

〈焦点1〉

## 糖尿病療養支援とエンパワメント

大橋 健

国立がん研究センター中央病院 総合内科・歯科・がん救急科

### Patient Empowerment in Diabetes Self-management Support

Ken Ohashi, M.D., Ph.D

Department of General Internal Medicine, Dentistry and Oncologic Emergencies,  
National Cancer Center Hospital

#### <要旨>

糖尿病治療の95%以上は、患者のセルフマネジメントによる。治療の成功のためには、患者がやる気・やりがいを持って主体的に治療に取り組む必要がある。しかし、従来の糖尿病患者教育では、病気や治療の知識の提供に重きが置かれ、その知識をどう実践につなげるかについては、必ずしも十分な支援がなかった。むしろ、患者が医療者の指導に従うのは当然で、自己管理できないのは「コンプライアンス不良」として、患者側の問題であることが強調されていた。しかし、「教える-守る」というコンプライアンスの考え方には、医療者側にも患者側にも欲求不満が生じやすく、しばしば患者-医療者関係の破綻を招く。

このような状況の中で、糖尿病患者教育・療養支援の新たな理念として提唱されたのがエンパワメントである。患者は医療者の指示を守るだけの受動的な存在ではなく、「糖尿病は患者のものであり、患者自身が問題を解決し、対処していく能力をもっている」と考える。医療者は糖尿病という病気の専門家として、そして患者もまた自分の人生や、糖尿病とともに生きることの専門家として、お互いが対等なパートナーとなり協働作業することで問題解決を目指す。エンパワメントは理念であって特定の技法ではないが、1つの「型」として5つのステップ（①問題の特定、②感情の明確化、③目標設定、④計画立案、⑤実践と振り返り）を紹介する。

キーワード

エンパワメント	empowerment
セルフマネジメント	self-management
インフォームド・チョイス	informed choice
協働作業	collaboration

#### I. 糖尿病治療の前提

糖尿病治療の95%以上は、日常生活の中で患者自身のセルフマネジメント（自己管理）によってなされる。何を食べるか、どの程度運動するかといった日々の意思決定は全て患者に委ねられており、医療者には直接コントロールできないことがほとんどである。さらに、医療者に指示された治療内容が糖尿病管理のために重要であると頭ではわかっているにもかかわらず、それを実践することはしばしば大きな困難をともなう。それに

も関わらず、従来の糖尿病教育では、食事や運動に関する知識の提供にのみ重きが置かれ、患者がそれに従うことはあたかも当然の道徳的義務であるかのような考え方がなされてきた。もちろん、知識は必要だが、知識があることは行動変化の十分条件にはならない。知識と行動の間には大きなギャップがあるからである。指導内容を守れない患者に対しては「コンプライアンスが悪い」「病識がない」という評価を下すしかなかった。だが、そうすることが何らかの解

決策をもたらしたでしょうか。これは、「コンプライアンス」を「アドヒアランス」と置き換えたところで、大きな差はないだろう。いずれの概念も、糖尿病のセルフマネジメントにおいては機能しにくいのである<sup>1)</sup>。

また、この「教える-守る」というコンプライアンスの考え方には、医療者側にも患者側にも不満が生じやすいという問題点がある。患者側は、自分のライフスタイルや好みに合わない指導を受けても守る気は起こらないし、守れなければ自信も生まれない。守れないことへの罪悪感や、「意志が弱い」自分へのふがいなさを感じさせられることもある。一方、医療者側は「患者にとって何が一番よいか知っているのは自分たちだ」と信じているので、患者が指示に従ってくれないと欲求不満や無力感に陥り、燃え尽きてしまうことさえある。

