

No.52

Practical Psychology for Diabetes Clinicians より ⑫ 「実践にあたってのふたつの柱」

福井県糖尿病対策推進会議 幹事 夏井 耕之

さて、これまで再三に亘って述べてきたことは以下のような点でした。

1, 糖尿病療養の最終目標は高いQOLを維持することにあり、それは患者さん自身に実感していただかなければならない。

「ね、血糖がよくなって、A1cも下がったから、どんなに厳しい食事をしていても、ハッピーでしょ」→×

2, セルフケアに影響するのは、知識や情報だけではなく、患者さんの内面的な信念、治療への決断、動機付け、周囲のサポートのあり方である。

「糖尿病というのはこんなに怖いんだから、それをこうして教えたら、できるでしょ。」→×

3, 患者さんは生きている「人間」であり、糖尿病を患ううえで、様々な感情とともに生きている。

「なんで自分だけがこんな目に合うんだ、悪くしないためって言われたって、納得できない、腹が立つし悲しい。」

「認めたくない、これを食べたって、たいして血糖は悪くならないだろうさ、きっと。」

「いやだ…気力がわかない、なんにもしたくない、食べたくないけど、衝動的に食べてしまう…。」

4, 糖尿病医療学として、今までの「教える」「諭す」「導く」医療から、パラダイムシフトしよう。「これこれこういう研究結果があり、これくらいの血糖にするのがよく、こういった食べ物がいいので、こうしなさい。」→×

5, 血糖コントロールの実態は、なお不十分で、一旦良くなっても50%の例で再悪化がありえる、そして、季節や外的要因などで変化しうる、変わっていく。

「もう何度言っても血糖が良くならない、この患者は指示に従えない、ダメな患者だ。」→×

6, 血糖コントロールを支配しそれに影響を与えるもの、それはもちろん医学的な治療法(薬やインスリンやそのほか)でもありうるが、しかしその多くは患者自身の自己管理(セルフケア)の如何にかかっている。前者と後者とは主従関係ではなく、同等のレベルの関係である。

「この新しい薬を追加したんだから、血糖は良くなるはずだ。」→×

7, ある一つの自己管理行動は別の行動のレベルとは相関しないし、また同じ行動レベルでも同じ成果が得られるとは限らないので、他人と比べることに意味はない。

「きちんと食事療法を守れる人もあるのに、どうしてあなたはできないのですか。」→×

「いつやるんですか、今、でしょ。」→×

8, 医者と患者とは「対等な同盟者」であり、共に協力してより良い結果を希求していくものであり、かつ、その関係のなかで、患者さんは自らの人生の主人公であり、治療の中心となるべきである。

「さてさて、糖尿病とはこれこれこういうものであるからして、君がこれからどうしていかなくてはいけないのか、教えてしんぜよう、私の言うことを100%聞いていりゃ、良くなるんじゃない。」→×

「まあ、言われてみれば…しかし、どうやったらいいのだろう。」

「いやだ、めんどくさい、つい食べちまう、薬も飲み忘れるし、まあ、次にはやってきますけど、」

という患者さん相手に、

「こらこら、こんなことじゃだめでしょう、悪くなっちゃうよ、ね、次からはきちんとしてきてね、じゃあ、次…」

などといって、毎日が過ぎてしまう、結局血糖もA1cも良くななんないし、まあそれは患者自身の責任だからね…。

このままではだめだ、なんとか、患者さんの幸福な人生のために…。ということで、実際にそれでは我々が、どう考えてどう働きかけ、どう診療場を構築していけば、患者さんと同盟者となり、彼／彼女の自主性を引き出して、彼／彼女のケアを自分自身で中心となって行なっていくっていただけるのか。

そのために大きな2つの柱を立てて、実践編としていこうと考えます。その2つとは

1、糖尿病エンパワーメント

2、変化ステージ

です。

エンパワーメントという語は、No.50で述べましたが、

「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」、という考え方です。繰り返しになりますが、もともと心理用語としてのEmpowermentは、「権力委譲」という原義をもっており、医療者が「これこれこういうふうに行ないなさい、この薬を飲むべきだ」、決定し判断する権能・力(Power)

を保持し、振るうものだ、という立場への「革命劇」、Powerを患者のほうへ移す、決めるのは患者自身、という立場の変化を示すものです。ある意味「政治的」「思想的」「理念」でありえます。ただ後で述べますが、石井先生は「単に委譲するという意味ではない」ことを繰り返されます。そこでは深い感情的な流れをもった、相互に尊敬や信頼や純粋な思いやりにあふれた関係のもと、正直で開かれた関係性(相互作用)を持たなければなりません。我々は自分の「人間性」を試されるわけです。これは…ひどく重く、深いことです。次章以降、その理念性、その裏付けとなる様々な概念やキーワードを解説したのち、では実際にはどのような技法を用いれば、患者さんのセルフケアに対する「自主自律性」を育て、サポートしていけるのか、患者さんが「自分で決めることができる」ようになるのか、について述べていきます。それは、先日来記述してきた、とある患者さんや病像の断面を捉えて、それに応じた医療を、という意味の「患者中心」とは異なる、患者さんの「物語」を「傾聴」し、それを「共有」することによる「患者中心」の治療です。

