

No. 53

Practical Psychology for Diabetes Clinicians より ⑬ 「糖尿病エンパワーメント、その概念と原点」

福井県糖尿病対策推進会議 幹事 夏井 耕之

石井先生は、新しい「糖尿病医療学入門」の中で、次のように述べておられます。

筆者らが、「エンパワーメント」という概念を初めて日本に紹介したのは、ADA (American Diabetes Association) が出版した“Practical Psychology for Diabetes Clinicians”の日本語訳「糖尿病診療のための臨床心理ガイド」を1997年に出版したときである。その第17章に、「エンパワーメントアプローチを用いた患者の行動変化への援助」の章があり、Robert Anderson 博士と Martha Funnell 看護師によって新しい療養指導法が紹介されている。

この訳出のお仕事を自分も手伝わせていただいたわけで、特にこの第17章の部分はくっきりと心に残っています。こここのところの内容に出会い、そのご本が出版されるタイミングで当地に赴任してきた私にとって、臨床の仕事のいわばバックボーンとなった内容です。それでは、この1977年版の「エンパワーメントアプローチ」について、当時と同じような内容にそってまとめてみましょう。

4. エンパワーメント

糖尿病教育においては、知識や技術を一方的に教え込むのではなく、患者が日常生活で遭遇する多彩な場面で、適切な選択ができ、自分から困難な問題を解決していけるような能力と自律性を育てていく方向が推奨されている。これがエンパワーメントと呼ばれる考え方である。

Empowerment とは「権能を与えること、できるようにすること」であるから、その意味を砕いて言えば、「患者が自分でできるようになるよう支援すること」となるだろう。

A. 信念 (心構え)

エンパワーメントを用いる上で、最も重要なポイントは、単に知識や情報を持ち合わせていることではなく、自分の心構えが糖尿病と向かい合っているかどうかである (1. 総論参照)。

まず、以下のような信念を患者が持っているかどうかをアセスメントする。

- ① 自分にとって糖尿病は重大な問題である。
「否認」しない、受け入れる、= 健康信念 (ヘルスピリーフ)
- ② 自分のとる行動によって、状況は変わっていくものだ。
変わることができる、ということへの自信や見込みがあれば、人間は努力し得る。
= 自己効力感 (セルフエフィカシー)

B. 考え方と原則

原則として、次のような考え方の柱をもつこと。

- ① 日々の生活におけるコントロールと決断の中心は一人一人の患者である。
- ② 医療チームの主要な任務は、やり方を指示し指導することではない。その専門的知識で必要なものを患者に供給し、彼らがよく知った上で決断できるように援助することである。
- ③ その患者にとって個人的に意味があり、自

由意志によって選択した行動変化こそが実現しやすく維持しやすい。

C. 障害となるもの

原則はよくわかったとしても、具体的にそれをどう実現していくかが問題である。この「具体化」の部分で、多くの患者とそして医療スタッフがバリア（障害）に直面する。

① 医療側の問題

患者が抱えている問題が、医学的・技術的問題でなく、患者や家族の心の問題であったり、複雑な人間関係や社会関係に根ざしていたりする場合、スタッフの側がそれを忌避したり、力不足を感じたりして、目を背けよう、気付かないふりをしよう、あるいは、技術的問題にすり替えようとする心理が働くことがある。

また、医療側は、常日頃から「指導」し、「指示」し、自らイニシアチブをとって「解決」することに慣れている。そこで、上記のような複雑で困難な問題にも、どうにかして自分で解決策をひねり出して患者に提示しなければならないような、焦りを感じることもある。このような場合、セッションの多くは、「おとなとこども」「親と子」「教師と生徒」的雰囲気支配することになり、通り一遍の、実りのないものに陥りやすい。「それは〇〇したらいいんじゃない。」

「ハイ。」

「それに、そういうこといわずに××しなきゃ。」

「ええ…。」

患者が抱える問題の多くは、実は医療側が解決を与え、患者に行動を指示する必要などないのである。ただ、そこにそういう問題が在るということへの気づきをうまく誘導することが重要である。そのためには、患者が心理・社会的な悩みを自由に表現できるような雰囲気・信頼関係（ラポール）

