

糖尿病医療における医療従事者の抱える困難と 困難を乗り越える過程

安藤 美華 代

概要

本研究の目的は、糖尿病医療に携わる医療者は、どのような困難を抱え、どのように乗り越えるのか、その過程について探索的に検討することである。

対象は、A総合病院で糖尿病医療に携わる医療者（以下、糖尿病医療従事者と略記）で、糖尿病医療における困難と乗り越え体験などを尋ねる無記名の自己記入式質問票に回答した44人である。

「糖尿病医療従事者はどのような困難を抱え、どのように乗り越えるのか」をテーマにした質的分析から、次のようなストーリーラインが導き出された。糖尿病医療従事者は、日ごろから、糖尿病とともに生きる人へ継続した情緒的支援を心がけている。そして糖尿病医療従事者は、糖尿病医療に関わる質の向上に向けたたゆまない努力をし、糖尿病とともに生きる人のセルフケア行動への意欲向上に向けた実践をしている。しかしながら、糖尿病医療従事者は、糖尿病とともに生きる人の糖尿病セルフケアに対する否定的感情や態度、糖尿病の合併症の進行に直面する。このようなストレス状況において、心理社会的消耗を感じ、行き詰まり感や苦悩を抱える。そのようななか糖尿病医療従事者は、自身の糖尿病医療のあり方について省察し、糖尿病とともに生きる人のセルフケアの態度や障壁を受け容れるとき、糖尿病医療で抱える心理社会的困難を乗り越えたとより強く感じていた。

量的分析から、糖尿病医療で体験した困難について、乗り越えたと強く感じていた糖尿病医療従事者（乗り越え高群）は、乗り越えたとあまり感じていない糖尿病医療従事者（乗り越え低群）に比べて、有意に高い困難に打ち勝つ自己効力感を示した。

以上より、糖尿病医療従事者は、糖尿病とともに生きる人の糖尿病の合併症の進行のみならず、否定的な感情や態度に直面することを困難体験と認識していた。このような状況に対して、糖尿病医療従事者自身の糖尿病医療のあり方について省察し、糖尿病とともに生きる人のセルフケアの態度や障壁を受け容れ、糖尿病とともに生きる人が中心の医療に取り組んでいくことを意識することで、困難を乗り越えられる可能性が高いと考えられた。

1. はじめに

糖尿病は、糖尿病腎症、網膜症、神経障害や動脈硬化疾患といった慢性合併症が発症したり進展したりする、慢性の進行性の病である。糖尿病治療を実践し、適切な血糖コントロールを維持し続けることは、糖尿病の慢性合併症の発症や進展を阻止し、クオリティ・オブ・ライフの維持や寿命の確保につながる (de Groot, Golden, & Wagner, 2016; Young-Hyman et al., 2016)。とはいえ、その治療は、食事療法や運動療法、多種類の薬剤の服用やインスリンの自己注射といった薬物療法、自己血糖測定、フットケア、定期受診、適切な問題解決スキルや健康的な対処スキルの活用、健康リスク低減行動の実践など、これまでの生き方を変える実践を生涯にわたって続けていくことであり、容易ではない (American Diabetes Association, 2017)。継続的に多面的な治療が必要とされ、セルフケアがその要となることから、糖尿病とともに生きる人にとって荷の重い病である (Gonzalez, Tanenbaum, & Commissariat, 2016)。病の特性から、糖尿病は、糖尿病とともに生きる人の感情面や認知面にも影響を及ぼす病であり、うつ病、不安症などの精神疾患の発症や進展、糖尿病によるつらい気持ちにつながる場合があり、それらは糖尿病のセルフケア行動の減少と関連する (de Groot et al., 2016)。

このように糖尿病とともに生きる人は、慢性的なストレスにさらされ、これまでの生き方を変えざるおえない暮らしの変容を余儀なくされている (Nicolucci et al., 2013)。にもかかわらず、良好な血糖コントロールを念頭においている糖尿病医療に携わる医療者 (以下、糖尿病医療従事者と略記) は、複雑で膨大な糖尿病セルフケア行動を、糖尿病とともに生きる人の日常の暮らしのなかへ統合することを勧める (de Groot et al., 2016)。厳しい現実にあってもなお、糖尿病とともに生きる一人ひとりの人たちは、責任をもって自身の糖尿病セルフケアに取り組むことを望まれる (Barnard et al., 2014; Beverly, Worley, Court, Prokopakis, & Ivanov, 2016)。多くの糖尿病とともに生きる人は、推奨された糖尿病セルフケアを達成することを難しく感じている (Rubin & Peyrot, 2001)。