2つ目の大きな柱「変化ステージ」の考え方は、もともとProchaskaという人が発案した、「禁煙」に対する考え方でした。それは、複数の心理学的な療養・指導モデルを統合すると共に、患者さんへの指導方法上の、実に具体的な指針を明らかにしうるもので、「多理論統合モデル」とも呼ばれます。

その考え方の根底にあるものは、

- 1、患者さん…人間、及びその行動は、変わらないもの、変わらないものではなく、変わり得るものである。
- 2、では、如何に、どのように変わるのか、どうすれば変わっていけるのかを探すべきである。
- 3、人間とその行動変化には、ある種の決まった段階がある。

- 4、変わっていくことに対して最も大切な因子は本人の決断であり、それをもたらすのは「利益と不利益」の「バランス」である。
- 5、変化は、短期的なものもあれば、長期的なものもあり、一過性ではなく、経時的であり、また、一旦起こった変化が揺り戻すこともある、つまり変化は「螺旋階段を昇っていくように」起こってくる。
- 6、そして、その変化の段階(ステージ)に対しては、具体的に個別に適合した指導法というものがある。
- 7、変化のステージが十分に進行していない段階(患者さんの準備～Readinessが整っていない)での不適切な介入指導は失敗に終わる。

つまり、人間のセルフケア行動とその変化というものも一足飛びにはおこらない、あるいは算数を学んでいくのと同様であり、まず数から、そして四則演算、そして少数、分数、と進んで始めて関数や方程式、微積分がわかる、ということ、如何に学ぶ「気にさせて」次のページを開いてもらうかが最重要、という、ある意味実に当たり前のことを包摂しており、その時の「学習指導」の「要領」を提供してくれる考え方です。

今後、エンパワーメントについての議論を行なってから、具体的な変化ステージについて述べますが、ここではさわりだけ、現在の考え方の「ステージ」分類を挙げておきます。

1、前熟考期

- 1) 6ヶ月以内での行動変化を考えていない。
- 2) (勧められる療養を)始めるつもりはない、できない。

「え、先生、私糖尿なんですか?、別に痛くも痒くもないし、そんなことないでしょ。」

「そんな、血糖悪いからって、食べ物をがまんしたりしてちゃストレスたまりますよ。」

「どうせ治らないなら治療したってしかたな

いでしょ。」

「食べるもんいちいち、うるさいなあ、ほっといてくれ。」

2、熟考期

- 1) 6ヶ月以内に行動を変化させるつもりがある。
- 2) (勧められる療養を)していないが、始めようかとは考えている。まだ、迷っている。

「そうですねえ、合併症は怖いと思いますがね。」

「どこから手をつけたらいいんでしょうか。」

「やらなけりゃならん、とは思っているんですが、難しそうです。」

「やめようと思っちゃいるけど、やめられないんですわ、おやつ。」

3、準備期

- 1) 1ヶ月以内に行動を変化する(基準となる行動を始める)つもりがある。
- 2) (基準となる行動を)していないが、すぐに始めるつもりがある。
- 3) (基準となる行動を)していないが、少しずつ近づけていくつもりがある。

「いつも食べてしまうアイスクリーム、やめようと思うけど…どうすればやめられるでしょうね。」

「いっそのこと全部ご飯を食べないでおこうか。でもそれは無理かも…。」

「血糖下がったら、ちょっとはいいことあるかね。」

4、行動期

- 1) 望ましい行動(基準となる行動)を行なっている。ただし、その行動を始めて6ヶ月以内である。

「食事療法のさわりのところ、始めてはみたものの、ずっとこうするのかと思うと、難しい。」

「運動はちょっと食べた後に散歩するようにしていますが、まだご飯を減らすのは無理です。」

「薬飲んでみました。お腹がごろごろして、続けられるかどうか…。」

5. 維持期

1) 望ましい行動(基準となる行動)を行なっている。その行動が始まってから6ヶ月を超えている。

「交換表はもう見慣れましたよ、一年前は全然わからなかったが。」

「だいたい目分量でご飯をみれば、量は分かる。実際に測ってみればだいたい合っている。」

「最近では散歩することが楽しくなりましたよ。」

どうでしょうか、先生方も日常診療の場面で、「よく聞くセリフ」があるのではないのでしょうか。ただし、変化のステージによって、介入する具体的方法・作戦は全然異なってくるので、「ああ、この人はなんか言い訳言っているな」などと軽く聞き流さず、この患者さんは今、どんなステージにたって、どんな準備状態にいるのかを、よく計り予測することが重要です。

そして、どの段階でも(たとえ維持期でも)再発・逸脱、ということはありません。変化は「螺旋階段」なのです。特に行動期、始めて半年以内というのは「やっぱり、や~めた。」となりやすい、とされます。半年以上継続できていれば、だいたい継続できる、そこでそこを「維持期」と呼ぶのですが…それでもいつしかだんだん、関心が薄れ、徐々にまた行動がもとに滑り落ちてくる、ということが多くの人で起こりえます。

そこで、変化ステージを用いる方法の結びとして「再発予防」のプログラム、というものが重要になってきます。そのプログラムまでを理解するためには、まず「再発」とは何か、何が起こっているのかを定義検討しなければなりません。それから、糖尿病の療養ではどのような再発状況がみられるのかを詳細に分析した上で、それをどう防ぐか、というプログラムにたどり着きます。

さて、概説はここまでとしておきましょう。次回から、実践編として、具体的かつ個別な議論をして参ります。