をこそ大切にしなければならない。

② 患者側の問題

多くの場合、患者はそれまでの診療経過の中で自分の努力を非難されたり批判されたりしてきている。

「どうして甘いものを我慢するくらいのこと、できないんですか。」

そのため患者は、我々に対し正直に話したり、(特に我々の言い分に反対するような)自分の考えを述べたり、自分にとって価値が高いと感じることについて主張したり、という行動を嫌がる場合がある。しかし、この「自分の主張の発露」というものはエンパワメントの基本であり、必須の行動である。それが可能となるためには患者自身が我々医療側を真のパートナーだとみなしていなければならない。つまり、我々のほうが患者からみて信頼できる相棒であるよう努力することが必要とされるのである。

D. エンパワメントの実際

まず、毎日の糖尿病治療は患者に任されているのだという事実を確認する。次に、患者自身が問題だと感じている点をまずとりあげ、改善したいと考えている状況を確認する。それがたとえ、専門的な眼から見れば二の次のことに思えても。そして、変化を維持するのに必要な情感が伴った「誓約」をかわす。それから、具体的な計画を立てる。

そのような手順を踏むために、以下のような質問を、適切な表現と順序で患者との対話に用いていく。質問の表現・順序は、必要と状況に応じて、様々に工夫・応用・変更されるべきである。

① 「あなたにとって、糖尿病とともに生きる生活のどんな面が一番難しいですか？具体的な例を挙げてくれませんか。」

まず、感じている困難を具体化・具象化して目の前に掲げてみる。それ自体二義的な

些細な問題であっても、まず患者の気持ちを尊重する。

- ② 「そういった状況についてどう感じますか。腹立たしい? 悲しい? 混乱する? あなたは〇〇だからそう感じるのですか?」
強い感情が伴わなければ状況を打開しようとする行動変容は生まれてこない。感情が抑圧されたままうまく引き出されなければ変化は起こらないのだ。感情を露わにし、それを自分のものとして再認識してこそ行動は変容する。

- ③ 「もっと気分よく感じるには、それをどう変えていったらいいでしょうね。後一カ月くらいしたらどうなったらいいでしょう。もし何もしなかったらどうなるでしょう。何も変わらなかったらどんな風に感じますか?」

各状況が持つ個別の事情を思い描いてもらうと同時に、それが変わったらどんな風に良く感じるか、あるいは、変わらなかったらどう嫌に思うかを想像してもらう。感情で彩られた未来を想像するのである。

- ④ 「あなたがこの状況を変えることはあなたにとってどれほど重要なことですか? あなたはその気になりますか?」

この段階こそがエンパワーメントにとって最もキーとなる瞬間である。これによって、行動を変化させることを患者自身の想いの中ではっきりと確認し約束してもらうが、これがインパクトを持つためには、約束するかしないかはあくまでも患者の自由なのだと感じてもらわなければならない。医療側に媚びての約束では長続きしない。

- ⑤ 「それではあなた自身の生活を変えていくのにまずどんな事ができるでしょう。何か障害がありますか? 助けてくれそうな人がだれかいますか?」

これによって、その患者個人の生活に適った計画をいくつかあげてみる。実行する前

に、助けになるような人や物について考えておく。

- ⑥ 「このお話が終わった後で、何か一つしようと思っていることがありますか?」
少なくとも一つの行動変容・最初の一步を確認してからセッションを終了する。この際、どこまで具体的な計画が出るか、がポイントである。約束は守られなければならない。そして、守られたかどうかが明確でなければならないのだ。交わされた約束を書き出す・記録することも有用である。
「運動をがんばってみます」「食事を減らしてみます」(良くない例)
「夕食後20分間自宅の庭を散歩します」「主食を一回3単位にします」(よい例)

具体例

〈今までのやり方〉

「食事療法がいわれた通り守れないんです。」

「何カロリーですか?」

「1400です。一生懸命やろうとしてもできません。医者、体重が減らないからって叱るし。日中はまあまあできるのに、夫が帰ってきて、もっとたくさん食べさせろって怒るんです。それから二人でテレビを見てると、アイスクリーム持ってこいって言って。で、そのまま二人で食べちゃうんです。」

