

〈総説〉

糖尿病治療における今日的課題： DMケアチームによる学際的アプローチの必要性について

林 啓子¹, 永川淳子²

Current Topics in Diabetes Care-Management :
Necessity of Multi-Disciplinary Approach by DM Care Team

Keiko Hayashi¹, RN, Ph.D and Junko Nagakawa², M. Ed

Abstract

Diseases and the related health problems have drastically changed during the last century with a rapid increase in the numbers of patients with chronic illness including diabetes mellitus. Diabetes is a slowly progressive quiet disease and hard for the patients to be aware of its deterioration. However, it contains various risk factors of difficult complications, such as retinopathy, necrosis and ulcer, induced by patients' ill-mannered lifestyle associated with their food-intake, physical activities and so on. Researches have been revealing the diabetes patients' role changing from passive to active participation in their self-care management. They have to confront with repeated crises according to each phase in the course of illness and it is expected that they learn and recognize the importance of acquiring necessary knowledge and skills of active self-care involvement. Also the co-medical staff for a DM patient should work together through a strong support team using the multi-disciplinary supportive technique to communicate and share to facilitate the exchange of information and practice. This paper proposes the application of multidisciplinary team approach to supporting the diabetic patients in proceeding effective management of self-care.

Keywords : chronic illness, diabetes mellitus, self-care management, multi-disciplinary, team approach

1. はじめに

平成10年3月に厚生省保健医務局・生活習慣病対策室から発表された糖尿病実態調査結果によると、日本全国で糖尿病が強く疑われる人は690万人、糖尿病の可能性を否定できない人を合わせると1,370万人と推測された。40歳以上のほぼ10人に1人が糖尿病、またはその疑いがあるということである¹。糖尿病は自覚症状が少ない病気で初期は健康人と変わらない生活が可能であるが、合併症が生じた場合進行すると、失明・血液透析・四肢の切断などにより著しく生活が障害される。またこれら合併症の治療には高額の治療費を必要とするだけでなく、将来的に介護を必要とする高齢者を増加させる要因の一つとなる可能性もある。糖尿病はこのように患者個人

にとっても、社会にとっても深刻な病気である。

糖尿病の中でも特に、インスリンが分泌されているにもかかわらず機能が十分に働かない2型糖尿病では、患者自身が食事を中心とした生活習慣を改善していかなければならない。又、発病時よりインスリン療法が必要とされる1型糖尿病においても、摂取エネルギーと消費エネルギーのバランスを考えて生活することが求められる。根本的な治療が確立されていない現時点では、食生活を中心とした生活習慣の改善が最良の治療法であると言える。

従来の医療においては、医師が治療方針を定め患者がそれに従うというような関係の中で、治療が進められることが多く、患者が医師の指示に従って薬を飲んだり手術を受けたりするという枠組みの中で

大抵の病気は治るはずであった。従って、看護婦(士)を始めとするコメディカルスタッフも、医師の指示どおり治療に協力すればよかったと言える。現実には、多くの急性の経過をたどる病気のほとんどは、医師が主導的に働くことで治療している。しかし、糖尿病に代表される生活習慣病と言われる慢性疾患に関しては、この図式を当てはめることは困難である。治療に際してはライフスタイルの改善が是非とも必要であるが、長年身についた生活習慣を変えていくのは簡単なことではない。医師が患者に指示するだけでは、容易にその生活が改善される事は殆んど期待できないと云える。従って実際の治療にあたっては、患者が糖尿病を自分自身の問題として真剣に捉えた上で、主体性をもって前向きに取り組むという事が大きな課題となる。そしてこの課題解決に向けては、さまざまな医療職がチームを作って患者を支援していくような体制作りが是非とも求められる。本文では、患者が抱える問題の特性を分析しつつ、糖尿病における医療チームのあり方についての考察を進めて行くこととする。

2. 行動科学から見た糖尿病患者の特性

欧米諸国では、古くから糖尿病患者には特有の性格があるのではないかという研究が行なわれて来た。しかしそれに対して本格的に関心が高まったのは20世紀に入ってからである。患者の性格特性に関する初期の研究の多くが、糖尿病患者は不安が強うつ傾向にあるという“Diabetic personality”と呼ばれる特有の性格があるという仮説の上に立って行なわれていた。しかし、この仮説が十分証明される事はなかったと言える。1981年になって、Dunnが“The Myth of the Diabetic Personality”という論文を発表し、糖尿病患者に特有の性格があるとするこれまでの研究に疑問を投げかけた²。