そこで、糖尿病医療従事者は、糖尿病とともに生きる一人ひとりに敬意を払い、その人たちの嗜好、要請、価値などをふまえた医療を行うことが求められる (Barnard et al., 2014; Beverly, Worley, Court, Prokopakis, & Ivanov, 2016)。とはいうものの、糖尿病医療従事者による医療は、必ずしも糖尿病とともに生きる人の糖尿病に建設的な影響を与える場合ばかりでなく、思うような影響を与えない場合も少なくないだろう。にもかかわらず、よい影響を与えることができないと認知すると、不満や疲労を感じる糖尿病医療従事者もいる (Beverly et al., 2016; Cannarella Lorenzetti et al., 2013)。また、限られた時間と知識のなかで治療目標を達成するために奮闘するものの、結果として妥協せざるおえない状況を目の当たりにし、失望することもある (Rushforth, McCrorie, Glidewell, & Midgley, 2016)。ときに糖尿病医療従事者は、患者を「変えて」合併症を予防しようと考え、それを達成するための知識やスキルを提供することが糖尿病医療従事者の責任だと感じる場合がある。この傾向が強い糖尿病医療従事者は、バーンアウト傾向との関係が指摘されている (Charman, 2000)。

昨今は、患者を「変えて」ではなく、患者中心のアプローチが注目され推奨されてきている。

このような流れから、糖尿病医療従事者は、糖尿病とともに生きる人に対して、その人たちが中心の糖尿病医療をしていくことが望まれるであろう。

そのためにまずは、糖尿病医療従事者は、糖尿病医療でどのようなつらかったことや困ったこと、イライラや不快な気分といった困難な体験しているかを理解し、そのような困難な体験をいかに感じ、捉え、対処しているのか、それによってどの程度困難を乗り越えたのかについて理解する。この理解を手がかりに、糖尿病とともに生きる人が主体の糖尿病医療のあり方を模索していく一助としたい。

本研究の目的は、糖尿病医療において、糖尿病医療従事者は、どのような困難を抱え、どのように乗り越えるか、その過程について、探索的に検討することである。

2. 方法

1) 研究デザイン

本研究は、糖尿病医療において糖尿病医療従事者が抱える困難と困難を乗り越える過程について、無記名の自己記入式質問票を用いて行った。自由記述式回答については質的分析を行い、選択式回答については量的分析を行うことで、探索的検討を行った。

2) 研究協力者とデータ収集方法

対象は、病床数が400床程度の中規模のA総合病院で糖尿病医療に携わっている医療者で、質問票を配布し得た55人のうち、回答が得られた44人である(有効回答率80.0%)。内訳は、医師9人、看護師24人、薬剤師4人、管理栄養士4人、理学療法士3人である。職歴は1～42年(平均±標準偏差 17.3 ± 12.4 年)、糖尿病医療従事歴は1～35年(平均±標準偏差 9.5 ± 9.5 年)であった(表1)。

調査の実施にあたっては、事前に、A総合病院の糖尿病医療のリーダーであるB医師に調査の説明と依頼を行い、同意と協力を得た。そして、B医師から、糖尿病医療に携わっている各医療者へ、調査についての説明を行い、協力を求め、調査票を配布した。説明にあたっては、調査票に明記されている調査の目的および実施方法、プライバシーの保護、調査は無記名であ

表1 協力者の概要 (N=44)

特徴	N	M±SD (幅)
年齢(歳)		40.3 ± 12.6 (21-64)
性		
女性	33	
男性	11	
職種(女性)		
医師	9(2)	
看護師	24(24)	
薬剤師	4(3)	
栄養士	4(4)	
理学療法士	3(0)	
職歴(年)		17.3 ± 12.4 (1-42)
*糖尿病医療従事歴(年)		9.5 ± 9.5 (1-35)

*N=37

ること、調査への協力は自由意志に基づくものであること、協力しなくても不利益のないこと、結果の公表について、口頭での説明を行った。その後、調査票と返送先の記載された封筒を配布した。回答していただいた調査票は、期日までに調査票とともに同封した封筒を利用して回収した。提出をもって、同意とみなした。

3) 調査内容

調査票では、糖尿病医療における心がけ、困難（つらかったことや困ったこと、イライラや不快な気分を感じた）体験について記述式で尋ね、乗り越えた程度を0（乗り越えていない）から10（乗り越えた）の11段階で、評価してもらった。さらに、社会性に関する自己効力感、健康感、気分状態について、選択式で尋ねた。各内容は、表2にまとめた。