## II. コンプライアンスからエンパワーメントへ

このような状況で、従来の糖尿病教育に代わる新たな理念として提唱されたのがエンパワーメント (empowerment) である。患者は医療者の指示を守るだけの受動的な存在ではなく、「糖尿病は患者のものであり、患者自身がその問題を解決し、治療方針を立てていく権利と能力をもっている」というのが基本理念である。提唱者である教育心理学者 Robert Anderson と糖尿病教育看護師 Martha Funnel らは、「糖尿病教育におけるエンパワーメントとは、糖尿病を克服するために一人ひとりが本来備えている能力を開化させ、その能力を活用できるように支援することである」と定義している<sup>1)</sup>。この考え方によれば、糖尿病をどう治療するかは、「治療するか」「治療しない」かも含めて患者自身の自由な意思による選択である。当然、その選択に際しては医療者から提供される糖尿病についての正しい知識が不可欠となる。ここで重要なのが、エンパワーメントにおける医療者と患者それぞれの役割分担である。

## III. エンパワーメントにおける役割分担

エンパワーメントを実践する過程においては、患者のセルフマネジメントを支援するとはどんなことか、改めて考える必要がある。医療者が患者の代わりに何かすることはできないし、患者の行動を制御すること

もできない以上、自己管理の責任および治療に関する意思決定の責任は患者側にある。自ら選択し、自らやると決意したことに対する責任は、決定した患者自身に生じるのである。

しかし、これは「どのように治療しようが、あなたの自己責任です」と突き放すことではない。これでは医療者の責任放棄である。では、糖尿病のセルフマネジメントを支援する上での我々医療者の責任とは何だろうか。それは、療養上の問題点を患者自ら明らかにすることを援助し、専門知識と経験を提供しながら患者との協働作業 collaboration を通してその解決法を編み出していくことである。つまり、医療者は、患者が十分な情報と知識に基づく自発的な選択 (インフォームド・チョイス informed choice) ができるよう最大限の努力を払うのである。これは、医療者が必要と考えることを患者にさせようとするコンプライアンスの発想とは根本的に異なる。エンパワーメントにおける役割分担を表1に示した。

表1 エンパワーメントにおける役割分担

患者の責任
患者に自己管理の責任がある 患者が目標設定と、障害の特定を行う 患者が問題解決の責任をとる
医療者の責任
医療者は患者の関心事を明らかにする 医療者は患者の知識と実践状況を評価する 医療者は上記に基づいた情報を提供する
患者と医療者は協力して選択肢を特定し、計画を立てる

エンパワーメントでは、このように患者と医療者の役割分担を明確にした上で、お互いが対等なパートナーとして協働関係を築き、一緒に糖尿病治療の問題解決を進めていくのである。なお、エンパワーメントという言葉は「権限委譲」などと訳されることが多いが、国立国語研究所は「能力開化」という語を当てており、後者の方がより糖尿病治療におけるエンパワーメントの理念を現していると思われる。

## IV. エンパワーメントの方法：エンパワーメント・カウンセリング<sup>2)</sup>

エンパワーメントには、理論と理念だけでなく具体的な方法論がある。その第一歩が、「治療同盟」として上述の協働関係を意図的に築き上げることである。その上で、エンパワーメント法では、行動変化の過程を5つのステップに分け、患者自身による行動変化の取り組みを支援する(図1)。5つのステップは、①問題を特定する、②感情を明らかにする、③行動目標を設定する、④計画を立てる、⑤結果を評価する、から成る。患者との面談では、5つのステップのどの段階に取り組んでいるのかを意識することが大切で、新しい行動を開始し、維持するためには患者にとって全てのステップを経る必要がある。しかし、ステップを進めるペースはあくまで患者自身が決めるのであり、無理に次のステップに進めようとしてはならない。たとえば、食事療法に対して強い否定的な感情を抱いている患者は、最初の2つのステップに時間がかかるだろう。しかし、問題点とそれにまつわる感情を十分に探索した後なら、目標設定と計画立案はスムーズに行えることも少なくない。Andersonらは、エンパワーメント・カウンセリングは「患者と医療者がいっしょにダンスを踊るようなもの」だと言う。患者と医療者が、二人の協働作業により、瞬間瞬間に作りだしていくのがエンパワーメントの過程である。そして、「ダンスをリードするのは常に患者である」とも述べている<sup>1)</sup>。