「夕食後、御主人を散歩に誘って見たらどうですか。それに、アイスクリームをヨーグルトに変えたらいいのに。」

「一度ヨーグルトにしてみました。でも、おいしくないし。それに、夫がそう毎晩毎晩散歩に付き合ってくれるとは思えませんわ。」

「低脂肪ヨーグルトはいいよ。それに、御主人を誘うの、そう簡単にあきらめないでよ。言ってみるくらいできるでしょう。」

「…ええ、まあ。」

「そりゃ結構。決心さえすれば、それくらいできるって。」

〈エンパワーメントアプローチ〉

「食事療法がいわれた通り守れないんです。」

「ずいぶん気持ちが混乱してるようですね。話してみてもいいかな。」

「私、決められた通りに料理して、いわれた通りに食べようってするんです。でも、夫が、そんなウサギのえさみたいなもん食べたくないって言うし、それに、私のことデブだデブだってからかうんです。医者も、体重が減らないって怒るし。食べたいものあきらめなけりゃならないのにもうまくいきません。」

「そりゃ欲求不満にもなるね。それだけががんばってるのにもうまくいかないんじゃないか。」

「ホントにそう。なんでこんなに大変なんだろう。」

「あなたは、何が問題だと思いますか？」

「ええっと、日中はまあまあうまくやれるんです。でも、夫が帰ってきて、もっとたくさん食べさせろって怒るんです。それから二人でテレビを見てると、アイスクリーム持ってこいって言って。で、そのまま二人で食べちゃうんです。」

「あなたがもっと気分良く感じるためには、何をやらなければいけないんでしょうね？」

「私、本当に体重を減らしたいの。医者にも言われたからじゃなくて。こんな自分きらいだし、何か楽しいことをしようにも、気力も無くなって。」

「もしこのまま、何も変わらなかつたら、どんな風になるんでしょうね？」

「よく分からないわ。きっと、もっともっと体重が増えて、もっと血糖も高くなって、状態が悪くなるんでしょうね。」

「そうになったら、どんな感じがするだろうね。」

「最悪。もう私、せっぱ詰まってるんです。欲求不満を感じるの嫌だし、いつもいつも自分に腹が立ってるし。こんな気持ち、仕事にも影響してるみたいだし、子供に当たり散らす事だってあるわ。」

「このまま続いていってもいいですか？」

「いいえ!! 絶対体重を減らさなきゃ。」

「それじゃ今から、手始めに何かできることがあるかな。」

「夫に話をしてみます。夫の言葉で私がどれほど傷ついたら、夫はわかってないと思うし。夫さえ味方になってくれたら、半分できたようなもんだもの。」

「いつお話しされますか？」

「今晚、夫が帰ってきたら話します」

この例では、患者は別にもうアイスクリームを食べないとか運動するとかを約束したわけではない。この患者本人にとって、この時点での最重要点は、夫の支援を如何に得るか、という点であったのであり、これを患者自身がまず選び、取り上げ、実行に移す、ということが重要なのである。

以来、石井先生の精力的なお仕事はじめ、あちこちで「エンパワーメント」という言葉、この概念は広がって来ました。糖尿病だけに限らず、広く臨床心理の世界でも使われるようになっていきました。しかしあらためて、この言葉の真の意味が問われている、と石井先生は警告されます。上記の内容から、特に重要と思われる原理をピックアップします。

「患者が糖尿病を管理する」、ということは「患者に疾患と自身の身体や病態に関して責任が生じる」ということです。それは次の3点に集約されます。

- ・ 選択…治療効果に最大の影響を行う選択は、日々患者が行う、食事、ストレス対処、血糖測定、薬物の定期的使用など。
- ・ 管理…疾患の管理は患者自身が行う。どの程度のコントロール状態にするかは患者が決定している。
- ・ 結果…患者の選択や管理に伴うリスクや健康結果には患者自身がその責任を負う、医療者がそれを共有することは出来ない。

→それらを含めて、糖尿病は病気を持つその人自身のものである。たとえば、選択や管理をしていなくても、糖尿病になったことに気づいていなくても、あるいは、気づいていても否認して加療していなくても、その結果は患者にもたらされるのです。患者は「医療者の指示に従うべきである」という役割からは開放されるのですが、それと同時に糖尿病以外の人生生活と同様に糖尿病療養については、自分で組み立てていく責任を負っているわけです。