本研究は、岡山大学大学院教育学研究科研究倫理委員会の許可（課題番号7）を得て行われた。

表2 糖尿病医療における医療者の困難感と乗り越えに関する調査内容

要因	内容
A 糖尿病医療の振り返り	これまでのあなたの糖尿病医療活動を振り返ってください。
A-1 心がけ	どのような心がけをされていますでしょうか。できるだけ詳しく教えてください。（自由記述）
A-2 困難体験	つらかったことや困ったこと、イライラや不快な気分を感じたことは、どのようなことでしょうか。できるだけ詳しく教えてください。（自由記述）
A-3 関係性からみた困難体験	困難を感じたことについて（A-2）、あなたと相手（患者さん、ご家族、同僚など）との間で、どのようなことが起きていたと思いますか。（自由記述）
A-4 困難体験の乗り越え度	困難を感じたことについて（A-2）、どの程度乗り越えたと思いますか。（0＝「乗り越えていない」～10＝「乗り越えた」のうち、当てはまる程度に○をつけてください。
A-5 困難体験の乗り越え方	困難を感じたことについて（A-2）、どのように乗り越えましたか。できるだけ詳しく教えてください。（自由記述）
B社会性に関する自己効力感	人間関係の様々な問題や葛藤を解決できる自信がどの程度かを尋ね、5件法（0＝「自信がない」～4＝「自信がある」）で回答を求めた（安藤, 2007, 2010; Ando, Asakura, & Simons-Morton, 2005; Bandura, Barbaranelli, Caprara, & Pastorelli, 1996）。対人関係自己効力感（6項目、得点範囲0-30）、困難に打ち勝つ自己効力感（3項目、得点範囲0-12）、自己コントロール自己効力感（3項目、得点範囲0-12）、問題解決自己効力感（2項目、得点範囲0-8）の4因子で構成されており、先行研究で構成概念の妥当性や自己コントロール自己効力感（ α 係数0.58～0.64）を除く3因子の信頼性（ α 係数0.67～0.76）はほぼ確認されている（安藤, 2007, 2010; Ando, Asakura, & Simons-Morton, 2005）。それぞれの因子を構成している項目の得点を単純加算したものを各因子の尺度得点としている。
C健康感	最近の自分自身の健康をどのように感じているのかを尋ね、4件法（1＝「非常に健康」～4＝「具合が悪い」）で回答を求めた。分析にあたっては、3＝「非常に健康」～0＝「具合が悪い」に値を割りあてた。
D抑うつ気分	この1ヵ月の気分について、ひどく憂うつになることがあるか尋ね、5件法（0＝「全くない」～4＝「ほとんどいつも」）で回答を求めた。
E不安感	この1ヵ月の気分について、ひどく不安になることがあるか尋ね、5件法（0＝「全くない」～4＝「ほとんどいつも」）で回答を求めた。

4) 分析方法

困難（つらかったことや困ったこと、イライラや不快な気分を感じた）体験についての記述は、グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、GTAと略記）（Corbin & Strauss, 2014; 戈木, 2013）を援用し、以下の手順で行った。

①データを多角的に解釈するために、各協力者の記述内容を問いごとに、プロパティとディメンションといった抽象度の低い概念を抽出し、内容を端的に表したラベルをつけた。

②概念の構造を理解するために、ラベル同士を比較し、内容が類似したものをサブカテゴリに分類した。協力者間を越えて見られた類似したサブカテゴリを比較して、さらに内容が類似したものをカテゴリとしてまとめた。

③各カテゴリの関連を検討した。その際、困難体験の乗り越え度が6点から10点だった医療従事者を乗り越え度高群（ $N=17$ ）、5点だった医療従事者を乗り越え度中群（ $N=9$ ）、4点から0点だった医療従事者を乗り越え度低群（ $N=10$ ）とした。そして、困難体験乗り越え度についても考慮しながら、「糖尿病医療従事者はどのような困難を抱え、どのように乗り越えるのか」について、ストーリーラインとカテゴリ関連図（図1）の作成を試みた。

また、SPSS 22.0J for Windows (IBM Corporation and IBM Japan, Ltd) を用いて、乗り越え度によって分類した3群の心理的要因にどのような相違があるかを検討した。各心理的要因の3群間の比較は、クラスカル・ウォリス検定を用いた。3群間で有意な差が見られた要因については、マン・ホイットニーのU検定を用いて、2群間の比較を行った。統計的有意水準は、0.05未満とした。

3. 結果

1) 糖尿病医療従事者

糖尿病医療従事者は、医師、看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士と多職種であった。平均糖尿病医療従事歴は、9.5年で、半数が5年以下であった（表1）。

2) パラダイム、カテゴリ関連図、ストーリーライン

質的分析のテーマは「糖尿病医療従事者はどのような困難を抱え、どのように乗り越えるのか」、分析焦点者は、糖尿病医療従事者とした。**【太字】**はカテゴリ、**【太字】**はコアカテゴリ、<>はサブカテゴリ、イタリック太字はプロパティ、イタリックはディメンションとした。

本テーマのパラダイムは、次のように構成された。状況は、**【糖尿病とともに生きる人への継続した情緒的支援】**、**【糖尿病とともに生きる人のセルフケア行動への意欲向上に向けた実践】**、**【糖尿病医療に関わる質の向上に向けたたゆまぬ努力】**によって構成された。相互行為は、**【糖尿病とともに生きる人の否定的な感情や態度に直面】**、**【糖尿病とともに生きる人の糖尿病**

合併症の進行に直面]によって構成された。行為は、【ストレス状況による心理社会的消耗感や行き詰まり感・苦惱】、【自身の糖尿病医療のあり方について省察】、【糖尿病とともに生きる人のセルフケアの態度や障壁の受け容れ】、【糖尿病医療従事者自身の方針や信念が中心の医療の継続】によって構成された。帰結は、【糖尿病医療で抱える心理社会的困難体験の乗り越え】によって構成された。

