

2004年度第2回人間文化学会研究会発表要旨

糖尿病患者のグループ療法

久保克彦

I はじめに

2003年8月に厚生労働省が発表した「糖尿病実態調査結果」によると、全国の満20歳以上の男女5,792人を対象に、問診と血液検査を実施した結果、わが国には「糖尿病が強く疑われる人」が約740万人、「糖尿病の可能性を否定できない人」が約880万人いると推計されている。前回の1997年の調査と比べると、「糖尿病が強く疑われる人」が約50万人、「糖尿病の可能性を否定できない人」が約200万人増加している。このような数字からもわかるように、わが国には糖尿病患者の急速な増加が認められ、こうした問題に対する早急な対処が求められることになってきている。

II なぜ糖尿病患者に心理的援助が必要か

周知のように糖尿病は代表的な慢性疾患であり、一度発症すると完治することは望めず、病気を治す代わりに病気をうまくコントロールしていくことが求められる。そのために、糖尿病治療においては、患者自身が積極的にセルフケア(自己管理)に取り組む姿勢が不可欠であり、これが長期的な合併症(網膜症、腎症、神経障害など)の進行度や予後を大きく左右する。ところが、この患者に求められるセルフケアは、食事療法や運動療法、服薬、血糖自己測定、インスリン自己注射など、複雑多岐にわたっている。その上、すでに習慣化した日常生活行動を大きく変化させながら、新たにこれらのセルフケアを進めていかなければならず、相当な困難さを伴うことになる。

実際、「そんなはずはない」「たいしたことではない」と病気を否認して

セルフケアに取り組もうとしない患者, 「なぜ自分だけがこんな食事をしなければならないのか」という怒りのために食事療法に取り組めない患者, 十分な説明もなしにインスリン治療への切り換えを言い渡され医療スタッフへの不信感からインスリン自己注射を拒否する患者, 何度もセルフケアの取り組みに失敗して燃えつきてしまった患者など, 病気や治療に対する様々な感情的問題を抱えて, セルフケアをうまく実行できない患者は多いのである。

Ⅲ 「医療モデル」と「成長モデル」

従来の糖尿病治療における患者教育は, 「医療モデル」に従った形で, 医師や看護師が糖尿病の療養法について一方的に指示を与え, これを患者がいかに忠実に守るかというコンプライアンス(医師や看護師の指示に対する遵守)が重視されてきた。したがって, 医師・看護師と患者との関係は, 「治す—治してもらう」「指導する—指導を受ける」という構造になりやすく, 患者はいつも受け身の状態にとどまってしまうことになる(図1)。そのため, 従来のやり方では, セルフケアに積極的に取り組んでいくという患者自身の主体性や自発性は育ちにくかったと言える。

糖尿病患者教育においては, 患者が自分にとっての糖尿病の意味や治療の意義に気づくこと, さらに, セルフケア技術を自分自身で使えるよう

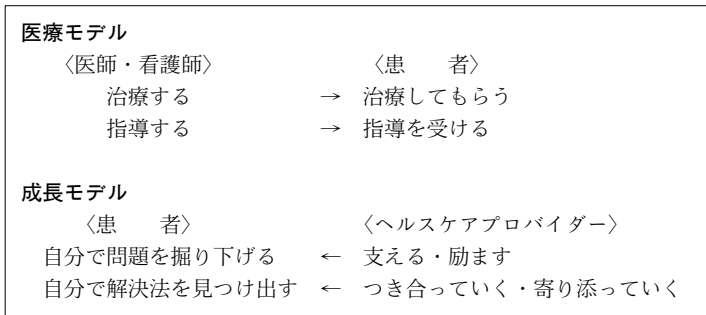


図1 医療モデルと成長モデル

になることが重要であり、医師や看護師はその過程を援助し、勇気づけていくことが求められる。このような関係は、患者自身の成長を促していくという「成長モデル」に従う人間関係であり、援助者であるヘルスケアプロバイダー(糖尿病治療に関わるすべてのスタッフ)は、患者とともに考えて一緒に治療を進めていくという姿勢が必要である。これは、まさにカウンセリングにおいて、患者(クライアント)が自分で問題を掘り下げ、自分自身の力で解決方法を見つけ出していく作業に、カウンセラーが「つき合っていく」「寄り添っていく」という姿と重なるものである。このようなカウンセリング的な人間関係が、これからの患者教育には求められているのであり、コンプライアンスよりもアドヒアランス(治療法の決定から実行までの過程に患者が積極的に参加すること)の強化に焦点をあてていくことが大切になってきているのである。

