

No. 50

Practical Psychology for Diabetes Clinicians より

⑨ 医療者－患者関係とアプローチ

福井県糖尿病対策推進会議 幹事 夏井 耕之

今回の内容は、いつにもまして、石井先生のご本を「書き写す」状態になると思います。ただし、この回の内容をもって、次回の内容と比較していく、ということになりますので、しばらくお付き合いください。

1、医療者－患者関係

前回「血糖コントロールに影響する因子」の復習で、「行動学的要因」や「自己管理レベル」などが、病理病態などの医学的要因と並んで（文字通り対等に影響するものとして）重要であることを述べました。そこで、患者さんの Compliance を上げる（指示遵守度を上げる）ということよりも Adherence（治療への患者関心・参加）を上げよう、というお話をしてみました。

旧式な考え方、つまり「いかに指導に従い指示を守っていただくか」という時代以来、「指示に従わない、という可能性は、ある特定の患者に起こるのではなく、あらゆる患者に起こりうる、その場合の最も重要な要因は『医療者－患者』関係にある」療者－患者関係に3つの役割関係モデルを提唱しました。（糖尿病医療学入門、P33～）

- 1、activity-passivity 能動と受動
- 2、guidance-cooperation 指導と協力
- 3、mutual participation 相互参加

たとえば、第一の能動と受動、という関係は、心肺停止、意識障害、麻酔、手術、重大感染など、患者の判断能力がないか、低いために医師が治療の目標や計画について全責任を負う状態を指

します。医師は絶対的決定権を持つと考えられていました。最近では「脳死」「グリーンカード」などの諸点について、議論されるところです。

第二の、指導－協力関係においては、患者さんは病気ではあるが、判断力や決定力があり、痛みや不安やその他の苦痛を除去するために、治療に協力する気持ちがある状態と定義されます。これは最も一般的医療者患者関係（現在においても）と考えられており、「急性疾患モデル」といえます。石井先生いわく「苦痛の除去という患者の目標を、内科医は薬物、外科医は手術という手段に置き換えて目標設定する。そして、目標を達成するためには、医師の優れた技能とともに、協力的な患者が必要である」、と。そして、我々がそのような協力をするよう、患者を導く、主導する、「父権的」に指示するわけです。

第三の相互参加というのは、治療法を決定するその段階から患者自らが関与する、ということを保証するものです。もちろん、あらゆる細かい事項の決定に参加するのではないし、小児やきわめて理解の悪い患者さん、未成熟な患者さんなどでは成立しません。Szasz と Hollender とが語るこのモデルの「成立条件」は1) 同程度の力がある、2) 相互依存していること（相互に必要としていること）、3) 両者ともに満足出来る行動をすること、です。これが糖尿病をはじめとする「慢性疾患治療のモデルの原点」である、と石井先生は語られます。

さらに、1979年、Stone は「患者の Compliance (Adherence) を確立するための責任は医師と患

者とで分担すべき」と提唱し、以下の3項目をあげました。

- 1、専門家は患者の個別の状況を徹底的に調べるべきである。→現在の問題（臨床的な）に限らず、指示指導を受け入れるための能力に影響を与えるすべての要因について調査し、選択した治療法が効果をもたらすかどうかを通してフォローすべきである。（…これはたとえば、理解力・柔軟性などを含む教育程度や心理的な状態、視力聴力・会話の力、などを含むでしょう。）
- 2、専門家は、患者が与えられた情報を用いるときにどんな困難をきたすかという人間の行動に関する十分な知識を持つべきである。これには、言葉の理解の問題（教育程度や学習能力、あるいは外国語ほか）、期待する成果の違い、期待する役割分担の違い（どの程度の負担でどれくらい良くなるのか、それをお医者様はどの程度請け負ってくれるのか…）、感情状態による理解拒否（そんな治療法耐えられない、食べるのをがまんするなんてできない）などへの配慮が含まれる。
- 3、専門家はコミュニケーション過程について理解し、患者が何をすべきかを聞いて理解しようという気になるような会話技術を身につけるべきである（人体生理だけではなく、「人間」総体について理解し、関われるようになる、とでも言いますか）。

私なりの意見を述べますと、「慢性疾患モデル」とはすなわち、我々と患者さんとが共に、相互に、関わりあいつつ共同作業としての「医療」を進めていく、というものであり、そのために我々は、（まるで企業の営業や人事のかたに必要となるような・あるいは教育現場や臨床心理のような）コミュニケーション技術・人間性理解、といったものが求められるのだ、と感