カテゴリ関連図は、図1に示した。

「糖尿病医療従事者はどのような困難を抱え、どのように乗り越えるのか」をテーマにした質的分析から、以下のようなストーリーラインが導き出された。糖尿病医療支援者は、日ごろから、【糖尿病とともに生きる人への継続した情緒的支援】を心がけている。そして糖尿病医療支援者は、【糖尿病医療に関わる質の向上に向けたたゆまぬ努力】をし、【糖尿病とともに生きる人のセルフケア行動への意欲向上に向けた実践】をしている。しかしながら糖尿病医療従事者は、【糖尿病とともに生きる人の糖尿病セルフケアに対する否定的感情や態度に直面】したり、【糖尿病とともに生きる人の糖尿病の合併症の進行に直面】したりする。そして、【ストレス状況による心理社会的消耗感や行き詰まり感・苦惱】を抱える。そのようななか糖尿病医療従事者は、【自身の糖尿病医療のあり方について省察】し、【糖尿病とともに生きる人のセルフケアの態度や障壁を受け容れる】とき、【糖尿病医療で抱える心理社会的困難体験の乗り越え】をより強く感じていた。一方、【糖尿病医療従事者自身の方針や信念が中心の医療の継続】をするとき、【糖尿病医療支援で抱える心理社会的困難体験の乗り越え】をあまり感じていなかった。

3) カテゴリの説明

各カテゴリについて、プロパティとディメンション、サブカテゴリによって説明を試みた。

【糖尿病とともに生きる人への継続した情緒的支援】 常に糖尿病医療従事者は、＜共感的態度＞で糖尿病とともに生きる人と関わり、＜信頼関係構築＞の努力をしている。

【糖尿病とともに生きる人のセルフケア行動への意欲向上に向けた実践】 糖尿病医療従事者は、糖尿病とともに生きる人の様々な状況、特徴、生活習慣について＜理解するための対話＞を、丁寧に(敬意を払って)行っている。特に糖尿病医療従事者は、自身の専門性や標準的に推奨される状態の視点から、糖尿病とともに生きる人へ、＜セルフケアへの励まし＞や＜無理のない提案＞に取り組んでいる。

【糖尿病医療に関わる質の向上に向けたたゆまぬ努力】 糖尿病医療従事者は、＜他職種と協働＞してチームアプローチをしたり、カンファレンスへ参加するといった＜継続研修＞を通して、適切な知識を得ている。

【糖尿病とともに生きる人の否定的な感情や態度に直面】 糖尿病医療従事者は、医療を続けていると、ときに、糖尿病とともに生きる人のセルフケアへの受け身的態度、医療従事者の説

明や助言を受け容れないといった、＜セルフケアをめぐる抵抗＞にあたり、＜健康行動への低い意欲＞を感じたり、＜糖尿病医療への難しい要求＞を突きつけられたりする。

【糖尿病とともに生きる人の糖尿病合併症の進行に直面】 こういった困難な状況が続けると、糖尿病医療従事者は、糖尿病とともに生きる人の糖尿病の進行や合併症の発症を目の当たりにする場合がある。

【ストレス状況による心理社会的消耗感や行き詰まり感・苦悩】 このようなストレスフルな状況を体験することを通して、糖尿病医療従事者は、糖尿病とともに生きる人との間で、信頼関係やコミュニケーションの不十分さ、糖尿病理解のギャップがあり、糖尿病とともに生きる人の理解不足を感じ、糖尿病とともに生きる人との＜相互的協力的な感情の同調の困難さ＞に気づく。また糖尿病医療従事者は、糖尿病とともに生きる人にセルフケアを身につけて実践してもらうための技能を十分持っていないと感じたり、時間の確保が十分できないと感じたりして、＜自身の糖尿病医療のあり方に苦悩＞する。さらに、徒労感や傷つきといった＜自身のなかに沸き起こるつらい気持ちに苦悩＞する。

【自身の糖尿病医療のあり方について省察】 このような事態において糖尿病医療従事者は、＜自身のストレス状況や苦悩について探索＞したり、＜自身のつらい気持ちを受け容れ＞たりする。また、コンサルテーション、カンファレンスへの参加、気持ちの共有といった＜糖尿病医療チームのメンバーへ被援助行動＞を行う。このような対処は、困難体験を乗り越えたとして強く感じている糖尿病医療従事者に多く見受けられた。

【糖尿病とともに生きる人のセルフケアの態度や障壁の受け容れ】 糖尿病医療従事者は、糖尿病とともに生きる人の＜糖尿病とともに生きる意味について探索＞し、＜セルフケアを受け容れ＞、＜糖尿病とともに生きる苦悩に共感＞する。このような対処は、困難体験を乗り越えたとして中程度以上感じている糖尿病医療従事者に多く見受けられた。