近年、米国において展開されているエンパワーメント・アプローチも、このような姿勢を基本的理念にしており、一緒に治療を進めていくパートナーシップ関係を形成することや、患者が成長する力や自己決定する力を尊重することが欠かせない条件となっている。

IV 糖尿病患者への心理的援助

セルフケアというたいへん困難な課題を前にして、その困難さに圧倒されて立ちすくんでしまっている糖尿病患者に対しては、そのつらくて苦しい胸のうちをじっくり語ってもらって、感情的な問題を解決する必要がある。患者一人ひとりには、それぞれ固有のセルフケアをうまく進めていけない理由があるのであり、その患者に固有の問題をしっかりと聞き出すことによって、問題解決の糸口もつかめるのである。また、そうした理由には、セルフケアに対する「怒り」「悲しみ」「恨み」「不安」といった感情的な反応を背景にもつ場合が多い。こうした感情的反応を調整し病気状況に適応できるように援助することなしには、いくらセルフケアに関する知識を与えたとしても、それらは一向に身につかないのである。従って、糖尿病

患者への心理的援助においては、まず患者との間に治療的な人間関係を育てていくことが重要となる。その上で、セルフケアを実行できない理由や問題を患者とともに発見し、その解決法を一緒に考えていくこと、そして、パートナーとして患者を支援していくことが大切である。

筆者が所属していた総合病院では、糖尿病教育入院患者に対して、医師、看護師、栄養士、薬剤師、臨床検査技師、歯科衛生士などの医療スタッフがチームを組んで、糖尿病患者教育(水曜日に始まり、翌週の水曜日に終わる8日間コース)にあたっていた(表1)。その中で、筆者(臨床心理士)もグループ療法を担当する形でこのチーム医療に参加し、糖尿病患者に対する心理的援助に取り組んできた。

V 糖尿病教育入院におけるグループ療法

1) グループ療法の目標

グループ療法とは、集団のもつ相互作用や力動性を利用して、それを治療に役立てようとするものである。すなわち、集団の中で他の参加メンバーと互いに観察し合いながら、悩みを分かち合い、様々な情報を交換し合い、自己理解を深めていくのである。糖尿病患者を対象としたグループ療法の場合、その目標となるのは、患者が他の参加メンバーとの交流の中で、糖尿病をめぐる様々な感情を整理し、糖尿病のセルフケアに積極的に取り組む姿勢を作り上げ、糖尿病をしっかりコントロールしていけるようにすることである。

2) グループ療法の進め方

1セッションは約1時間であり、集団の大きさは10人ぐらいまでの小グループ規模で行われる。

スタッフは、リーダーとして医師あるいは臨床心理士が1名、サブリーダーとして看護師が1名参加する。リーダーは、中立的かつ受容的な態度で、参加メンバーの発言に耳を傾けるとともに、まとめ役として発言する。

サブリーダーも自由な発言を保証されているが、グループの中で起こっていることを客観的に観察することに重点をおいた役割を果たす。

長期のグループ療法では、話し合うテーマは決めずに自由な討論が行われるが、教育入院中に行われるような短期グループ療法では、限られた時間内で効果的な話し合いを行うために、あらかじめテーマを設定しておく場合も多い。たとえば、①糖尿病と診断された時どんな気持ちでしたか、現在どれくらい糖尿病を受容できているか、②糖尿病のセルフケアで何が一番難しいと感じているか、③家族や友人との人間関係の中で糖尿病に関してどんなことに困っているか、④退院後にどれくらいセルフケアを続けたいかと思っているか、などである。

このように、糖尿病患者を対象としたグループ療法では、主に糖尿病をめぐる感情の問題に注目し、怒り、不安、孤独、恐れなどのセルフケアの遂行を阻害している否定的感情を自由に表現し、共有し合う場を提供するように努めている。ヤーロムは、グループがもつ治療促進因子として、「普遍化」「カタルシス」「凝集性」といった11の因子(表2)をあげているが、こうした因子が働くようにグループの運営を行う。

3) グループ療法の実際

〈Aさん(68歳、男性、2型糖尿病)の事例〉セルフケアをテーマにした話し合いの中で、Aさんは「退院したら運動なんてできない」「酒は絶対止められない」と、投げやりな態度が目立っていた。10年前に会社経営から身を引いて以来「何の楽しみもないし、長生きだけしたってしょうがない」という話からは、仕事という生き甲斐を失ってしまった対象喪失の状態であることが窺えた。