じます。

2、治療決定プロセスへの患者の参加

1980年台にはありますと、上記の「相互参加モデル」が、実際に有効である、ということが Evidence として上がって来ました。

(Grenfield S, Laplan SH, Ware JE Jr, et al. (1988) Patients' participation in medical care effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. J Gen Intern Med 3:448-457)

これは患者が療養法の決定に積極的に参加するようにトレーニングをした場合、医師-患者関係に変化が起り、それが血糖コントロールを改善するとともに、各種の QOL あるいは満足度を改善するというものでした。

「試験群」に割り当てられた患者は、医師の診察前に試験助手と20分面談を行い、そこでカルテをレビューしながら、「今回の問題点や治療上の話題」「いくつかの治療法の長所と短所」などについて話し合い、医師と「相談して決める」やり方について練習するのです。そうすると、HbA1c、QOL が改善するのみならず、診察時間内の会話が変化し、患者からの質問、患者が会話を支配する回数、患者が効果的に情報を得る会話が増加したが、診察時間が伸びることはなかったそうです。さらに、患者満足度が改善、その一方、糖尿病についての知識の量には変化はなかったとのことでした。

…ここまで話が進んできて、「ええ、それはちょっと困るな、やりにくいんじゃないか」と、御感じになる方もおられるかもしれませんね。患者がこっちの話の話を遮って、そこどうなってるんですかって聞いてきて、それにいちいち説明して、この薬、飲むことにしますか、どうですか?、なんて…。

そこで、先に述べた、コミュニケーション技術や人間理解（心理感情も含むこと）の重要性を感じていただければと思うのです。

もうひとつ、Jacobson ら (Jacobson AM, Adler

AG. Derby L (1991) Clinicattendance and glycemic control: effects on contrasting groups of patient with IDDM. Diabetes Care 14:599-601) は、(現在でいう) 1型糖尿病患者において、不規則通院者の特徴を調べました。血糖コントロールは有意に悪かったが、性別・年齢・社会階層・保険・病院からの(住居の)距離・罹患年数などの人口統計学的要因に差は見られなかったと報告しています。そこに差があるのではなく、医師-患者関係に関する信念に差があったとされ、不規則通院患者は、医師からアドバイスをもらうことを重要と思わない、医師に、自分の療養に関する考えを伝えることを重要と思わない、と考えていることがわかりました。これは「医療者-患者関係」から、切り離されている、ということであり、Adherenceの問題も含め、規則正しい通院ということのためには「そうしろ」と指示するのではなく、「そうしようかな」と感じていただけるような人間関係こそがポイントだ、ということでしょう。

3、患者の自律性

さらに例えば、Streetら (Street RL, Pisiak VK Carpenter WS. et.al. (1993) Provider-patient communication and metabolic control. Diabetes Care 16:714-721) は、療養指導時の看護師と患者の会話の内容を分析し、3ヶ月後の血糖コントロールとの関連を調べました(…というような発想の研究を行おうとすること自体、一種驚きを感じますね)。

- 1、支配的で指示的な会話をする看護師に療養指導された患者の血糖コントロールが悪かった。

(以下私が考える発言)

「この薬は食直前に飲まなければ効果はありません。」

「もっと間食を減らさない。」

「薬はきちんと飲んでね。」

「足趾はちゃんと毎日見えますか」

2、看護師が患者中心な会話をすれば、患者の感情表現や決断に関する発言が増えた。
「今回食べ過ぎたのは、なにを食べ過ぎたと思いますか」

「どうやればお昼の薬を忘れないですむでしょう、あなたはどうか考えますか」

このことから、医療者が専門家として患者の療養法をコントロールしようとする、逆効果になること、逆に患者の参加を促す、考えを尊重する、支持することが、患者の療養決定への参加を促進し、良い結果をもたらすといえます。我々が、会話をリードし続ける状態というのは、決してよいことではないようなのです。もちろん、これらの研究は欧米でのものであり、文化の差というものは厳然としてあります。我々の国では、多くの患者さんは欧米ほど主張したり考えを積極的に述べたりしないかもしれません。いまだに「先生(様)の言われる通りにします」とおっしゃる(特に高齢の)患者様も多いでしょう、しかし…「おっしゃるとおり」にしているかどうか、というところなのです。

4、エンパワーメント・患者中心のアプローチ (Patient centered approach)

以上のようなあり方は、我々の側からすれば、「患者の積極的参加を呼びかけ、導く」ということですが、患者側からいえば、患者自身が療養法を決定していくことについて我々の理解と支援をを求める、ということになります。我々人間が、何かをしようと意思する、つまり Motivation を持つ(動機付けられる)ときに、内部からの動機づけ(自律的動機づけ)と、外部からの動機づけ(統制的動機づけ)とがあります。前者は「面白いからこの本を読んで勉強してみよう」であり後者が「親に勉強しなさいといわれた」「勉強しなければいい大学に行けない」であるわけです。