わが国においても1980年ごろより、各種の心理テストなどを用いて患者の心理特性の研究が行われるようになったが、代表的な研究としては血糖コントロールと不安の関連や精神医学からの分析などが挙げられる^{3, 4, 5}。一方病態学的見地からは、糖代謝の脳への影響により糖尿病患者には抑うつ的な傾向があるとも言われている。しかし国内外を通じて、これらの研究においては糖尿病患者の性格特性や自己管理行動への影響因子を明らかにするまでには至っていない⁶。Rubinらは糖尿病患者の心理に関する過去の様々な研究の大掛かりな再検討を行ない、その作業を通して示唆されることに対しての自分自

身の見解を述べている。それには、糖尿病患者が持つ行動特性は、糖尿病患者固有のものではなく、ほかの慢性疾患患者にも共通しているものであること。さらに、長期に渡り自身の持つ病との共存を余儀なくされる人々の、疾病受容や自己管理行動獲得の過程を理解し、それぞれの過程通過に必要な情報の提供や指導・不安・困難に適切に対応するような支援が重要であるということである⁷。

石井らは糖尿病患者の行動の変化を理解するための変化ステージモデルの応用を提唱している⁸。これは、1983年にProchaskaらが禁煙に至るまでの行動の変化には段階(ステージ)があることを見出し、保健行動の変化をモデル化したものである⁹。この変化ステージモデルは、人々の行動変化の段階を次のような5つのステージに特定するものである。

①行動を起こさねばならないことがまだ受容できず、関心すら示さない時期

＜前熟考期＞

②行動を起こすことによるメリットとデメリットを考え迷っている時期

＜熟考期＞

③まだ行動は開始していないが、すぐにでも始めようと考えている時期

＜準備期＞

④行動を開始してから6ヶ月以内の時期

＜行動期＞

⑤行動開始後6ヶ月以上経過した時期

＜維持期＞

人々が病気を治そうと行動を起こそうとする時、まずその前にその疾病受容の過程というものを通過体験すると考えられるが、この疾病受容の過程はFinkの危機理論にあてはめて考えると良く理解することができる^{10, 11}。がんやAIDSなど予後不良疾患では、「告知」ということが非常に大きな課題であり、告知後の精神面でのケアについても論議されることが多いが、如何なる病気であっても診断が下るということは、患者本人にとっては一大事である。糖尿病は一生付き合っていかななくてはならない病気で、やっかいなことになってしまったという思いはだれしも抱くことであろう。一旦病気を告知されると、程度の差こそあれ人々はだれでも何らかのショックを受けるものである。これが第1の段階である。この時、思考は混乱し十分に現実を認識し現状把握することができない。第2段階では「何で自分が」とか「これは何かの間違いだ」、「最近甘いものを食べ過ぎたから気をつければ治る」というよう

に、逃避的な考えを持って心の平静を保とうと努める。この時期に本人の考えが間違っていることを指摘すると、攻撃的な態度に出られる場合もある。やがていくつかの症状が病気によって生じていることに気づき、さらに異常を示す検査結果が知らされるようになると、病気をいやがおうにも認めざるを得なくなり第3段階の「承認」のステージへと進む。この時期は現実と直面して不安感が強まり、うつ状態になる可能性も増大する。これらの段階を経て第4段階の「適応」に至るが、このステージに到達して初めて人々は疾患を受容し前向きの行動をとることが出来るようになるのである。

薬物療法の長期継続や食生活などの生活習慣の変更を余儀なくされるような疾患を持った人々の誰でもが、この変化ステージモデルにおける疾病受容から行動変化へと到る各過程を体験するものであると考えられる(図1)。特に糖尿病患者は長い経過の中でインスリン注射の導入や合併症の発症、悪化など、いくつかの危機に直面し、その度にこの過程は逆戻りしてしまうことがあると考えられる。アセスメントを有効に活用しそれを通して患者が今どの段階にあるのかを正確に把握し評価判断することにより、より適切なケアプランが実践できると考える。

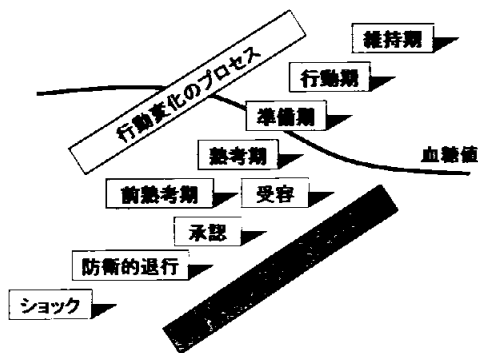


図1 糖尿病患者の心と行動の変化

【事例紹介】

患者氏名：Sさん

年齢：36歳

性別：女性

Sさんは、総合病院の外科病棟に耳下腺腫瘍の手術目的で入院して来た。術前に受けた検査においては、高血糖が指摘されている。彼女は、7年前に妊娠した際にも高血糖を指摘されていたが、これに関