そこで、Aさんの「長生きはしたくない」という思いに焦点をあてて話を聴いてみた。すると、Aさんは「92歳まで長生きした父の介護で苦勞してきたので、自分は下の世話をしてもらおうようになるまでも長生きはしたくない。父の世話をしながら、早く死んでくれと何度思ったことか…。

表1 糖尿病教室

	水	木	金
9:30	糖尿病とうまく つきあっていくために (医師)	なぜこわいのか 糖尿病 (医師)	大切な合併症の薬 (薬剤師)
10:00			
10:05	わかるぞ尿糖 (検査技師)	のみ薬はいつ飲むの? (薬剤師)	塩のうまい話 (栄養士)
10:35			
10:40	わかるぞ血糖 (検査技師)	インスリンのお話 (薬剤師)	何を食べましょうか? ～ステップ編 (栄養士)
11:10			
11:15		口の中の衛生 (歯科衛生士)	
12:00			みんなで昼食 (栄養士・看護師・医師)
12:30	運動で血糖を 下げよう! ① (看護師)		
13:30	運動すると 食べられる? (看護師)		本音で語ろう! 糖尿病①
14:00	どれだけ 食べましょうか? ～ホップ編 (栄養士)	アルコールは 飲んでいいの?! (栄養士)	(臨床心理士 +看護師)
14:30			
14:35		間食は食べていいの? (栄養士)	健康食品 何でも相談 (薬剤師)
15:05			
15:10		わかるぞグリコ わかるぞ合併症検査 (検査技師)	

土・日 試験外泊

息子にそんなこと思われながら、長生きだけするのも嫌だ」と語った。この発言に対して、隣に座っていたBさん(54歳、女性、2型糖尿病)は間髪を入れずに、「そんな経験があったら、誰でもそういう気持ちになりますよね」とAさんに同情した。また、Cさん(69歳、男性、2型糖尿病)は「奥さんが付き添いをされて、一生懸命あなたのことをお世話されてる姿を何度もお見かけしています。だから、家族の方は誰もそんなこと思ってないと

スケジュール

	月	火	水
9:30	糖尿病と目は関係あるの？ (医師)	運動で血糖を下げよう！② (看護師)	個人特別 レッスン [個人栄養指導] (栄養士)
10:00			
10:05	健康食への虎の巻 ～ジャンプ編 (栄養士)	足はなぜ大切か？ (看護師)	退院後はどうする？ (主治医との面接)
10:35		こんな時どうする？ シックデイ (看護師)	
10:40			
11:10			
12:00	みんなで昼食 (栄養士・看護師・医師)		
13:30	本音で語ろう！ 糖尿病② (臨床心理士 +看護師)	個人特別レッスン [個人栄養指導] (栄養士)	
14:00		歯を大切に！ (歯科衛生士)	
14:30			
14:35	元気になる ミニミニドラマ (看護師)		

思いますよ。息子さんも長生きしてほしいと願っておられると思いますよ」と励ましの言葉を投げかけた。

その後Aさんは、生きていても何の楽しみもないと言いながらも、その一方で、孫が成長していく姿を見るのは楽しみだと話した。「小6の孫を餃子屋につれていって、一緒にビールを飲んだりしてますわ」と楽しそうに孫の話をするので、リーダーは「そのお孫さんが成人した姿を見届ける

表2 ヤーロムのグループ療法における治療促進因子

<p>1 普遍化 他のメンバーの話を書くうちに、自分の抱えている問題と共通したところがあることを知り、悩んでいるのは自分だけではないことがわかり、安心感を得る</p> <p>2 カタルシス グループの中で、自分の感情を表現することができると、胸のつかえが降りた感じがして、気持ちが楽になれる</p> <p>3 凝集性 グループ内で一体感や親近感をもてると、メンバー間の相互交流が強化され、互いに支え合う関係が生まれる</p> <p>4 情報を得る 他のメンバーの発言から、糖尿病やその治療法についての情報を得ることができる</p> <p>5 模倣 他のメンバーのやり方を聞いて、自分も同じようにやってみる</p> <p>6 思いやり グループの中で他のメンバーを助けるという体験が満足感につながるとともに、自尊心を高める</p> <p>7 対人関係の学習 グループ内の人間関係を通して、各々のメンバーが自分の対人関係のあり方の理解を深めていく</p> <p>8 希望をもつ 他のメンバーの話を書いて、治療についての希望をもつことができる</p> <p>9 家族関係の治療的再体験 グループ療法場面は擬似家族でもあり、子どもの頃の家族関係を再体験する機会となる</p> <p>10 対人的社交技術の学習 グループ療法を通して、どのように他者と効果的にコミュニケーションをもつかを、行動レベルで学習する</p> <p>11 実存的因子 糖尿病をもって生きていくことを否認することなく、現実的、実存的に受け入れることが治療促進的に働く</p>

