

# 糖尿病・糖尿病性腎臓病を病む患者の心理と行動

石井 均

奈良県立医科大学糖尿病学講座

key words : 糖尿病性腎臓病, 心理, 行動, 医師—患者関係

## 要 旨

糖尿病患者にとって腎症は自覚症状が少なく、治療効果も実感しにくいので不適応を起こしやすい。したがって、医師からの治療意義の説明、効果の説明が治療意欲を維持する重要なポイントとなる。患者を脅すような説明ではなく、患者がその時点でやれることを一緒に見つけていく、本人の選好や価値観を尊重する、そのうえでポイントを伝えていくという医師—患者関係が重要である。

## 1 はじめに

### 【症例 1】

音を立てて水を飲んでみたい。

頭の中はそればかり。

明けても暮れても。

今でも後悔する。アホやったなど。

これは、糖尿病性腎症から透析に至った 50 歳代の

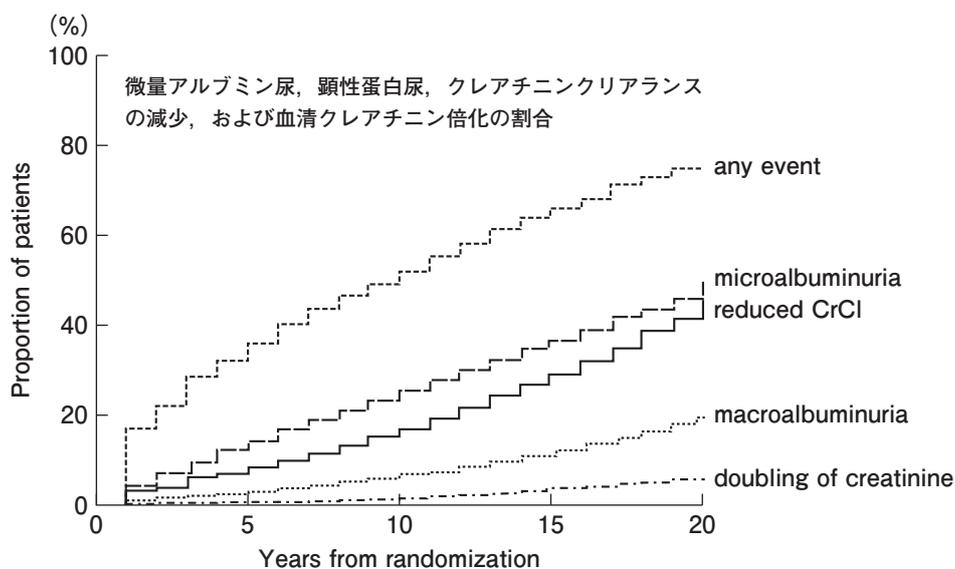


図 1 2 型糖尿病診断後の経過年数と腎症の進展 (UKPDS 74 より引用)