してはあまり深刻に受け止めることはせず、出産後はただ放置してきたと言うことである。入院目的であった耳下腺腫瘍の手術を受け、術後の状態が安定した頃に、Sさんには糖尿病に対する基礎知識がほとんどないと判断した看護婦が、内科病棟で行われていた糖尿病教室への参加をうながしてみた。その日の内容は食事療法に関するものであったが、彼女は10分ほど出席しただけで、すぐに病棟に戻ってしまった。その後は、看護婦に拒否的な態度を見せるようになり、時には流涙もみられた。会話をしている最中にも、とりわけ糖尿病に関する話題については口を閉ざしたりして回避反応が見られるようになり、退院指導は暗礁に乗り上げてしまった。

この事例を先の変化ステージモデルについての疾病受容と行動変化の理論に当てはめて考えると、Sさんを促して糖尿病教室に参加させた時期の妥当性については、患者がその内容を受け入れられる時期と一致していなかったのではないかと疑問が生じる。Sさんは7年前の妊娠時に、糖尿病かも知れないと言われたことで少なからず衝撃を覚えたに違いないと考えられる。しかしその後は自覚症状が乏しく生活にも支障をきたすことは全くないことから、今回の入院に至るまで否認と逃避の時期を過ごしてきたのではないだろうか。しかし今回手術を受けることになり、長年気にしながらも逃避してきた糖尿病という現実と直面せざるをえなくなってしまった。Sさんにとって、今回の入院は耳下腺の手術を受けるのが目的で糖尿病のことは別の問題としか思わなかったのかもしれない。おそらく疾病受容過程では第1段階でのステージに後戻りしたままで、まだ混乱が続いているうちに指導が開始されることになってしまったのではないかと考えられる。Sさんの位置する行動変化ステージはまだ前熟考期であり、指導開始に向けての学習への動機付けが不十分でかつ時期も早すぎたと思われる。さらにこのように不十分な準備状態の中、基礎編が終わった後の内容に相当する食事療法の講義を受け、理解困難な状況から不安や絶望感が生じ、それが看護婦に対する不信を招く結果になってしまったのではないかと考えられる。このように、患者の心理と行動変化についてのアセスメントを誤ると、患者の心に深い傷を負わせ、さらに医療者に対する不信から治療放棄が起こる可能性も出てくる。

Sさんの場合、長年逃避しつづけてきた糖尿病に対して、新たに自主的で前向きな態度で向き合い、自己管理行動に向かうべく動機付けがまず最初に必

要であったと思われる。入院が糖尿病治療の再開の好機であったことは確かであるが、短期の入院期間中にたくさんの目標を掲げて指導を行なうことは無理であったと言える。入院中は、もっとSさんの気持ちを傾聴してあげ、彼女自身が自ら混乱を整理しながら、変化ステージの熟考期または準備期に行動を変化させられるような方向で援助すべきであったのではないだろうかと思われる。

ステージをおさえたフォローの大切さは、糖尿病に限らず、ほとんどすべてのものに当てはまると言える。人の発達過程を見てみても、乳児は寝返りから始まって、座る・はいはい・立つ・歩くというようなさまざまな段階を経ながら自立へと向かって成長していく。まだハイハイしかできない子に靴をはかせても歩けるものではなく、できないからと言って叱る親はいないだろう。糖尿病患者も、一人歩きできる糖尿病患者へと成長するためには、成長の段階をよく理解把握してくれている人の助けを必要としているはずである。

3. 糖尿病診療における医療チームと各職種役割

長期に渡る治療及び生活習慣の改善を必要とする糖尿病患者を支えるためには、身体的な側面だけに限らず精神面や社会面からの視点に立ったサポートが不可欠である¹²⁾。より広い分野からの知識と経験を併せ持つ人材を合わせ、学際的で総合的なアプローチをとることにより、糖尿病患者に対するより細やかで効果的なセルフケアサポートが期待できるのである。ここで、実際に糖尿病治療のための医療チームにかかわる職種の中で、まず代表的な職種として挙げられる医師・看護婦(士)・管理栄養士について、各々の役割を考えてみることにする。