には、あと10年は健康に気をつけて元気で生きていかなといけませんね」と、Aさんの生き甲斐とそれに関連づけて自己管理の必要性を伝えた。すると、Aさんは、「糖尿病が見つかったのは15～6年前だ。しかし、たいしたことはないと思って、好き勝手に飲んだり食べたりしてきた。しかし、

今回、教育入院するという事で、1ヶ月間だけ禁酒をしたし、今も続けている」と、これまでのライフスタイルを振り返り、すでに自分なりにセルフケアに取り組み始めていることを明らかにした。そして、「退院したらどうなるかわからない」とは言いながらも、退院後の目標として、「お酒の量については、これから少し減らそうと思っている」と語った。

グループ療法においては、「凝集性」という治療促進因子によって、参加メンバーが互いに支えあう関係が生まれやすい。Aさんは他のメンバーの同情や励ましを得て、糖尿病を「現実的に、実存的に受け容れる」ことが可能になり、セルフケアへの積極的な取り組みを表明できたのである。

〈Dさん(57歳、男性、2型糖尿病)の事例〉 中学校教師をしているDさんは、人間ドックで10年前に「境界型糖尿病」と、5年前には「糖尿病」という診断を受けていたが、「たいしたことではないと考えて、放置してきた」とこれまでの経過を語った。さらに、「父も糖尿病であったが、それほどたいへんそうでもなかったし、自分とは関係のないことだと思っていた」「今回の教育入院は、妻や母が心配するので、仕方なく入院した」と話し、糖尿病を否認しようとしているようであった。

このDさんに引き続いて、Eさん(38歳、男性、2型糖尿病)が「伯父が糖尿病のために、壊疽で足を切り、目も見えなくなり、最後は腎不全で亡くなっている。その惨めな姿を見てきているので、自分が糖尿病と診断されてからは、自分から希望して教育入院を受け、食事と運動で減茶苦茶頑張ったら、血糖値が劇的に下がった。その後、転職のストレスなどもあったが、糖尿病はもう治ったと勝手に考えて、もとの生活にもどってしまった。そしたら、また再び、血糖値が以前のように上がってしまった」と、自分がドロップアウトした経験を正直に語った。そして、自分の現在の状態についてはかなり深刻に受けとめており、「皆さんのお話を聞かせていただいたが、このメンバーの中では、私が一番危機感をもっているのではない

でしょうか」と硬い表情で話した。

このEさんの話を聞いていたDさんは徐々に真剣な顔つきになり、「同室に足壊疽と腎不全の患者さんがいるが、糖尿病とは別の病気をもっておられてたいへんだなと考えていた。今のEさんのお話を伺って、それは糖尿病の合併症であることがよくわかった」と話した。そして、「退院後は、夕方の間食として食べていたラーメンや牛丼はやめようと思う」「これまで自動車通勤していたが、これを電車通勤に切り替えて、できるだけ歩くようにしたい」と、セルフケアの具体的目標を設定した。

グループ療法においては、網膜症や腎症のような重症合併症をすでに発症してしまった患者には、できるだけその合併症のつらさをセッションの中で語ってもらい、その思いを参加メンバー全員で傾聴するようにしている。そうすることが、合併症をもった患者本人には「カタルシス」になり、まだ合併症を発症していない他の参加メンバーには生きた「情報を得る」ことになる。そして、現在の血糖コントロールの悪さが将来の合併症につながる事が実感され、セルフケアへの意欲を高めることになるのである。

VI グループ療法の効果

筆者らは糖尿病患者教育にグループ療法を導入し、糖尿病教室への参加前後の糖尿病に対する感情負担度を PAID (problem areas in diabetes survey : 糖尿病問題領域質問表)を用いて評価した研究(石井・久保, 2002)をすでに報告している。この研究では、「治療がいやである」「糖尿病を持ちながら生きていくのがこわい」「ゆううつである」「糖尿病に圧倒されていると感じる」「糖尿病になったことに怒りを感じる」「糖尿病であることを受け容れていない」などの、糖尿病やその治療に対する陰性感情が有意に改善したという結果が得られた(図2)。こうした結果に対しても、グループ療法が大きな役割を果たしていると考えている。