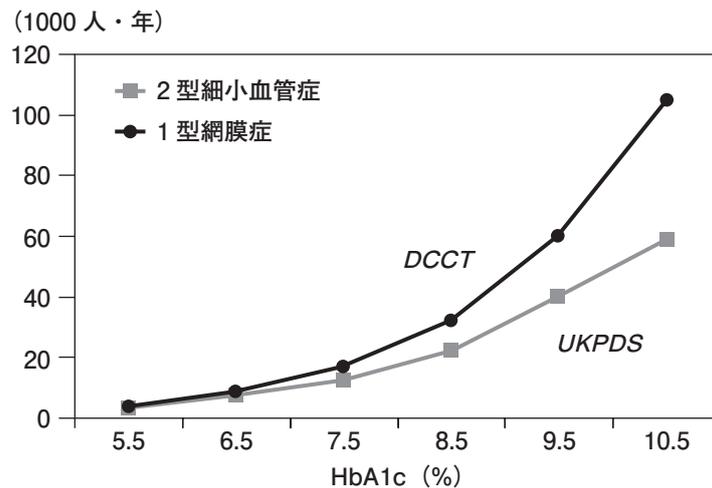


図2 糖尿病合併症は血糖コントロールの関係

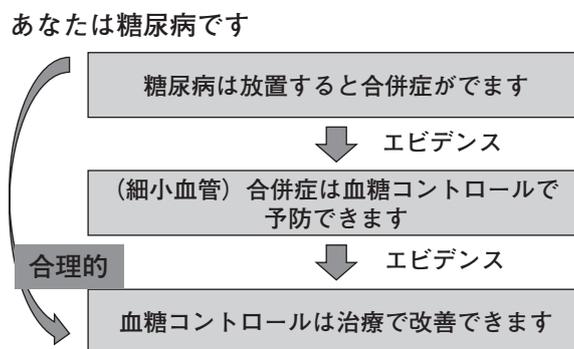


図3 糖尿病治療の3原則：エビデンス—統計学の力  
(石井均, 最新医学 2016)

方が、診察室で語られた言葉である。糖尿病をもつ人の血糖コントロールの不良が続けば、何年か後には腎症が進行し、透析に至る可能性があることは多くのエビデンスが示している<sup>1)</sup>(図1)。そのような科学的データを超えて、ひとり一人の患者の語りは大きな迫力をもって、私たちの胸に届き、生き続ける。

糖尿病治療に関するエビデンスは、同時に、血糖(および血圧)を適切にコントロールしていけば、腎症の進行を予防すること、および回復させることも示している<sup>2-4)</sup>(図2)。これに基づいて、糖尿病患者には図3に示すような医学的論理で療養(自己管理)を推奨される。もし、糖尿病をもつ人がこの論理に従って療養を実行すれば、腎症進行リスクはかなり低くなる(図2)。医学的論理は、「科学的に正しいことは実行される」という合理的人間の存在を前提としている。

しかしながら、糖尿病を原因とする腎症悪化、あるいは人工透析導入者は統計的にも多く、また、冒頭のような経過を取る症例もある。すなわち、糖尿病をも

つ人が必ずしも合理的な行動をするとは限らない—不合理な行動あるいは治療不適応を起こすことになる。それでは、どのような原因で治療不適応が起こるのであろうか。

## 2 療養行動(自己管理行動, セルフケア行動)に影響する要因

療養行動(食事, 運動, 薬物, その他)は大きく3つの要因の影響を受ける。環境(外的)要因, 心理的(内的)要因, 結果要因である<sup>5)</sup>(図4)。それらを構成している要因のバランスによって、適切な行動をとるか—とらないかが決まる。