医師は医学的な視点から患者を診断し、その治療方針を決定する責任がある。管理栄養士は入院中の患者に対しては治療方針にあわせた適切なエネルギーと栄養のバランスの良い食事を提供する役目を担っているが、さらに栄養および食生活全般にわたる情報提供と指導に関しても責任がある。管理栄養士養成の教育課程には「栄養指導論」という科目があり、栄養状態の評価に基づいた指導方法を組み立て実践できるための教科内容が教授されるようになっている。法律においても「栄養改善法」(昭和27年7月31日 法律第248号)の中で、栄養相談や栄養相談員に関する同様の記述が見られる。また診療報酬体系の中においては、外来及び入院患者に対して栄養指導を行なった際には指導料を取ることが認め

られている。

前述の3つの医療職の役割内容の中で、最も把握が困難なのが看護婦(士)であると言えるであろう。戦後の日本の看護界は欧米の影響を多大に受けながら、看護を科学的な裏づけに基づいた実践分野として確立すべく、看護学そのものの構築に努力を重ねて来た。一般的に、看護婦(士)が患者のベッドサイドに一番近くしかも長くいる事から、患者のことを最も把握している人間であると思われる。確かにそれも当たっているであろうが、看護婦(士)達は単にそういった物理的環境においてのみ患者を把握しているばかりではなく、もっと合理的で総合的な見地に立って患者を一人の人間として把握しようと努力してきたことにより生まれた通念であると考えられる。看護実践の目的は、まず第一に患者の苦痛を和らげ安楽を図ること、次に機能障害から生じる不都合を補いながら、その人が自立して生活できるよう援助することにある。糖尿病患者の場合、身体的苦痛はさほど大きくない場合が多いが、食事療法などにより血糖コントロールを継続する上でのストレスや束縛感という精神的、社会的苦痛を持っている。ここに挙げた3つの職種の中で、人間理解に関する科目を最も多く学習するのは看護教育である。糖尿病と共存していくために必要な情報を収集し、患者が持っている様々な問題を整理し解決の糸口を見出す理論と技術を看護婦(士)は習得しているはずではある。

このように糖尿病にかかわるそれぞれの職種の人間が個々の専門分野における独自の専門性を持っているわけではあるが、実際に患者に係わろうとする際にはその個々の専門性をどのように生かせれば良いだろうか? 自分の専門分野に限られた内容でのみの係わりとするか、或いはその枠を超えて、専門性をオーバーラップさせながらの実践が望ましいのか? 良く言えばつつましく、悪く解釈すると排他的・利己的でさえある視野のあまり広くない日本人によるチーム実践においては、この「専門性」を生かした協調の仕方というものが、とてつもなく大きな課題であるように感じられる。かなり以前のことにはなるが、筆者が「看護婦が行なった食事指導の実践」という題で報告を行ったことがある。しかし、その講演後の質疑応答の際に、会場にいた一人の若い管理栄養士から「食事指導を行うのは、栄養士の仕事である」と、厳しい非難を受けたのであった。もちろん食事療法に関する専門家と言えば、彼女の言う通り管理栄養士であろうが、患者の食生活への援

助という視点に立つと看護婦(士)であっても発言できることは多々ある。専門性は確かに重要ではあるが、多様な職種の協調がぜひ必要とされるチーム医療においては、彼女の意見のように専門別に仕事内容を限局してしまつては、十分な機能が発揮されるとは考えにくい。このことは治療に関しても同様で、時にはコメディカルが医師に発言していくことも可能であり必要であると考えられる。

一方、患者の側から見たチーム医療に係わる各職種の専門性の位置付けはどのようなものであろうか。患者達は、食事の問題であれば栄養士に聞いて、ストレスがたまつた時には看護婦(士)に話してみようなどと、職種の専門性を一々考えながら相談相手を選んでいくのだろうか? 医療者と患者の間にも相性というものがあるであろう。患者の側から立って考えてみると、やはりよく話を聴いてくれそうな人や、自分の求めていることに答えてくれそうな人を相談相手に選ぶ可能性が高いと考えられる。従つて、せつかくそのように患者から選択された人間が質問を受ける場合に、それは私の専門でないからと言って答えをはぐらかすようでは、医療者と患者間の十分な信頼関係の成り立ちは期待できないのである。現在、日本糖尿病学会、日本糖尿病教育・看護学会、日本病態栄養学会が中心となって実施している糖尿病療養指導士認定の目的は、糖尿病療養に関する基本的知識や技術を職種を超えて共通に持ち、どの職種でも患者の相談相手になれるようにするというところに置かれている¹³⁾。

4. どのように糖尿病医療チームを機能させるか

(1) だれが患者にとってキーパーソンとなるか?