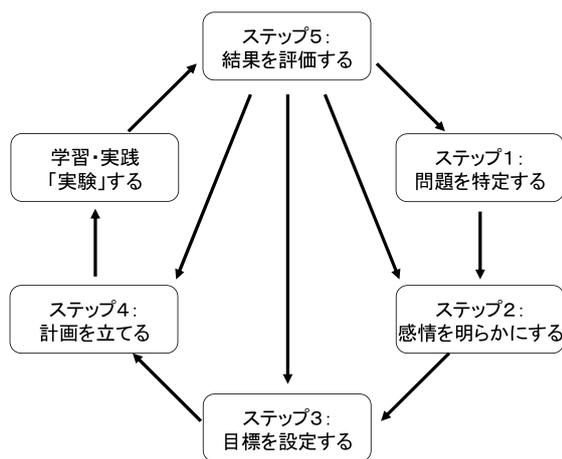


図1 エンパワーメントの5つのステップ

### A. ステップ1：問題を特定する

エンパワーメント・カウンセリングにおいては、患者が有るのままにセルフマネジメントの状況を振り返る中で問題点を探り、それを掘り下げ、自分自身の力で自

分に最もあった解決方法を見出すことが必要である。問題を特定するためには、「糖尿病を治療する上で最もむずかしいことは何ですか?」「一番心配なことは何ですか?」などの質問がきっかけとなる。医療者側から一方的に患者の問題点を指摘することではない。

### B. ステップ2：感情を明らかにする

ステップ2では、患者が糖尿病であることや、問題と思っている内容についてどのように感じているのかを「○○についてどのように感じていますか?」などの質問で明らかにするよう援助する。たとえば、「どうしても間食がやめられない」という患者に、間食してしまうことをどう感じているのか、本人にとって間食することはどんな意味を持つのか、間食することで何を手に入れているのか、など尋ねていく。感情は行動の原動力となるので、感情的問題の整理を支援することは重要である。五感を研ぎ澄まして、患者の言葉だけでなく表情や声のトーンなどからもどのように感じているかを探る。例として、食事療法がうまくできない場合に比較的好く見られる感情的な背景を表2に示す<sup>2)</sup>。

表2 食事療法にやる気が起きない理由(文献2より)

- 本当はやる気がないわけではなく、食事療法を守らなければならないことは百も承知だが、これが一生続くのかと考えると憂うつになってしまう
- 好きなものを食べる自由を奪われてしまったという喪失感
- みんなと同じものが食べられないという孤独感
- 長い間食事療法を続けてきて、もう疲れ果ててしまったという燃え尽き感
- 合併症が怖くて、病気そのものを否認(不安を引き起こすような現実的な状況を無意識的に認めようとしないこと)している

### C. ステップ3：行動目標を設定する

目標設定とは、医療者側の「こうすべき」という期待を押し付けるものではなく、患者が自分自身のためにどのような選択をするかを明らかにする過程である。

「どんなふうになりたいですか?」「行動を変えることによってどんなよいことがありますか?」などの質問が有効である。患者はえてして「今月は食事に気をつけてみます」のような漠然とした目標を掲げやすい。また、「1ヶ月で10キロやせる」など非現実的な目標を設定してしまうこともある。医療者は、質問をなげかけながらより具体的で、実現可能な目標を設定できるよう援助する。患者のセルフエフィカシーを高め、その目標を達成できるという自信を持てるよう働きかける。

#### D. ステップ4: 計画を立てる

目標があっても計画がなければ、目標達成は困難である。「効果がありそうな方法について何かアイデアがありますか?」「それを始めるには何をする必要がありますか?」などの質問で患者にとっての選択肢を棚卸しする。この段階では、医療者が「提案」という形でいくつかの具体的方法について紹介することができるが、あくまで最終選択は患者自身が行う。