【糖尿病医療従事者自身の方針や信念が中心の医療の継続】 一方、糖尿病医療従事者が、自身の方針や信念が中心の医療の継続をする対処は、困難体験を乗り越えたとしてあまり感じていない糖尿病医療従事者に多く見受けられた。

【糖尿病医療支援で抱える心理社会的困難体験の乗り越え】 糖尿病医療従事者は、自身の**【糖尿病医療のあり方について省察】**し、**【糖尿病とともに生きる人のセルフケアの態度や障壁を受け容れる】**とき、糖尿病医療で抱える心理社会的困難を乗り越えたとより強く感じていた。

4) 糖尿病医療従事者の困難体験の乗り越え感による3群間の心理的要因の比較の関連

糖尿病医療従事者の困難体験の乗り越え感による3群間の心理的要因にどのような違いがあ

るのか、ノンパラメトリック検定を用いて検討した(表3)。

その結果、糖尿病医療で体験した困難について、乗り越えたと強く感じていた糖尿病医療従事者(乗り越え高群)は、乗り越えたとあまり感じていない糖尿病医療従事者(乗り越え低群)に比べて、有意に高い「困難に打ち勝つ自己効力感」を示した($H(N=36, df=2)=6.342, p<0.05$)。

その他の検討した要因においては、乗り越え3群間で有意な差は見られなかった。

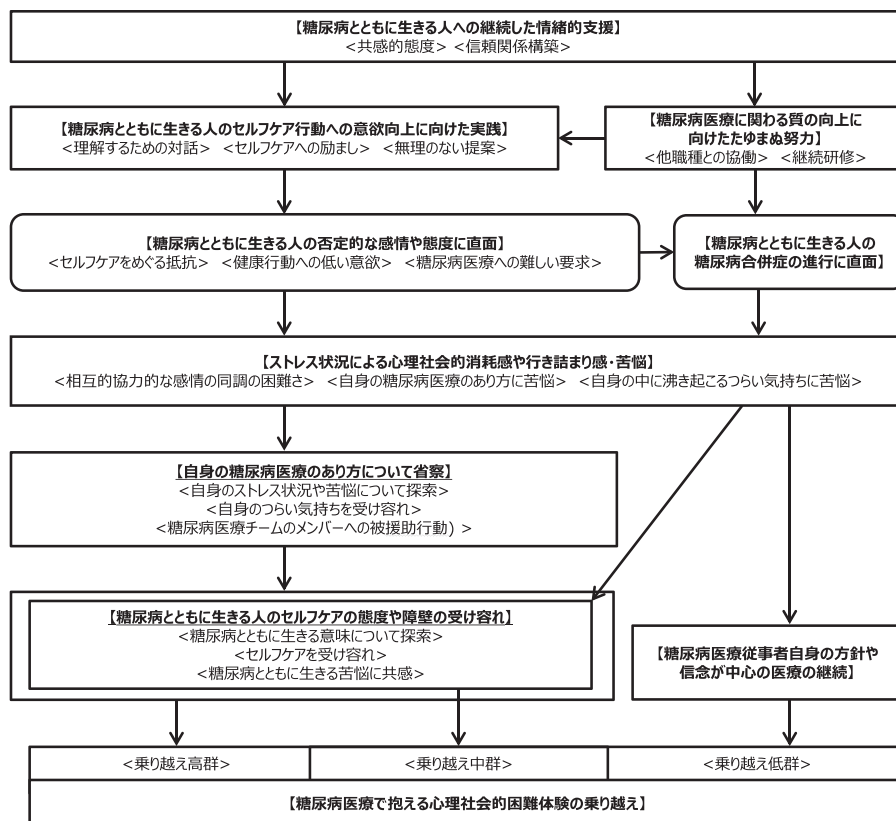


図1 カテゴリ関連図：糖尿病医療従事者はどのような困難を抱えどのように乗り越えるのか

表3 糖尿病医療従事者の困難体験の乗り越え感による3群間の心理的要因の比較

心理的要因	得点 範囲	乗り越え度による群						Kruskal-Wallis 検定	
		高群(N=17)		中群(N=9)		低群(N=10)		H値	p値
		中央 値	最小- 最大値	中央 値	最小- 最大値	中央 値	最小- 最大値		
対人関係自己効力感	0-24	16.0	9-19	14.0	10-17	14.5	11-17	1.390	0.499
困難に打ち勝つ自己効力感	0-12	8.0	2-12	6.0	4-11	6.0	4-8	6.342	0.042
自己コントロール自己効力感	0-12	8.0	3-12	8.0	6-9	7.0	4-8	2.833	0.243
問題解決自己効力感	0-8	6.0	3-8	6.0	3-7	5.0	4-6	1.401	0.496
健康感	1-4	2.0	1-4	2.0	2-4	2.0	1-3	3.097	0.213
抑うつ気分	0-4	2.0	0-3	1.0	0-2	1.0	0-3	3.337	0.189
不安感	0-4	1.0	0-4	1.0	0-3	1.3	0-2	2.358	0.308

