

No. 42

Practical Psychology for Diabetes Clinician より

① ごあいさつと QOL について

福井県糖尿病対策推進会議 幹事 夏井 耕之

こんにちは、福井赤十字病院の内科におります、夏井耕之と申します。日頃から皆様方には地域連携医療において一方ならずお世話になっております。まことにありがとうございます。そのご恩返しというのもおこがましいのですが、このたび、済生会病院の番度先生から、当コラム執筆をバトンタッチさせていただきました。

過去の諸先生のご執筆を鑑みるに、学問的なことから臨床的なことまで、ほとんど網羅されており、いまさら私があらためて追加するようなこともなさそうですが、あえて、ということであるなら、患者さんとの関係、やりとり、治療への動機付けの工夫、患者さんの心や感情の問題、という方面で、少しお役に立てるかもしれないと考えております。

こちら福井に参ります前、大学医局にて、米国糖尿病学会の手になる、「Practical Psychology for Diabetes Clinician」という書物の訳出に参加させていただき、奈良・天理よろづ相談所病院の石井均先生のもとに通いながら、そのお手伝いをいたしました。その仕事は、ADA（米国糖尿病学会）糖尿病診療のための臨床心理ガイド（監訳：中尾一和／石井均・メジカルレビュー社 ISBN4-89553-672-6）、という日本語版となって世に出ることとなりました。その後石井先生はこの領域で次々と、さらに新たな業績をあげられ、かつ書物も多く出されてこれられましたので、皆様もよくご存知かと存じます。（この臨床心理ガイドという本自体は1997年出版ですので、すでに絶版となって

いるようですし、原版の第二版訳出はまだ行われておりません。）

その作業で私が得たものは非常に大きく、その後の13年間、この福井の地での臨床において、力強い「味方」「技術」「指針」となってくれましたし、時を経ても色褪せない、有用な内容が盛り込まれていると自負しております。

そのようなこともあり、福井におけるCDE（糖尿病療養指導士）養成講座である、「福井療養指導研究会」の講義において、「セルフケアと心理的問題」という講義を、担当させていただき、コメディカルの皆様へ毎年お話をさせていただいております。そこで、その講義の順序にならってしばらくの間話題を展開してみようと考えております。もちろん、ベテランの先生方におかれましては、若輩者がいまさら、とお感じになるような内容も多々あると存じますが、やはり一度系統だっこの「患者心理」の分野について思い返していただくことも、「スキルアップ」の一環になるのではないかと存じますので、よろしくお付き合いのほどお願い申し上げます。

さて、まずはとっかかりから。みなさま、「臨床心理」と聞くと、なにやら戸惑いをお感じになるかもしれません。しかし、それは日常臨床の中でいろいろと、我々医師や患者さんたち、コメディカルのみなさんの全員に、心当たりがあったり感じていたりする問題であると思います。

総論的なところから、あるいは一番基本的なところから参ります。

さて、糖尿病を療養治療する、その目的とはなんでしょうか。血糖を下げること?、A1cをよくすること?、そうですね、ではそれはなぜ?いうまでもなく、日本をはじめ世界中の研究で、血糖コントロールを良くすることが急性症状を改善し、慢性合併症を予防するというエビデンスがでております。

…では、そのように各種症状を減らしたり予防したりするそもそも目的は、なにか?。…それは、健康人と同様な日常生活の質(QOL)を維持し、健康人と変わらない寿命を全うすることでしょう。

我々は案外気安くQOLということを口にします。しかし振り返って考えると、これは非常に多面的で多層的な意味があるものです。

たとえば、身体的な機能の面としては、日常生活がスムーズにおくれること、運動ができること、旅行など遠方へ移動できること、などがあるでしょうし、社会的な機能の面としては、友人との交流、就業、地域活動への参加、日常生活としては家族とのかかわり、レジャー、健康的な生活パターン、などの点があるでしょう。

一方精神心理的な面としては、negativeな感情を持っていないかどうか、自分のことをうまくやれていると感じられるかどうか、記憶力や理解力などを維持できているかどうか、などがあるでしょう。

そしてこのような諸点を大きくまとめる形で、全体的な健康感、治療への満足度というものが生じるでしょうし、もしうまくいかなくて口渴多尿などの症状や、視力障害、あるいは透析、あるいは足のしびれ、などが生じてしまった場合には「生活の質」は下がることになります。

分かりきったこと、なのかもしれませんが、我々医療者が、つい、見逃しがちになることが

あります。それは、患者さんのQOLは、我々が決めることではなく、患者さん自身が主観的に決めることだ、という点です。

「ほら、血糖は改善しましたよ、あなたのQOLはよくなりました。」

とは、一概に言えません。なぜなら、いろいろな症状や将来の合併症への不安は減っているかもしれませんが、患者さんにはそれぞれの不都合な真実や愉快でない人生があるかもしれません、そのひとりひとり想いの中に。

たとえば。…朝、毎日同じ時間に起床し、同じ時間に血圧自己測定し、血糖自己測定し、インスリンを注射して、食パン2枚とサラダと卵とを同じように食べ、食後2時間目に15分間、雨にも負けず風にも負けず、雪の寒さにも負けずに散歩し、昼にはもどってきてインスリンを注射して同じ時間に同じメニューでご飯を150gだけ食べ、13時になったらTVをつけてNHKの体操の時間を鑑賞しつつ体操し、それからお茶を一杯のんで外出し、庭の草刈をして帰宅し、夜はインスリンを注射して宅配のカロリー計算された料理を温めてたべ、決まった時間に床につく。お付き合いなし、外食なし、旅行なし、…毎日毎日。たしかにこれなら血糖はOKでしょうが、いったい誰がこのような人生を送りたいと思うのでしょうか。日本糖尿病学会による診療ガイドライン、食事療法のステートメントの2には、「個々人のライフスタイルを尊重した個別対応の食事療法が必要であり、そのためには食生活の内容をはじめ、食事の嗜好や時間などの食習慣や身体活動量などをまず十分に聴取する」とあります。

治療効果の判定は、血糖やA1cのデータのみで行われるべきではなく、QOLを問うことが重要です。そしてそれは「客観的」「定量的」に測定しにくいもの(あるいは構造化された質問紙法などがありますが)であり、日常臨床の中であるいは忘れがちになる点ではないでしょうか。QOLというものの本質は、その多くが

患者さんの「内側」「主観」の中にあるものである、ということを、決して忘れることのない姿勢。これが、糖尿病だけではなく、一般臨床を行う者として、まず第一に心得ておくべき点であろうと感じます。

<本日のワンポイント>

- 1、うまくいっているかどうかは患者が決めること（コントロールがよい≠QOLの質が高い）