チームをより有効に機能させるためには、患者にとってのキーパーソンは誰になるのかということの特定が重要なポイントとなる。糖尿病の診断と治療方針が決定される際には、医師がもっとも重要な働きをするという事は明白な事実であり、医療チームのリーダーシップについては医師がとることが多い。しかしキーパーソンに関しては、患者の状態に応じてさまざまな職種が対応すべきものであると考える。

糖尿病の病型については、1999年に発症の機序から再検討され1型、2型、妊娠糖尿病、そしてその他の糖尿病に分類されることとなった¹⁴⁾。1型糖尿病は従来のインスリン依存型糖尿病(IDDM)とはほぼ一致しており、すい臓ランゲルハンス島β細胞の破壊によるインスリン分泌能の障害で、生存のためにインスリン療法を必要とする。2型糖尿病はインス

リン非依存型糖尿病(NIDDM)と同じような概念で、肥満や過食による障害因子によりインスリンが細胞への糖の取り込みのために機能しなくなった状態である。インスリン自体は分泌されているので、障害因子を取り除くために食事療法や運動療法が必要となってくるが、進行するとインスリン療法が必要となる。一口に血糖が高いと言ってもその背景には複雑な病態があり、的確な診断が求められる。1型糖尿病患者の場合もインスリン療法と合わせての食事療法が重要となるが、患者の努力によってのみ血糖をコントロールしようとするには限界があると思われる。医師が中心となってインスリン投与量の調整を行なう必要がある。さらに病状が進んで合併症が生じた時には、医師のリーダーシップのもとに治療を進めなくてはならない。

次に、管理栄養士や看護婦(士)の役割が期待される場合について考えて見ることにする。行動科学の視点から患者が必要とする援助を、筆者(林)は次の3つのカテゴリーに分類している。

①病気を受け入れる過程における支援

＜共感的支援＞

②血糖コントロールに必要な知識や技術を習得する過程における支援

＜教育的支援＞

③血糖コントロールに必要な行動を維持する過程における支援

＜相談的支援＞

①は行動変化ステージでは「前熟考期」から「熟考期」に、②は「準備期」から「行動期」に、③は「維持期」にそれぞれ相当すると考えられる。職種の特性から考えると①と③は看護婦(士)が②では管理栄養士としての役割が求められる。

しかしこれは、医療者側の視点に立って考えた役割分担である。先に述べたように実際の医療現場では、患者は相談しやすい人を選んで援助を求めていることが多いと考えられる。また、患者にとってのキーパーソンとなりうる人を中心にしてチームを動かしたほうが上手くいく場合も多々あると思われる。いずれにしても、その場その場で患者のニーズにもっともあった働きをすることができる人物が中心となり、チーム内で情報を共有しながら協力し合えるシステムが必要とされる。

(2) どのように情報を交換するか?

チーム医療とは、さまざまな職種が集まって治療をおこない、病と闘う人々を支援していく活動であ

る。ここで得られる情報は、それぞれの職種の専門性に基づいて収集されアセスメントされたものである。例えば、血糖の変動と食事療法の実行状況から得られた情報から、医師は血糖値の変動が不適切な食事療法によるものか、身体的な変化(ex.インスリン抵抗性の進行)によるものなのかを判断し治療方針を修正する。管理栄養士は患者が摂取している食品の栄養バランスを評価し、適正な食事療法ができるように指導する。看護婦(士)は食事療法を実行するときの困難や心理的負担をアセスメントし、患者がその人らしい生活を送れるように援助する。これらの実践から得られる情報は互いに関連性があり、それを共有することによってアセスメントの精度がさらに上がり、より患者のニーズに応えることができると思われる。

情報交換を行なう場として、まず考えられるのがカンファレンスであり、それは意見交換の場として有効な手段である。また、カンファレンスは情報交換の場として機能するだけでなく、そこでの参加者が共通の話題を討議する過程において連帯感を高めたり、個々人の学習に対する意欲を高めたりする効果が期待でき、チームの質の向上には無くてはならないものであると言える¹⁵⁾。しかし、アクティブに患者に関わらなくてはならない臨床現場においては、定期的にカンファレンスを待つための物理的な余裕が持てないという問題に直面することが多い。また特に外来においては、1月に1回ないし2回の受診時に対応することが求められ、この月1回のチャンスを逃さず有効に使うことが大切である。そのために欠かせないのが、診察前に得た情報を診察室の医師に伝え、そして診察室の情報を看護婦(士)や栄養士、その他のコメディカルスタッフに伝え、必要な援助をタイムリーに行なうという連携プレーである。また、円滑かつ機能的な連携プレーのためには、記録の仕方が大きくその働きを左右する。しかし、わが国の医療現場では医師の記録、看護記録、そしてその他の職種の記録が別々になっていることが多い。これらが1枚の紙面に記録されるようになると、この記録によって情報交換がもっと効率的に行なうことができるのではないと思われる。そのためには、書式の工夫だけではなく、自分の専門性を生かした記録をほかの職種にも正確に伝わるような言語で、簡潔に時間をかけずに書くことができるためのテクニックが要求される。特に心理社会面での情報は記述が長くなりがちであるが、簡略化のためには糖尿病医療にかかわるすべての職種が同じように心