4. 考察

1) 主要な結果

本研究では、糖尿病医療に携わる医療者は、どのような困難を抱え、どのように乗り越えていくのか、その過程について、質的分析および量的分析によって探索的に検討した。

糖尿病医療は、医師や看護師など多職種の医療者によって行われていた。糖尿病医療での困難体験の乗り越え度で3群に分けて検討したところ、高い群は低い群に比べて「自分のよいところを認める」「困難なことがあっても前向きに行動する」「つらいことがあっても気持ちを強く持つ」からなる困難に打ち勝つ自己効力感が高かった。困難を乗り越えられる感じをどの程度もてるかどうかは、自信の程度も関連している可能性が伺われた。

「糖尿病医療従事者はどのような困難を抱え、どのように乗り越えるのか」をテーマにした質的分析から導き出されたからストーリーラインでは、糖尿病医療従事者の困難体験は、糖尿病とともに生きる人の糖尿病の合併症の進行のみならず、否定的な感情や態度に直面することもみられ、心理的要因の重要性が浮き彫りになった。このような状況に対して、つらい気持ちの共有などカンファレンスなどを活用してチームで行うことを通して、医療従事者自身の糖尿病医療のあり方を省察し、糖尿病とともに生きる人のセルフケアの態度や障壁を受け容れ、糖尿病とともに生きる人が中心の医療をしていくことを意識することで、困難を乗り越えられる可能性が高いと考えられた。

2) 糖尿病医療従事者が体験する困難感・つらい気持ち

糖尿病医療従事者は、糖尿病医療を続けていると、ときに、糖尿病とともに生きる人のセルフケアへの受け身的態度や糖尿病医療従事者の説明や助言を受け容れない、といったセルフケアをめぐる抵抗にあたり、低い意欲を感じたり、糖尿病医療への難しい要求を突きつけられたりする。糖尿病医療従事者がよかれと思って行う医療が、糖尿病とともに生きる人からするとそうでない場合もある。そのような場合、糖尿病医療従事者からは医療の障壁と感じられ、糖尿病とともに生きる人からは医療従事者と関わることの不毛感などへとつながりかねず、両者にとって負の要因になりかねないだろう。そこには、今回見られた要因のみならず、糖尿病医療従事者間の葛藤、貧弱な組織体制、不十分な資源、環境、社会要因なども含まれている (Barnard et al., 2014; Cannarella Lorenzetti et al., 2013; Rushforth et al., 2016; Stuckey et al., 2015)。昨今、糖尿病医療従事者、糖尿病とともに生きる人の両者の視点から糖尿病医療、セルフケアを充実させていくことが必要で、それには多様な要因やモデルの検討が必要と考えられている (Barnard et al., 2014)。

というのは、糖尿病とともに生きる多くの方は、糖尿病はほぼ100%自分自身でケアしなければならないと思っているが、そうするための自信を持ち合わせていない場合がある。一方、糖尿病医療従事者は、糖尿病とともに生きる人のセルフケアに関する決定に責任をもつことができず、医療従事者自身の専門性や経験知をもとに糖尿病とともに生きる人へ行動を変えることを推奨する。したがって多くの糖尿病とともに生きる人は、そのような糖

尿病医療従事者中心の提案や助言を受け容れることに難しさを感じたり、ほぼ不可能に近い提案と感じたりする。そのような経緯から、両者の間には、不満やジレンマが生じる (Anderson & Funnell, 2010; Piccinino et al., 2017)。

3) 糖尿病医療従事者の困難体験への対処

糖尿病医療従事者は、様々な困難な状況に直面しているが、糖尿病医療をあきらめたり、中断したりすることはなく、継続していた。そして、自身の糖尿病医療のあり方について省察し、糖尿病とともに生きる人のセルフケアの態度や障壁を受け容れるとき、糖尿病医療で抱えた心理社会的困難体験を乗り越えたときより強く感じていた。

困難な臨床的状況を適切にマネジメントするために、糖尿病医療従事者は、糖尿病とともに生きる人の人生を視野に入れた臨床状態の理解をしていく方針で、そこに関連するであろう多様な要因の影響について、検討していくことが必要であろう。この地道な検討を続けていくことが、両者にとって効果的で満足のいく体験につながると考えられる (Cannarella Lorenzetti et al., 2013)。

今後ますます糖尿病医療は複雑になり、多様な理解を求められるであろう。糖尿病医療従事者は、糖尿病とともに生きる人の日々の暮らしを踏まえて、複数ある治療から適切な選択を注意深く提案することが求められる (Childs, 2005)。だからこそ、糖尿病とともに生きる人とともに治療について検討していくことが、必要になってくる。糖尿病医療にあたって、糖尿病とともに生きる人がその決定に関与することは、意欲を高め、良い結果につながることが報告されている (Inzucchi et al., 2012; Neumiller, 2012)。