#### E. ステップ5: 結果を評価する

計画に基づいて実際に行動してみた結果についていっしょに振り返る。「やってみてどうでしたか?」「今回の結果からどんなことを学びましたか?」などの質問を投げかけて振り返りを促す。行動変化を「実験」ととらえて、成功したか失敗したかではなく、どんな学びがあったか、自分自身についてどんな気づきがあったかを引き出していく。それらを踏まえてステップ1から4を見直し、次のサイクルに入る。

### V. エンパワーメントと他の行動変合理論との関係

エンパワーメントは、医療者と患者の治療同盟と役割分担を明確にし、互いが協働して糖尿病治療の問題解決にあたることを提唱する理念である。したがって、エンパワーメントかどうかは、使う方法によって決まるのではなく、それらの技法をどのような立場で、どんな役割を果たすために用いるのかが重要である<sup>3)</sup>。実際、変化ステージモデルや、動機づけ面接、コーチング、認知行動療法などの各技法は、エンパワーメント・カウンセリングの過程で重要な役割を果たす。

### VI. エンパワーメントの有用性

エンパワーメントの理念に基づく患者教育は、行動

変化、血糖コントロールのみならず、患者のQOLを改善することが報告されている。Andersonら<sup>4)</sup>によって行われたエンパワーメント・プログラムでは、目標設定や問題解決、ストレス管理、動機づけ、ソーシャル・サポートなどを取り上げ、各自が考える時間を持ちたり、グループ討論をしたり、行動変化の計画を立てるトレーニングを受けるなどした。その結果、このプログラムに参加した患者群では、参加しなかった患者群に比べ、目標設定、ストレス管理、セルフエフィカシーなどが高まり、糖尿病とともに生きることに對する否定的な感情が軽減した。また、HbA1cの値も有意に低下したという。

エンパワーメントの理念に基づく教育プログラムの有用性については、今後も十分に検討される必要があるが、エンパワーメントという理念あるいは考え方自体を科学的に評価することは困難である。エンパワーメントにおいては、単に患者の行動変化を追及することが重要なのではなく、医療者と患者とがお互いに影響しあって糖尿病治療を通じて人間として成長していくことや、自身の「物語（ストーリー）」を再構成していくことが大切なのである。そこでは、信頼や、愛、思いやり、やさしさなど、いわゆるエビデンスという尺度では測れない要素が重要な役割を果たす。

### VII. エンパワーメントの限界

エンパワーメントは、医療者と患者の対等なパートナーシップに基づき、患者が本来備えている自己管理能力と自律性を最大限に引き出そうとするアプローチである。その背景には、一般に成人では、個人的に意味を見出し、自由意志で選択した行動変化なら、実現しやすく、また維持しやすいという原則がある。しかし、エンパワーメントは患者の行動を無理に「変えさせる」ものでもなければ、「変えてもらう」ものでもない<sup>1)</sup>。エンパワーメント法は理念として無限の可能性を秘めている一方、医療者側が期待する行動変化や臨床データの改善をもたらす魔法のメソッドではないという意味では限界があるといえよう。

日本ではまだまだエンパワーメントに対する理解が十分とはいえない。エンパワーメントを実現するために医療者に要求される具体的な実技の部分が十分に注目されないまま、イメージだけが先行している感

がある。また、積極的傾聴や相手の思考や行動を促す効果的な質問の方法など、エンパワメントの実践に不可欠なコミュニケーション・スキルは一朝一夕に習得できるものではない。自分自身の療養支援のあり方を日々振り返りながら、それを高めていこうとする不断の努力が必要である。心理療法に関する河合隼雄の次のような言葉がエンパワメントの技術の習得にもそのまま当てはまるだろう。

「人を援助することは専門家でないといけない。誰にでもできるというのは大間違いです。自分はそういう人間になるために鍛えに鍛えてきたのだと思っています。(その修練の方法については) いつもそう心がけて患者さんに会っているということ。そして、はじめのうちはコーチ(スーパーバイザー)が要ります。自分が患者さんにどう答えたかを報告して、話し合うことが重要です。」<sup>5)</sup>