理社会面からの患者理解に関する基礎知識を持つことが求められ、このことが今後の大きな課題であると思われる¹⁶⁾。

5. 糖尿病医療が患者中心であるためには

近年医療の現場では「患者中心の医療」という、ごく当たり前のことが強調されている。特に生活習慣の改善が最良の治療といわれている糖尿病では、患者が主体的に自らの生活の改善に取り組まなくてはならず、それを支援する医療は患者を中心に置かないと成り立たない。図2にあるように患者の周りをさまざまな職種が囲んでも患者中心の医療とは言えない。患者を取り囲む専門家がそれぞれの立場から、ばらばらに意見を言うのでは患者は混乱するだけである。従来のチーム医療は、専門家は揃えたがそれぞれの守備範囲(縄張り)の中で患者と関係を作ってきたということはないだろうか。一歩進んで職種間の情報交換や連携ができるようになったとしても、まだ患者中心とは言えない。医療者側の価値観で進められる支援は、患者のニーズを満たさないばかりか、チーム内に特定の患者に対する偏見を生み出す危険性もある。医療現場でよく聞かれる、「てこずり患者」とか「指導困難者」という言葉は患者が抱えている困難性の本質を見失わせる可能性がある。

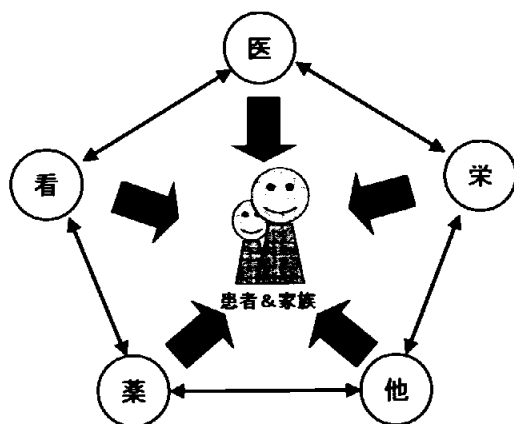


図2 糖尿病チーム医療のかたち I

患者が中心になると言うことは、図3のように、患者やその家族が医療チームの一員として、自らの希望や意見が言えるということであろう。そうは言っても患者は医療者に対し自分の意見を言うことは難しい。デンマークにあるステノ糖尿病センター

の診察室には円形のテーブルが置いてあり、受診時、ここに医師や看護婦等と患者が座って治療や生活面について話し合うようになっている。円形テーブルには上座、下座の区別がなく、テーブルについたものは平等であるという意識が自然と生まれる。このように物理的環境を整えるだけでも患者の意識が変わり、患者中心の医療の実現に向けて一歩進んだものになって行くのではないだろうか。

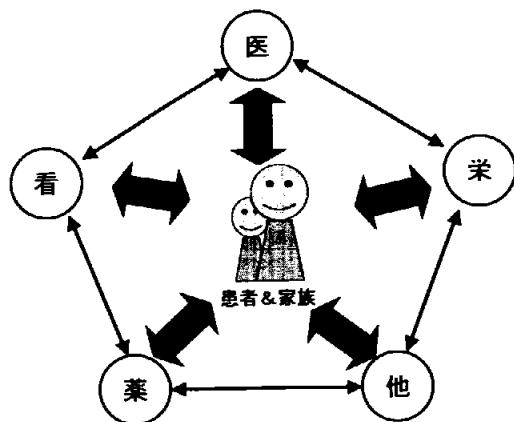


図3 糖尿病チーム医療のかたちⅡ

6. アセスメントツールの必要性

ここまで述べてきたことを総括すると以下のようになる。

- ① 糖尿病は食生活を中心とした生活習慣と深いかわりをもつことから、患者が主体的に食事療法などの治療に取り組むことが求められる。
- ② 患者が主体的に治療に取り組めるようになるまでには、疾病受容と行動変化の過程を体験する。患者が今どの過程にいるかを測定評価しそれに基づいた援助方法を選択する必要がある。
- ③ 患者の多様なニーズに応えるためには、医師、看護婦(士)、管理栄養士などの専門職が患者を中心としたチームで取り組まなければならない。
- ④ 患者中心の医療は患者が自らの希望や意見を述べることができる環境づくりも必要である。
- ⑤ もっとも患者のニーズに対応できる職種または人材が中心的役割を担うことによって、医療チームを有効に機能させることができる。
- ⑥ 医療チームがアクティブに機能するためには情報交換を効率的におこなう記録等の工夫が必要である。