糖尿病医療従事者は、インスリンの開始や行動変容などについてガイドラインやスキルに関する専門的知識を持っており、限られた時間と資源の中で、進化する治療目標を達成するために奮闘する。しかしながら、見込んだ結果とはいかず、どうあがいても妥協せざるおえない結果に直面することもある。そのような状況に対して、糖尿病医療者としての有能な自己イメージが脅かされると認知する糖尿病医療従事者は、バーンアウトに陥る可能性を孕んでいる。一方、糖尿病医療の質を保持・増進するために、糖尿病医療従事者が、自らの糖尿病医療のあり方を省察していくことが、自らの糖尿病医療の質の保持・向上につながるとされている (Cannarella Lorenzetti et al., 2013; Knapp, Gottlieb, & Handelsman, 2017)。一般に、自己省察 (self-reflection) は、思考、感情、行動の自己観察をとおして、可能な限り自分を客観視していく意図的メタ認知過程と考えられている。それゆえ、自己省察は、自分の能力を過大評価したり、歪曲したり、有効性を損なうような行動や態度を過剰に見積もるのを減らすことができる (Knapp et al., 2017)。糖尿病医療従事者は、常に自分自身の糖尿病医療を省察し、それをいかした医療を行うことが必要だと考えられる。このような能力を育んだり、苦痛、燃え尽き、気分の乱れを緩和し、共感能力をもたらすとして、マインドフルネスを取り入れた教育プログラムの有効性が報告されている (Epstein, 1999; Krasner et al., 2009)。

また、本研究では、糖尿病医療従事者によるチームでの糖尿病とともに生きる人を理解し医療の方向性を検討するカンファレンスのみならず、糖尿病とともに生きる人とのこれまでの関係性のなかで抱えたつらい気持ちの共有の意義が見出された。糖尿病とともに生きる人の理解の向上や糖尿病医療に関するスキルの向上や情報獲得のみならず、関わりの中で感じる気持ちの共有の大切さも明らかになり、行動面、認知面、感情面と多岐にわたるチーム医療の重要性が示唆された。チームでの多面的な取り組みは、糖尿病医療従事者自身の能力に対する意識を高め、互いの負担を和らげ、良質の医療を提供することにつながる (Piccinino et al., 2017)。したがって、糖尿病とともに生きる人が主体の質の高い糖尿病医療のあり方を考えるにあたっては、個々の糖尿病医療従事者の行動面、認知面、感情面の向上にとどまらず、糖尿病医療に携わる医療者チームのチームとしての包括的な向上が重要なカギとなると考えられた。

4) 本研究の限界と今後の展望

本研究の結果は、意味ある重要な発見は得られていると考えられるものの、限られた協力者によることから、一般化するのは難しいかもしれない。

糖尿病とともに生きる人は、複雑に進化し続けている糖尿病治療に対して、穏やかな日もあればつらい日もある日ごろの暮らしのなかで、懸命に糖尿病セルフケアに取り組んでいる。取り組みが、思ったほどご自身が見込んだ結果につながらなかったり、医療従事者から勧められるガイドラインに沿った結果にほど遠いことは、少なくないだろう。また、まあまあの結果をだしたとしても、その結果に至った努力を続けることがセルフケアとなり、糖尿病医療従事者からはさらなる目標を提案される場合もある。糖尿病医療従事者は、糖尿病とともに生きるすべての人が、糖尿病のセルフケアの壮絶な闘いに挑んでいることを念頭におき、自身の糖尿病医療を省察し続けることが必要だと考える。それは、日ごろから糖尿病とともに生きる人を情緒的にも支援している糖尿病医療従事者にとって、つらく苦しいことだと推察される。そこで、糖尿病に携わる医師、看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士、心理職などが、チームを組んで、連携・協働していくことが大切だと考えられる。カンファレンスはもちろんのこと、糖尿病とともに生きる人との出会いや関わりの中で体験するつらい気持ちについてチームメンバー同士で感情共有することが、自身を省察し、その人たちを受け容れることにつながり、よりよい関わりへと発展する可能性があるだろう。

チームの大切さが浮き彫りになったことから、今後の糖尿病医療のあり方を発展させるにあたり、メンバーの成長や患者中心の医療といった視点を統合し、糖尿病とともに生きる人たちを中心とした実際的なチームのあり方を検討していきたい。

5. 結語

本研究は、質的研究および量的研究を用いて、「糖尿病医療に携わる医療者は、どのような困難を抱え、どのように乗り越えるのか」について、探索的な検討を試みた。困難に打ち勝つ

自己効力感、糖尿病とともに生きる人のセルフケアの態度や障壁の受け容れ、糖尿病医療従事者自身の糖尿病医療のあり方についての省察が、糖尿病医療における困難な体験を乗り越えるのに重要な要因と考えられた。糖尿病医療における困難な体験を乗り越えるスキルとして、糖尿病医療チームへ、被援助行動、感情共有を適宜行ったり、コンサルテーションやカンファレンスが必要だと考えられた。