外的要因とは環境からの刺激をいう。例えば、食べ物やアルコールが身近にあるかどうか、家族が適切に励ましてくれるかどうかなどである。

内的要因とは、どう考えるか、どう感じるかである。糖尿病治療が自分にとって大切と思うかどうかなどである。

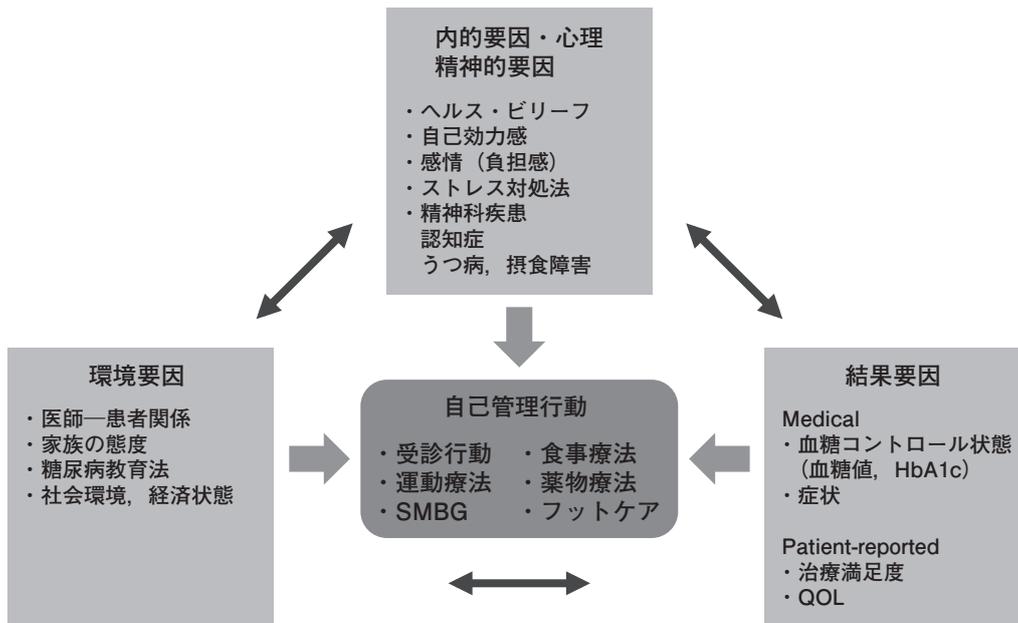


図4 糖尿病療養行動に影響する心理社会的要因  
(文献5より引用)

結果要因とは、行動を起こした結果どのようなことが起こったかをいう。食事療法をして体重が減ったことなどであり、再びその行動が起こるかどうかに影響力を持つ。

以下にそれぞれの要因について解説する。

## 2-1 環境（外的）要因

### (1) 医療者—患者関係

医療者主導型の療養行動の一方向的伝達はライフスタイルの改善への効果が高くない。また、指示内容を守らせようと強制的な姿勢で臨むほど、血糖や血圧管理がうまくいかないことが報告されている。逆に、患者の考えを中心に据えて、相談によって療養法を組み立てていくという患者中心型アプローチ（patient centered approach）の効果が高い。

### (2) 家族（あるいは重要な他者）の影響

家族の結びつきが強いこと、互いに感情を素直に表現できること、家族が支援してくれていると患者が感じられることなどが糖尿病コントロールに良い影響を与える。腎症治療において、食事—例えば塩分制限—に、家族の協力は大きな力となる。

### (3) 糖尿病教育

「糖尿病を持ち治療していく主体は患者であるから、

患者が自己管理の最終的な決定者であり、結果に対して責任を持つ」という考え方に立脚し、解決能力を高くむ方法が考案され、効果をあげている。これをエンパワーメント法（empowerment approach）とよんでいる。

## 2-2 心理的（内的）要因

糖尿病やその治療に対する考え方や感情は、療養行動の開始と維持に影響を与える。

### (1) 考え方と知識

#### ① ヘルス・ビリーフ

#### a. 糖尿病の脅威に関する認識

i) 糖尿病の重大性（ここでは腎症とその進行）の認識

ii) 合併症へのなりやすさ（脆弱性：ここでは腎症とその進行）の認識

これらが強いと療養行動が起こりやすい。

#### b. 糖尿病治療の有用性に関する認識

i) 治療の利益

ii) 治療の障害

利益と障害の認識の強さ、およびその差（利益—障害）が療養行動の程度と関連する。

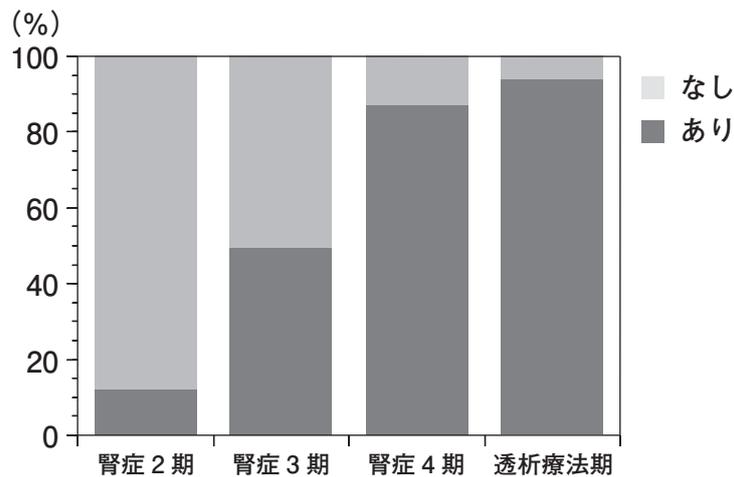


図5 糖尿病性腎症の病期と患者の認識  
(石井均 天理よろづ相談所病院外来通院患者 400 名データ：論文未発表)