このような、糖尿病医療チームの活動をサポート

するために必要なのが、援助方法の計画立案のためのアセスメントツールであるが、それは、単に患者の情報を羅列するのではなく、患者にとって今どのような介入が必要であるかを評価判定できるものでなくてはならない。

食事療法・運動療法・インスリン自己注射・自己血糖測定などの糖尿病自己管理行動を維持していくために必要な知識、態度、心理状態、さらに病と共に生きる人々の生活の質(QOL)などを測定評価するためには、それを客観的に測定する尺度が必要である。1990年代に入ってから多くの尺度が開発されている。まず知識の程度を測る尺度として、Dunnらによる The Diabetes Knowledge Assessment scales (DKN)¹⁷、や Fitzgeraldらによる Diabetes Knowledge Test (DKT)¹⁸。態度を測る尺度として、Dunnらによる Emotional Adjustment Scales in Diabetes (ATT39)¹⁹ や Andersonらによる Diabetes Attitude Scale (DAS-3)²⁰。患者の抱えている問題を明らかにするために Welchらが開発した The Problem Areas in Diabetes Scale (PAID)²¹ や石井らによる PAIDの日本語版²²。

QOLを測定するために WHOが開発した The 12-Item Well-Being Questionnaire²³。最近では患者の一般人としての日常生活及び社会心理面での機能性の確保と向上を目指す目的に相応するアセスメントも、Andersonらによる The Diabetes Empowerment Scale (DES) 及び The Diabetes Care Profile (DEP) として出されている²⁴。次々と開発されて来たこれらの尺度は、その信頼性妥当性についての検証が様々な研究を通してなされ、それぞれに信頼が置けるものであるという結果が得られてはいる²⁵。しかし、個々においては患者の限られた側面しか測定する事ができず、全体的な総合評価を目的とする場合には、いくつかの尺度を組み合わせる必要が生じる。複数の尺度を統合する場合は、患者への質問項目が膨大な数となり、回答に際しての所要時間を含めての物理的及び精神的な負担が大きく、加えて、施行者による回答結果の解釈の作業も非常に複雑になると考えられる。しかしごく最近、Welchらにより、患者の機能性、セルフケアへの前向き姿勢やケアへの障害物を測定評価するコンピューター診断用の CD-ROM 化されたアセスメントツールが開発され、Accu-Chek Interview という名でリリースされている²⁶。これによると、面接者が患者の回答を聞きながら打ち込みをするという形で質問を続け、全回答が終了した時点でほぼ瞬時に細項目及び総合での評価が出されることになる。患者・評価者双方への負担が非常に軽

いということを考えて、これから大いに期待できるタイプのアセスメントであることは間違いないと考える。しかしこのツールも英語版であることから、日本での使用には様々な困難があると予想される。海外で開発されたアセスメントの多くは、日本語に訳す段階において日本語の言語体系の特異さや人々の持つ文化背景の特殊性などから、翻訳後の実際の使用に際しては、様々な困難点が浮上すると予想される。糖尿病のアセスメントに関しては、特にこのような傾向が顕著に現われると言えるが、それは糖尿病が人々の生活習慣と深くかかわりがあるためであり、わが国の文化的背景の特異性も無視することはできない。特に日本人を対象とする食事管理に対する自己効力尺度²⁰⁾等が、安酸らによって開発されているが、まだ臨床で活用するには至っていない。今後わが国の糖尿病医療チームがより効果的に機能するためにも、わが国の独自性や文化的背景を考慮に入れた簡便で信頼性の高い日本人向けの社会心理尺度の開発が切に望まれるところである。

7. おわりに

21世紀に向けて、医療には病気を治すだけでなく個人の生活の質を考えた援助が求められる。特に一生を病と共に生きていかななくてはならない慢性疾患患者への援助はさまざまな専門職によって構成されるチーム医療が不可欠となる。又、チームが有効に機能するためには、真に患者を中心に置くための思考の転換が必要であり、客観的なアセスメントに基づいた情報を、患者を含めた医療チームが共有し活用する事ができるシステム作りが今後の大きな課題である。