重要なのは、「自律的動機付けがなされた

患者こそが、長期にわたる療養行動を継続できる」、すなわち「慢性疾患の療養において、Adherenceを維持し続けられる」という点です。これをSelf-determination theory (Deci et.al)とといいます。もう一つ重要なことは、この自己決定において、影響力の強いヒトが援助してくれるかどうか、という点です。つまりは家族や我々医療者ほか、本人の考え方を理解し、感情を受け止め、必要な情報や選択肢を提供しうるかどうかが、ということなのです。Williamsらは(Williams GC, Freedman ZR, Deci EL (1998) Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. Diabetes Care 21:1644-1651) 以下のように述べています。

- 1、医療者が自律性を支援していると感じた患者ほど一年後のHbA1cがよい
- 2、医療者が自律性を支援していると感じた患者ほど自律的動機付けができる
- 3、自律的動機付けができた患者ほど療養行動に自信がつく
- 4、療養行動に自信がついた患者ほど一年後のHbA1cがよい

ここに石井先生は非常に重要な点を述べられます。すなわち、「自律性を支援するということは、適切なアドバイスもしないで放任しておけばよいということではないということである。そうではなくて、より積極的に患者と関わり、患者の考え方や感情を理解し、必要なときには治療の選択肢を提示することである。アドバイスはするが、強制や強要はしない。決定は最終的に患者が行うのであって、できるだけよい結果につながるような決定ができるよう情報を提供する必要がある。」

さらに、上記の流れから、教育心理学者 Robert Anderson、糖尿病教育看護師 Martha Funnellは、新しいParadigmを開発提唱しました。それは「Empowerment Approach」と呼ばれるものです。「患者には患者の生活があ

り、人生観があり、その中での糖尿病の位置づけがある。それを考慮せず、一方的に医学的に正しい生活習慣を指導しても受け入れられないのは当然である」ということから、「患者と我々医療者の相互の意見を統合し、協力して治療に当たるための理念を創成しようとした」のです。それは「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、知慮方針を立てていく権利と能力を持っている」こと、その際「医療者の役割は、患者が適切な選択ができるように必要な情報を提供し、患者が自ら問題を解決していく力を発揮できるように支援することにある」。この考え方に基づく、具体的な指導技法については、また後に述べさせていただきます。

ただ、ここで確認しておきたいのは、Andersonが上げた「エンパワーメントに必要な6項目」が非常に示唆的である、ということです。

- 1、パートナーになる
- 2、現実の糖尿病はストーリーのなかにある
- 3、傾聴が心を癒す
- 4、感情に注目する
- 5、愛することとおそれること
- 6、おそれを解き放つ

各個の項目についての解説は後記に譲るとして、ここから現れる精神について石井先生はおっしゃいます。

「糖尿病エンパワーメントが成功するためには、単に『医療者側の態度(考え方/接し方)の変化』だけでは不十分なことを意味する。『私たちは押し付けはしませんから、あなたが自主的にやってください。その力を発揮してください』という、ある種の“見放し”をしないということだ。また、『あなたに力を与えます、力を引き出します』という“おせっかい”でもない。」

そして、精神医学者であるJacobsonは、精神的な治療関係の文脈で述べられる、「治療同盟(Therapeutic alliance)」という表現で、エンパワーメントにおける重要な要素をあげています。これは本来、各種のカウンセリング治

療の領域で、Drop Out や自他への攻撃的な心理に陥りやすいケースなどにおいて、「常に医療側と患者側は、軽快治癒というよりよい目的に向かい協力し、相互に援助し、戦う同盟者である」ということを繰り返し確認していく考え方です。医療者主導の方法 (Physician centered approach) と、それに対応・存在する患者中心の糖尿病医療 (Patient centered approach)、これらは、どちらか一方・排他的存在ではなく、相互に融合的に働くべきです。「医療者は医学専門家として、正しい診断と科学的実証に基づいたいくつかの適切な治療法を

提示することが必要であるし、患者側は糖尿病の人生における位置づけ、あるいは生活形態の観点からどういう療養法が可能であるかを提示する必要がある。それらは相互協力的な関係の下で行われる必要がある。」その重要な要素が「治療同盟」なのです。

このような我々と患者さんとの関係、心構え、それがここでいう「Patient-Centered」～患者中心、ということの真髄なのです。

しかし… (No51に続く)。