【症例 2】 40 歳代 2 型糖尿病，糖尿病性腎症 2 期の患者の語り。

- 症状ないので病気と思わない。
- 職場の上司や同僚から食事に誘われると断れない。
- 腎臓のことはわからない，甘くみている。
- HbA1c 8% 以上。

腎症の重大性，進行の危険性，治療の利益の認識が不十分であって，しかも治療の障害となる誘いがしばしばある（環境要因でもある）という症例である。腎臓の機能やそれが障害されることの結果について理論的に説明しても，なかなかイメージにつながりにくいこと，自覚症状に乏しいことなどが，腎症の重大性やリスクの認識の妨げになっていると思われる。

20 年以上前の古いデータであり，論文未発表のものであるが，腎症の時期と患者の腎症の有無の認識を調べた結果を図 5 に示す。医療者側の説明不足の要素ももちろんあるが，患者が腎症を意識することの難しさを示している。最近の調査で，腎症の程度を患者の糖尿病手帳にすべて記入されている施設においても，腎症の認識が低いというデータが報告されていた（論文未発表）。

## ② セルフエフィカシー（self-efficacy：自己効力感）

特定の状況で，特定の行動を遂行できるという認識を「自己効力感」と呼んでいるが，この認識の程度が高いほど，その行動が起こる可能性が高い。症例 2 において，「職場の上司や同僚から食事に誘われると断

れない」と話しているが，これは自己効力感が低いということを示している。

## (2) 感情

考え方や認識とともに，セルフケア行動に影響する重要な要素は「感情」である。感情は「糖尿病に対する感情」，「治療に対する感情」，「周囲に対する感情」の 3 要素に分けることができる。それぞれの要素についての強い否定的感情は療養行動への障害となる。

## 2-3 結果要因

行動をすることによってもたらされる結果は，その行動の開始や継続に影響する。

### (1) 症状

療養によって自覚する症状が軽快したかどうか。

### (2) 検査指標（生化学，生理学的指標）

療養の結果，血糖コントロール（血糖値），尿中アルブミン量，尿蛋白，クレアチニン（eGFR），体重が改善するか。

### (3) Quality of life (QOL)

糖尿病およびその治療の結果が，患者が通常行っている日常活動や社会的活動あるいは心理状態に及ぼす影響がどうか。

腎症の治療は，利尿薬による浮腫や溢水の軽減を除くと，症状が改善するという自覚に乏しい。また，検査指標については，血糖以外はただちに改善するもの

ではなく、効果が実感しにくい。QOLも同様であり、蛋白制限などはむしろQOLを低下させる要因になる可能性がある。

### 3 透析直前の心理

【症例3】 50歳代2型糖尿病。血清クレアチニン6.5 mg/dl。透析直前症例の語り。

- 悪いという実感はないです。クレアチニンが上がっていると言われても危機感がない。
- 怖がらせることを言われても自分は悪くならない方に入れる。喫煙で癌にならない人もいる。浮腫が強かったけど歩けるし、一般人にもある。朝にはましになっている。
- 軽く軽く考えたい。

受け入れてしまうと大きな心理的混乱が生じることを避けるために現実を認めない（否認 denial）という心理反応を起こしている。しかし、いずれ身体症状が強くなり、状態を受け止めざるを得なくなると、大きな混乱（悲嘆 grief）が起こる。

### 4 糖尿病性腎臓病を病む患者の心理と行動

— 不適応が起こる理由

腎症進行の過程で治療への不適応がおこる心理的な大きな理由として、臨床経験から筆者は以下の3点を考えている。

- 1) 症状の欠如、生活への影響の少なさ。
- 2) 治療効果のわかりにくさ。
- 3) 治療効果の不確実性。

表1 Process of adjusting to DKD (Diabetic Kidney Disease) : Three super-ordinate themes