→一方で、我々医療者も、患者の糖尿病の管理・健康結果(血糖値やA1c、合併症の発症進展ほか)のすべてに責任を負っているという呪縛から解放されるということになります。しかし、そこには新しい役割があるのです。それは患者が上記3つの責任を遂行していきけるように援助する責任を持つ」ということです。

お互いがその責任と限界とを認識し、それに基づく関係が成立したときに、より協力的で、満足のいく医療ができるでしょう。その理論的背景にあるのが「非指示的カウンセリング」です。それは「患者が問題解決の内的能力をもっていることを前提とし、対等で尊重し合う関係で面接を進める」とされます。

先に述べた「実際例」をより抽象化すると以下ようになります。

- 1、医療者(療養指導や糖尿病教育を担当する者)は患者の一番の関心事を明らかにする
 - a) 最も不満に想っている領域の特定
 - b) この領域に集中して話し合うことへの同意
- 2、医療者糖尿病治療における患者-医療者関係について話し合う
 - a) 糖尿病は自己管理の病気である
 - b) 医療者は相談相手である
 - c) 患者がインフォームドチョイスできるように援助

- 3、医療者は患者の知識や自己管理実践度を評価
 - a) 自己管理の問題点を特定することを援助
 - b) 感情を明らかにすることを援助
- 4、医療者は自己管理の責任が患者にあることを認める
 - a) 糖尿病に関連する個人的価値を見出すことを援助
 - b) 患者が望む結果を特定することの援助
- 5、医療者は患者の「1、関心事」と「3、評価」にもとづいて情報を提供する
 - a) 糖尿病およびその治療選択肢の説明
 - b) 各治療選択肢の利益と不利益を概説
 - c) 個人的な利益や不利益の特定を援助
- 6、患者は自己管理目標を選択し、障害、手ごかりなどを特定する
- 7、患者は問題解決の責任をとる
 - a) 最適なサポートを得る技法を培う
 - b) 障害やサポートを特定する
 - c) 障害に打ち勝つ方法や技法を学ぶ
- 8、患者が医療者と協力して、選択肢を特定し、計画を立てる
- 9、患者が計画を実行する
- 10、患者と医療者が計画の評価、見直し、趨勢を行う
(統合型自己管理教育の概念…「糖尿病医療学」P216 表3-21)

ここで、もう一度上記の「D.エンパワーメントの実際」のところをみていただければ、各項目について理解が深まると思います。

さらに石井先生は強調されます。

「糖尿病エンパワーメント」は単なる権限移譲ではないことがお分かりいただけるだろう。むしろ責任の所在の分担化である。また、「能力開発」という訳語もその後提案された。これも「糖尿病エンパワーメント」の理念の一部を表現しているが、一部でしか無い。

訳出作業は天理市で行っていたのですが、ここで、「この語も訳さないでおこう」と決めたこ

とを覚えています。ヘルスビリーフ、セルフ・エフィカシーなど、ここでも再三述べている基本概念とともに、「エンパワーメント」をそのままとしました。適当な日本語をあてて、直感的にわかるようにしないほうが良い、「その人その人の直感で理解されてはいけない」、それは臨床の実践のなかから生まれてきた、「新しい体系(理念)」であり、それを虚心に身につけることが重要なので、各人がこの語を適当にイメージするのではいけないのです。

特に、この概念で重要な裏付けとなるのは、先の「患者中心」というところで述べてきた、「患者と治療者の人間関係」といえます。エンパワーメントを実効あるものとするには、我々の態度の変化だけでは不十分です。我々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、というある種の「見放し」になってはなりませんし、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のです。

石井先生は非指示的カウンセリング精神にもとづき、エンパワーメントという共同作業を行なっていくうえで必須となる人間関係を気づくための要素を以下のように挙げられています。

- 1、パートナーになる
- 2、現実の糖尿病はストーリーの中にある
- 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

なにか非常に「文学的」「哲学的」、あるいは一種「宗教的」とも感じられる言葉です。

今回は、この要素の説明から、より具体的な手順について、先の1997年版から、さらに進んだ面を解説してまいります。