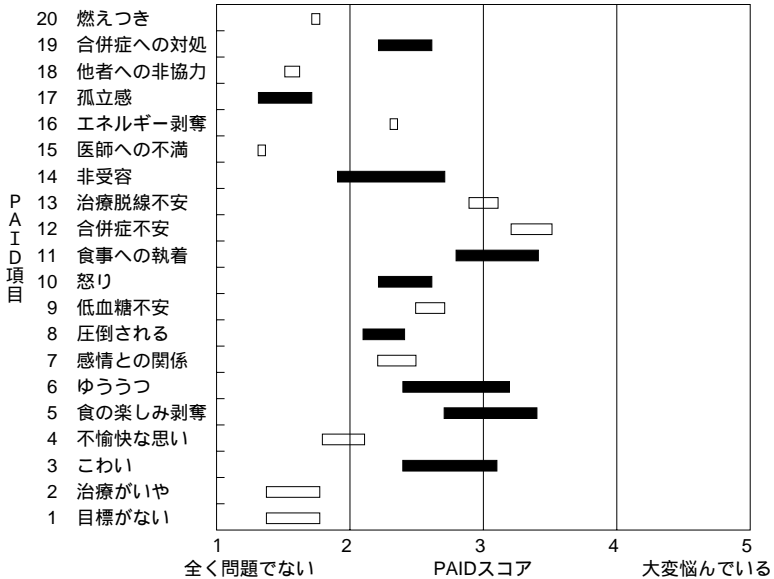


図2 糖尿病教育とPAID(感情負担度)の変化

縦軸はPAIDの各項目である。横軸のバーは右端が教育開始前の平均値、左端が教育終了時の平均値を表す。バーが黒いものは有意差(p<0.05)が認められた項目、白いバーは有意な変化がなかった項目を表す。PAIDのスコアが低くなることは感情負担度が軽減していることを示す(n=51)。

おわりに

セルフケアが必要な糖尿病患者は、その課題の困難さを医療スタッフによって共感的に受けとめられ、「一緒に頑張りましょう」と言ってもらえたならば、自分に寄り添ってくれる人が身近にいると感じられ、随分と心がやすらぎ癒されることになる。さらには、たとえすぐに結果が出なくても、結果が出ないことを一緒に悩んでくれるという心理的援助を受けることができれば、困難なセルフケアにも積極的に取り組んでいこうというやる気や意欲も湧きあがってくる。人は人間関係の中でこそ変化を起こするのである。

引用・参考文献

- (1) Anderson, B. J., Rubin, R. R.: Practical Psychology for Diabetes Clinicians. American Diabetes Association, 1996. (中尾一和, 石井均 監訳, 久保克彦, 他, 訳: 糖尿病診療のための臨床心理ガイド, メジカルビュー社, 1997.)
- (2) Anderson, B., Funnell, M.: The Art of Empowerment. American Diabetes Association, 2000. (石井均 監訳, 久保克彦, 他, 訳: 糖尿病エンパワメント, 医歯薬出版, 2001.)
- (3) Friedman, N. eds.: Caring for the Diabetes Soul. American Diabetes Association, 1997. (石井均 監訳, 久保克彦, 他, 訳: 糖尿病こころのケア, 医歯薬出版, 1999.)
- (4) 石井均, 久保克彦: 糖尿病教育における心理的アプローチの重要性, *Pharma Medica*, 20, 25-31, 2002.
- (5) 石井均, 辻井悟 編, 久保克彦, 他, 著: ホップ・ステップ! 糖尿病教室, 南江堂, 2004.
- (6) 久保克彦: セルフケアができない糖尿病患者に対する心理的ケア, 菅佐和子 編: 看護に生かす臨床心理学, 朱鷺書房, 2000.
- (7) 久保克彦: 栄養カウンセリングのための基本的技術, 石井均 編: 栄養士のためのカウンセリング論, 建帛社, 2002.
- (8) 久保克彦: 糖尿病患者のグループセラピー, 繁田幸男, 景山茂, 石井均 編: 糖尿病診療事典, 医学書院, 2004.
- (9) 久保克彦: 糖尿病教育入院へのグループ療法導入の試み, *心理臨床学研究*, 22, 337-346, 2004.
- (10) Polonsky, W. H.: Diabetes BURNOUT. American Diabetes Association, 1999. (石井均 監訳, 久保克彦, 他, 訳: 糖尿病バーンアウト, 医歯薬出版, 2003.)
- (11) Yalom, I. D.: The Theory and Practice of Group Psychotherapy. 3rd ed., Basic Books, New York, 1985.