- (1) Coming to an understanding over time
  - (i) No frame of reference,
  - (ii) Suddenly, reality hits you,
  - (iii) Struggling with acceptance.
- (2) Managing the impact of DKD
  - (i) Asserting control,
  - (ii) Support from others,
  - (iii) Cognitive strategies (Denial).
- (3) Facing the future
  - (i) Uncertainty,
  - (ii) Inevitable decline

文献6より改変引用。

糖尿病を含めて腎臓病を病む患者の心理と行動についての論文は乏しい。そのなかの一篇は腎臓病とその治療への適応過程の課題を以下のようにまとめている<sup>6)</sup>(表1)。

### 5 医療者側の課題と医師—患者関係

先に、患者の治療不適応が起こる理由として3点を挙げた。1) 症状の欠如、生活への影響の少なさ、2) 治療効果のわかりにくさ、3) 治療効果の不確実性である。

近年、これらの中で、少なくともある時期までは治療の効果（進行防止あるいは寛解）が明らかになってきた。その指標は尿中アルブミン量である。糖尿病性腎症の診断には尿中アルブミン測定が必須であり、これが治療効果の指標になる。

しかしながら、この糖尿病腎症の診断と治療のカギとなる尿中アルブミンの測定率が低い。

奈良県の調査では、糖尿病患者で年一回測定された割合は29%である<sup>7)</sup>。明らかな腎症患者は適応外で分母から除かねばならないが、それにしても低値である。全国的にはもっと低いことが推定される。

「測定しても治療法は同じ」、「レセプト審査ではねられた」などの意見を聞くことがあるが、正しく測定条件を理解し、その意義を理解していただき、測定率を上げることを提案している。

1) の自覚症状がすくないことも考慮すると、医師からの治療意義の説明、効果の説明が重要なポイントとなる。決して患者を脅す（透析になりますよ）ような説明ではなく、患者がその時点でやれることを一緒に見つけていく、本人の選好や価値観を尊重する、そのうえで医師として重視するポイントを伝えていくという医師—患者関係が慢性腎疾患の治療においては重

表2 慢性疾患における医師—患者関係

- 治療参加促進、自律性の支援、治療同盟
- 医師の指示を患者が順守する（パターナリズム—コンプライアンス）モデルは糖尿病治療に適切でならず、患者が積極的に治療に参加し、自律性を持つことが血糖コントロールにつながることを証明されている。
- エンパワーメント (empowerment)
- 従来の糖尿病教育にみられた一方的な知識提供ではなく、患者の自己管理能力を育て援助するというかわり方。
- 患者中心アプローチ (Patient centered approach)
- 患者の選好、要求、価値観を尊重し、それに応えるようなケアを提供するという方針。

要である<sup>5)</sup>(表 2).

#### 文 献

- 1) Retnakaran R, Cull CA, Thorne KI, et al.; UKPDS Study Group : Risk factors for renal dysfunction in type 2 diabetes : U.K. Prospective Diabetes Study 74. *Diabetes* 2006; 55 : 1832-1839.
- 2) Diabetes Control and Complications Trial Research Group, Nathan DM, Genuth S, Lachin J, et al. : The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993; 329 : 977-986.
- 3) UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group : Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Lancet* 1998; 12; 352 : 837-853.
- 4) Ohkubo Y, Kishikawa H, Araki E, et al. : Intensive insulin therapy prevents the progression of diabetic microvascular complications in Japanese patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus : a randomized prospective 6-year study. *Diabetes Res Clin Pract* 1995; 28 : 103-117.
- 5) 石井 均, 糖尿病医療学入門 : こころと行動のハンドブック. 医学書院, 2011.
- 6) Reid K, Morris M, Cormack M, et al. : Exploring the process of adjusting to diabetic kidney disease. *J Ren Care* 2012; 38 Suppl 1 : 30-39.
- 7) 岡田定規, 赤井靖宏, 中島拓紀, 他 : 奈良県における糖尿病患者の腎障害の実態~2014年奈良県糖尿病診療実態調査の結果から~. *糖尿病* 2017; 60 : 279-287.