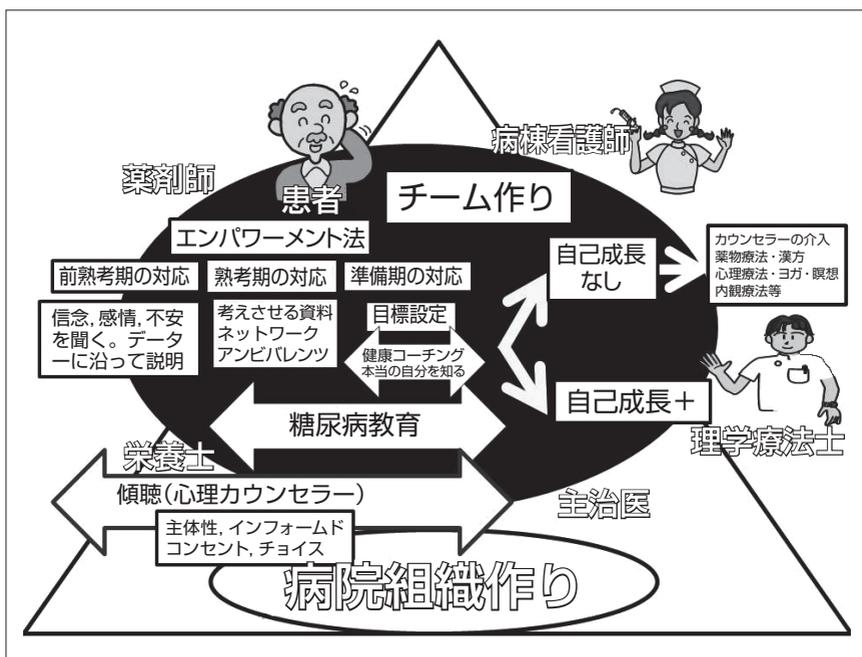


図3 病院の組織と治療の流れ

医療チームとしてエンパワーメントの理念に基づいた医療が成功した症例を提示する。

**症例** KM氏 78才女性。退院する度に過食し、体重が増加し、高血糖となり、入院を繰り返していた。今回も体重増加、高血糖のために再入院した。高齢のため、自宅では嫁が調理していた。嫁はこれまでに食事指導を受けたことがなく、KM氏は嫁の作る食事に対し「野菜が少ない、油や塩物が多い」など不満があった。チームとして、嫁への食事指導が必須であると考えたが、KM氏は嫁との関係が悪化するのを恐れて、嫁への指導を望まなかった。退院後「自分の食事は自分で作る」と決心していた。チーム内でのカンファレンスで、高齢である患者が自分だけの為に別に食事を作るのは現実的でないと多数の者が考えた。一人の栄養士が、KM氏の気持ちを尊重するように提案した。カンファレンスでは、KM氏の気持ちや感情を理解した上で、全面的に支援するように決定した。栄養士は、退院後自宅での食事療法に必要な情報を提示し、実行可能な調理を共に考えた。また、膝関節痛のため運動療法に対して消極的であったが、運動療法後に血糖がコントロールされるのを実感して、運動療法に対して積極的に取り組むようになった。自宅内での運動しかできないため、理学療法士が自宅を訪問し、安全に運動するための器具の設置を行った。退院後、御自身で調理し運動に対して積極的に取り組むようになった。退院後数年の間、体重は維持され、血糖は良好にコントロールされた。

ひとりひとりのスタッフが問題を感じていたが、個人で対応しなかったことが成功した一因だと思われる。チームとして話し合いを行い、エンパワーメントの理念に基づく対応を決定することができた。一人の栄養士が自分の信じる意見を提案したことで、チーム全員が、それまでの考えを再考し、新しい提案を受け入れることができた。その時にチームは患者の信念や感情を理解し、患者が歩みだしたベクトルと全く同じ方向で支援するチームに変貌した。その後、私は転勤したが、それ以降も体重は維持され血糖コントロールは良好であった。しかし、その後医療チームが崩壊した時に、血糖コントロールは崩れてしまった。チームが存在するだけで、患者に目に見えない力を与えているのかもしれない。

## V. エンパワーメントの限界

エンパワーメント型医療では、患者が自分で選択する責任を負う、あるいは、自分が選択した医療を行った結果についても患者自身が責任をとる必要がある。このような責任をとることを望まず、従来型の医療を希望する患者も存在する。エンパワーメ

ント型医療は、技術というよりは、哲学であり、患者の生き方、信念と一致しなければ、受け入れるのは困難である。治療法を選択を医療者に任せ、自分で選択をしない生き方を選ばれる場合は、そのような医療を提供することもできる。

患者と医療者が民主的な関係を作り、問題点を患者が見出し、提案された治療法を選択し試験的に試してみる、というエンパワーメントのサイクルを繰り返す時に、患者は自己成長することができる。しかし、患者との民主的な関係を構築できなかつたり、患者が主体性を持てなかつたり（依存）して、このサイクルがうまく回らなくなつた時に、自己成長は止まってしまう（図3参照）。