しかし、残念ながらそのような形で学びを深めていける機会は限られている。患者教育や療養支援の実技が、糖尿病専門医や療養指導士にとっての専門技術として十分認知され、トレーニング法が明示されていないと、エンパワメントの実践は難しい。筆者らは、糖尿病療養指導士を対象にロールプレイを中心に行うトレーニングの場づくりや、寸劇を通じて療養支援を考えるワークショップである「糖尿病劇場」にも取り組んでいる。

また、エンパワメントの実践には、医療者のパーソナリティによる向き不向きがあるかもしれない。エンパワメントアプローチは、感性豊かで、患者を自分の管理下に置こうとは考えず、自分自身をよく振り返ることができる医療者に向いているという<sup>1)</sup>。

さらに、エンパワメントでは、患者と医療者との密なコミュニケーションを重視するため、当然人的コストは大きくなる。それに見合う医療費の算定が十分でないことも問題であろう。エンパワメントは非効率的で、一定の治療効果を上げるまでにより時間を要する可能性もある。たとえば、インスリン導入を拒む症例の場合、エンパワメントでは、インスリンに対する患者の思いを受け止めながら、患者自らがインスリン療法のメリット、デメリットを比較できるように促し、患者の決断を待つ。場合によっては、年単位の時間が必要なこともあろう。その間に合併症が進行する

かもしれない。逆に、「インスリンを始めないなら主治医として責任をとれません」などと言って無理にでもインスリン導入を説得すれば、その合併症は防げたかもしれない。実際、患者中心のケアを重視する場合、患者満足度や well-being は向上するが、体重減少やデータの改善など治療効果の面では通常の疾病管理に劣る可能性も示唆されている<sup>6)</sup>。

しかし、そのような説得や一方的な指示・命令は、多くの場合、効果がないばかりか、患者の抵抗を招き、治療中断につながる恐れもある。さらに、食事療法や運動療法のように生活習慣に関わる治療は、強制収容所にも患者を入れない限り、そもそも無理やり「やらせる」ことなどできないのである。患者が主体性とやる気をもって取り組むのを促す以外に方法があるだろうか。

エンパワメントの実践に当たっての最大の課題は、急性疾患の治療を対象とした従来の医学モデルからどれだけ解放されるかである。急性疾患の治療では、「私のいうとおりにしなさい」「先生にお任せします」という「お任せ医療」が成り立つ。医療者側だけでなく、患者もこの医学モデルに慣れている。我が国ではその傾向が強いかもしれない。したがって、患者の側にも、自分の治療の責任を負うという役割を十分理解してもらう必要がある。また、医療者側は、患者の意思決定や判断に責任を負うことはできないということを心の底から納得できるかどうかである。「患者を変えなければならない」という実現不可能な強迫観念から自由になってこそ、患者との対等なパートナーシップを築くことが可能となるのである。そして、患者との良好な関係が築かれていればこそ、「あなたのために」という医療者の熱い思いも伝わるのではないだろうか。

## 文献

- 1) Anderson RM, Funnel MM: The art of empowerment: stories and strategies for diabetes educators, American Diabetes Association, Alexandria, VA, 2000 (石井 均 (監訳): 糖尿病エンパワメント, 医歯薬出版, 東京, 2001)
- 2) 石井均・久保克彦編著: 実践 糖尿病の心理

臨床, 医歯薬出版, 東京, 2006

- 3) Anderson RM, et al: 101 Tips for behavior change in diabetes education, American Diabetes Association, Alexandria, VA, 2000(門脇 孝 (監訳),大橋 健 (訳):糖尿病エンパワメント101のコツ, 医歯薬出版, 東京, 2005)
- 4) Anderson RM, et al: Patient empowerment ; results of a randomized controlled trial, Diabetes Care, 18: 943, 1995
- 5) マスターインタビュー：糖尿病診療マスター, 3(1): 6-19, 医学書院, 2005
- 6) Kinmonth AL, et al: Randomized controlled trial of patient centered-care of diabetes in general practice; impact on current well-being and future disease risk, BMJ, 317: 1202-08, 1998