参考文献

- 1) 厚生省保健医療局・生活習慣病対策室：糖尿病実態調査の概要。糖尿病 41 (4) : 325-331, 1998
- 2) Dunn SM, Turtle JR : The Myth of Diabetic Personality. Diabetes Care 4 : 640-646, 1981
- 3) 新里里春, 玉井一, 吹野治, 石津汪, 中川哲也 : 各種の心理テストからみた糖尿病患者の血糖コントロール状態。心身医学 25 (4) : 307-314, 1985
- 4) 吹野治, 新里里春, 石津汪, 玉井一 : 重症合併症(網膜症)を有する糖尿病患者の心理特性について。糖尿病 28 (8) : 889-894, 1985
- 5) 瀧井正人, 玉井一, 小牧元, 森田哲也, 松林直, 久保千春, 小野喜志雄, 松本雅裕, 石津汪 : NIDDM患者における精神的ストレスへの対処様式と血糖コントロールとの関係。糖尿病 38 (3) : 461-468, 1995
- 6) Glasgow RE, Strycker LA, Hampson SE and Ruggiero L. Personal-Model Beliefs and Social-Environmental Barriers Related to Diabetes Self-Management. Diabetes Care. 20 (4) : 556-561, 1997
- 7) Rubin RR and Pyrot M : Psychosocial problems and interventions in diabetes. Diabetes Care 15 : 1423-1432, 1992
- 8) 石井均 : 患者の準備状態に対応したサポートの方法。看護学雑誌 63 (4) : 335-341, 1999
- 9) Prochaska JO and DiClemente CC : Stages and Processes of Self-Change of Smoking : An Integrative Model of Change. Journal of Consulting Clinical Psychology 51 (3) : 390-395, 1983
- 10) Fink SL : Crisis and Motivation : A Theoretical Model. Achieves of Physical Rehabilitation 90 : 592, 1967
- 11) 山崎博彰, 山崎善恵 : 危機理論とその応用。月刊ナーシング 12 (11) : 68, 1992
- 12) Jacobson AM : The psychological care of patients with insulin-dependent diabetes mellitus. The New England Journal of Medicine 34 (19) : 1249-1253, 1996
- 13) 日本糖尿病療養指導士認定機構 : 日本糖尿病療養指導士受験ガイドブック 2000, 1-8. メディカルレビュー社, 2000
- 14) 日本糖尿病学会 : 糖尿病治療ガイド 2000, 6-9, 文光堂, 2000
- 15) Kallenbach AM and Meyer DS : Patient Care Conference : Critical Care Nurse 16 (5) : 77-83, 1996
- 16) 林啓子 : 外来に通院する慢性疾患患者への援助技術。看護技術 44 (6) : 21-27, 1998
- 17) Dunn SM and Bryson JM, Turtle JR et al. : Development of the Diabetes Knowledge (DKN) Scales : Forms DKNA, DKNB, DKNC. Diabetes Care 7 : 36-41, 1984
- 18) Fitzgerald JT, Funnell MM, Davis WK et al. : The Reliability and Validity of a Brief Diabetes Knowledge Test. Diabetes Care 21 : 706-710, 2000
- 19) Dunn SM, Smartt HH, Turtle JR et al. : Measurement of Emotional Adjustment in Diabetes Patients. Diabetes Care 9 : 480-89, 1986
- 20) Anderson RM, Fitzgerald JT, Funnell MM et al. : The third version of the Diabetes Attitude Scale. Diabetes Care 21 : 1403-1407, 1998

- 21) Welch GW, Jacobson AM and Polonsky WH : The Problem Areas in Diabetes Scale. *Diabetes Care* 20 : 760-766, 1997
- 22) Ishii H, Welch GW, Jacobson AM, Goto M et al. : The Japanese Version of Problem Area in Diabetes Scale : A Clinical and Research Tool for the Assessment of Emotional Functioning Among Diabetic patients : The 59th American Diabetes Association Abstract. No.1397, A319, 1999
- 23) Bradley C and Gamsu DS : Guidelines for encouraging psychological well-being : report of a working group of WHO Regional Office for Europe and International Diabetes Federation European Region St. Vincent Declaration Action for Diabetes. *Diabetes Medicine* 11 : 510-516, 1994
- 24) Anderson RM, Fitzgerald JT, Funnell MM and Marrero DG. The Diabetes Empowerment Scale : A measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care* 23 (6) : 739-743.
<http://www.med.umich.edu/mdrtc/>
- 25) Polansky et al. : Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes Care* 18 (6) : 754-760
- 26) Welch G : Accu-Chek Interview A Guide for Health Care Professionals. Joslin Diabetes Center, Roche Diagnostics, 2000.
Garry Welch@joslin.harvard.edu
<http://www.joslin.org/research/bmhr/gwwelch.html>
- 27) 安酸史子, 川田智恵子 : 糖尿病患者の食事管理に対する自己効力感尺度の開発に関する研究. *日本看護研究学会雑誌* 20 (3) : 315, 1997