【謝辞】

本研究にご協力いただきました皆様に感謝いたします。
本研究の一部は、科研費(15K04126)の助成を受けました。

引用文献

- American Diabetes Association. (2017). Standards of medical care in diabetes-2017. *Diabetes Care*, 40 (Suppl. 1), S1-S135.
- Anderson, R. M., & Funnell, M. M. (2010). Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79(3), 277-282.
- 安藤美華代.(2007). 中学生における問題行動の要因と心理教育的介入. 風間書房.2007
- 安藤美華代.(2010). 未成年大学生における飲酒と心理社会的要因の関連. 岡山大学大学院教育学研究科研究集録, 143, 47-55.
- Ando, M., Asakura, T., & Simons-Morton, B. (2005). Psychosocial influences on physical, verbal, and indirect bullying among Japanese early adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 25(3), 268-297.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G. V., & Pastorelli, C. (1996). Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on academic functioning. *Child Development*, 67(3), 1206-1222.
- Barnard, K. D., Lloyd, C. E., Dyson, P. A., Davis, M. J., O'Neil, S., Naresh, K., Lawton, J., Ziegler, R., & Holt, R. I. (2014). Kaleidoscope model of diabetes care: Time for a rethink? *Diabetic Medicine*, 31, 522-530.
- Beverly, E. A., Worley, M. F., Court, A. B., Prokopakis, K. E., & Ivanov, N. N. (2016). Patient-physician communication and diabetes self-care. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 23, 509-518.
- Cannarella Lorenzetti, R., Jacques, C. H., Donovan, C., Cottrell, S., & Buck, J. (2013). Managing difficult encounters: Understanding physician, patient, and situational factors. *American Family Physician*, 87, 419-425.
- Charman, D. (2000). Burnout and diabetes: Reflections from working with educators and patients. *Journal of Clinical Psychology*, 56(5), 607-617.
- Childs, B. P. (2005). The complexity of diabetes care. *Diabetes Spectrum*, 18, 130-131.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2014). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory, (Fourth edition)*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- de Groot, M., Golden, S. H., & Wagner, J. (2016). Psychological conditions in adults with diabetes. *American Psychologist*, 71(7), 552-562.
- Epstein, R. M. (1999). Mindful practice. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 282(9), 833-839.
- Gonzalez, J. S., Tanenbaum, M. L., & Commissariat, P. V. (2016). Psychosocial factors in medication adherence and diabetes self-management: Implications for research and practice. *American Psychologist*, 71(7), 539-551.
- Inzucchi, S. E., Bergenstal, R. M., Buse, J. B., Diamant, M., Ferrannini, E., Nauck, M., Peters, A. L., Tsapas, A.,

- Wender, R., Matthews, D. R., American Diabetes Association (ADA), European Association for the Study of Diabetes (EASD). (2012). Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: A patient-centered approach: Position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*, 35, 1364-1379.
- Knapp, S., Gottlieb, M. C., & Handelsman, M. M. (2017). Enhancing professionalism through self-reflection. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(3), 167-174.
- Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J., & Quill, T. E. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 302(12), 1284-1293.
- Neumiller, J. J. (2012). A patient-centered approach: A step in the right direction. *Diabetes Spectrum* 2012; 25: 130-131.
- Nicolucci, A., Kovacs Burns, K., Holt, R. I. G., Comaschi, M., Herrmann's, N., Ishii, H., Kokoszka, A., Pouwer, F., Skovlund, S. E., Stuckey, H., Tarkun, I., Vallis, M., Wens, J., Peyrot, M., DAWN2 Study Group. (2013). Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2): Cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabetic Medicine*, 30, 767-777.
- Piccinino, L. J., Devchand, L., Gallivan, J., Tuncer, D., Nicols, C., & Siminerio, L. M. (2017). Insights from the national diabetes education program national diabetes survey: opportunities for diabetes self-management education and support. *Diabetes Spectrum*, 30, 95-100.
- Rubin, R. R., & Peyrot, M. (2001). Psychological issues and treatments for people with diabetes. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 457-478.
- Rushforth, B., McCrorie, C., Glidewell, L., & Midgley, E. (2016). Barriers to effective management of type 2 diabetes in primary care: Qualitative systematic review. *British Journal of General Practice*, 66 (643), e114-e127.
- 戈木クレイグヒル滋子. (2013). 質的研究法ゼミナール グラウンデッド・セオリー・アプローチを学ぶ 医学書院
- Stuckey, H. L., Vallis, M., Kovacs, B. K., Mullan-Jensen, C. B., Reading, J. M., Kalra, S., Wens, J., Kokoszka, A., Skovlund, S. E., Peyrot, M. (2015). "I do my best to listen to patients": Qualitative insights into DAWN2 (Diabetes Psychosocial Care From the Perspective of Health Care Professionals in the Second Diabetes Attitudes, Wishes and Needs Study). *Clinical Therapeutics*, 37, 1986-1998.
- Young-Hyman, D., de Groot, M., Hill-Briggs, F., Gonzalez, J. S., Hood, K., & Peyrot, M. (2016). Psychosocial care for people with diabetes: A position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 39, 2126-2140.