そのような中で、長期間血糖コントロールができない時は、カウンセリングや薬物療法、その他の治療法を選択肢として紹介することができる。当院では、宗像常次が開発したSAT療法によるイメージ療法を使ったカウンセリングや、自己カウンセリング法のグループワーク、薬物療法（西洋薬、漢方薬）を提示している。

## VI. 目指すべき医療

医療者は、民主的な関係を構築し、治療方針を伝え、患者の正確な病態と心理状態を把握する。患者の心理状態に応じた有益ないくつかの治療法を提示し、十分に考えた上で、患者が満足する治療を選択してもらうことが重要である。そのためには医療者、患者の役割を認識することが必要である。

具体的な医療者の手順として、①治療理念を伝える（患者が何を言っても決して患者の不利益になることがないことを保証し、エンパワーメントの理念を説明する）。②患者がどういう医療を希望しているか？患者の信念、希望を聞く。③患者の希望に添うような治療方針を説明し、それに対して、気持ちや考えを伝えるよう依頼する。④選択するために必要な情報を提供し、考えるための十分な時間を与える。④一旦同意してもいつでも、撤回することができることを説明すること、が挙げられる。また、患者に求められる行動として、①どういう医療を受けたいかを、明確にすること。②医療者の提案に対して、本当の気持ちや考えを話すこと。③自分が選択した治療法を実験的に試すこと、などが挙げられる。満足する医療を受けるには、医療者だけでなく患者も自分の責任を引き受けることが求められる。

治療理念は、当初から理解してもらえないものではない。小さなインフォームドコンセントを積み重ねていくプロセスの中で徐々に理解できるようになるものである。

## VII. エンパワーメントの先にあるもの

自分が真に満足できる医療を自分で選択し、それを試してみることによって、何かを学んだり、気づいたりする事ができる。その積み重ねが患者を自己成長へと導く。治らない病気を感謝して受け入れたり、無くした能力を嘆いたりすることなく、喜びをもって生きていくには、自らの内面の気付きや、自己成長が必要である。ある時には高価な健康食品を何年も飲み続けるという回り道が必要かもしれない。

多くの患者が健康食品を飲み続けている。しかし、残念ながら、そこには学びや気付きがない。友人から勧められて、自分で調べることもなく、安易に自己決定（他己決定、他人に依存した決定）をしているからだと思われる。

末期癌患者は、現代の医療では治癒させることは困難である。手術や、放射線療法、化学療法による治療で効果がなければ、医療者が希望をもって治療に当たることはない。諦めた医者が患者に力を与えることは極めて困難である。

末期の患者でも治癒した例が数多く報告されている。医療者は、そのいくつかの方法を患者に提示することができる。ある方法を試しても効果がなければ、また新しい治療法を提示することもできる。患者にも医療者にも常に希望が必要である。医療者が希望を抱いて、決して諦めない姿勢で患者に向き合うことが、患者に別の治療法を試してみようという希望を与え、それを実践する過程で、気付きや学びを与えることができる。医療者は、ジャン・ロジャーのポジティブ宣言<sup>3)</sup>にある“一人でも前例があればあなたが二人目になれる。前例がなければ、あなたが一人目になれる”という信念を貫くことが肝要である。

最終的に、人は死を迎える。治らない病気になり、死を受け入れざるを得なくなる。お金や物、名声等の外的なものが死を目前にしている患者を救うことはない。聖書のマタイ伝5章にある“山上の垂訓”の中には、“さいわい (blessed)”という言葉が使われている。さいわい (blessed)”とは単なる幸福 (happiness) 以上のものである。Dummelowは、幸福 (happiness) が、外部からもたらされ、しかも状況に左右されるものであるが、一方、“さいわい (blessed)”は人の心の中で喜びの泉となるものであり、外的な状況が重大な影響を及ぼすことがない、と定義している<sup>5</sup>。我々医療人の究極の目的とは、患者の内面的な自己成長を通して、この“さいわい (blessed)”の境地まで導くことではないだろうか？

現代の医療の中で、我々はどれほどの患者に自己成長の扉を開けているのだろうか

か？ 病の中で、もがき苦しんでいる患者に自己成長の扉を開けるのは我々医療人である。

## 文 献

- 1) 小森まり子, 鈴木浄美, 橋本佐由理: 健康カウンセリング, 行動科学に基づく理論と技法, 92, ヘルスカウンセリングセンター, 東京, 2005
- 2) ボブ・アンダーソン, 石井均監訳: 糖尿病エンパワーメント, 31, 医歯薬出版, 東京, 2008
- 3) ジャン・ロジャー, ピーター・マクウィリアムズ, 井辻朱美訳: ポジティブ宣言, ネガティブ思考は高くつく, VOICE, 東京, 1992