

令和 5 年 6 月 16 日現在

機関番号：15101

研究種目：基盤研究(C)（一般）

研究期間：2019～2022

課題番号：19K10484

研究課題名（和文）地域高齢糖尿病患者の「病い」の認知と療養行動障壁の関連について

研究課題名（英文）The association between illness recognition process and healthcare barrier in elderly residents with diabetes

研究代表者

谷口 晋一（TANIGUCHI, Shin-ichi）

鳥取大学・医学部・教授

研究者番号：30304207

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費） 3,300,000円

研究成果の概要（和文）：高齢糖尿病患者が認知症を合併した際に医師の感じる困難感とはなにか。家庭医（6）と糖尿病専門医（6）について、SCATにて分析した。家庭医から、34テーマ（9のカテゴリー）、専門医からは25のテーマ（8のカテゴリー）が抽出された。糖尿病管理が難しくなること、家族の協力の必要性、生活基盤の調整、他職種との連携、介入目標の試行錯誤などの、多くの課題に関係している。糖尿病専門医と家庭医の困難感で共通する部分は、「理想と現実の乖離」、「認知症の特徴に関連した困難」、「患者中心性」などであった。家庭医は、糖尿病専門医より「患者の尊厳・人権」に重点を置いて、「多職種協働」による困難の克服を目指していた。

研究成果の学術的意義や社会的意義

高齢化とともに認知症合併時の糖尿病管理の困難なケースが増えている。患者をケアする医師も疲弊する事も多く、その困難感の中身を明らかにすることは意義があると考え。ケアの困難感について、家庭医と糖尿病専門医へのインタビューをもとに分析した。認知症合併は、糖尿病管理が難しくなること、家族の協力の必要性、生活基盤の調整、他職種との連携、治療目標の試行錯誤など、多くの課題に関係していた。家庭医と糖尿病専門医に共通していたのは、「理想と現実の乖離」、「認知症の特徴に関連した困難」、「患者中心性」であった。家庭医は、糖尿病専門医より「患者の尊厳・人権」に重点を置いて「多職種協働」による困難の克服を目指していた。

研究成果の概要（英文）：What difficulties do physicians perceive when elderly diabetic patients have complications of dementia? Interview of Family physicians (6) and diabetes specialists (6) were analyzed by SCAT. Thirty-four themes (9 categories) were identified by family physicians and 25 themes (8 categories) by specialists. They are related to a number of issues, such as difficulties in diabetes management, need for family cooperation, adjustment of life infrastructure, collaboration with other professions, and trial and error in intervention goals. Common areas of difficulty shared by diabetologists and family physicians included the disconnect between ideals and reality, difficulties related to the characteristics of dementia, and patient-centeredness. Family physicians focused more on "patient dignity and human rights" than diabetes specialists, and aimed to overcome difficulties through "multidisciplinary collaboration".

研究分野：糖尿病学

キーワード：糖尿病 認知症 高齢者 治療障壁 ケア

1. 研究開始当初の背景

2型糖尿病は世界的にみて生活水準の上昇と並行して患者数が増え、日本でも国民栄養調査で1200万人の患者が存在する。最近では、高齢化進行とともに高齢糖尿病患者数も増加し、高齢者特有の課題もあがっている。とくに、認知症は糖尿病患者での発生率が高く、いったん合併した場合、糖尿病の療養行動に大きな支障をきたす疾患である。高齢者糖尿病患者が認知症を発生した場合、患者家族は苦悩に見舞われる。それは、糖尿病という疾患特性と認知症のイメージの違いに由来することが多い。患者本人、家族、医療者、それぞれが二つの疾患に対してもっている疾患イメージや「病いとしての経験」は大きくずれており、この段階の患者と家族はたいへん苦悩する。糖尿病罹患歴の長い患者の場合、網膜症、腎症などの合併症を有し、インスリン治療などで低血糖をおこしているケースもあり、医療依存度が非常に高い。患者本人、家族、医療者それぞれの立場で、「糖尿病から認知症へ」という「病い(illness)」の変化の認識を共有化することが重要である。しかしながら、本人と家族は認知症への対応は拒否的であり、医師は専門外という対応をとり乖離が発生しやすい。今回の研究では、「病いの経験」というプロセスに注目し、糖尿病から認知症への移行をどのようなストーリーとして理解するのか、患者、家族、医療者の3者のとらえ方の乖離と共有の過程を分析し、医療人類学の視点から治療障壁となる背景を明らかにしていきたいと考えた。

パイロットスタディで認知症患者とその家族へのインタビューを試みたが、治療障壁となった事象や感情の記憶があいまいで正確な情報を得ることが難しかった。そこで、研究の対象を医療従事者へ変更した。療養の中核となる医師にとって、認知症の合併はそれまでの治療目標や治療内容の変更を余儀なくされ、大きな心理負担を伴うものとなる。認知症は、物忘れだけでなくBPSDといった問題行動を伴うため、プライマリ・ケア医にとっては管理の難しい疾患である。認知症の良いケアとは、患者とその家族を地域や社会のサービスと結びつけることや、より複雑なケースでは専門医を紹介することを含む。Adamsらは、認知症患者の継続的なケアにおいてプライマリ・ケア医が直面する課題について述べている。治療から介護への移行、家族への依存度の増加、倫理的ジレンマなどである。多くの医師の診療の場で認知症患者が「うまく適合しない」と指摘している。認知症の複雑さが、この「適合性の低さ」の原因であろうと推定している。これまで、医師の感じる困難感やストレスについて、糖尿病の治療に伴うもの、認知症の診療に伴うもの、それぞれについては多くの報告がある。しかし、高齢糖尿病患者において、あらたに認知症を合併した際に、医師がどのような困難感を感じているのかに注目した研究は乏しい。

2. 研究の目的

糖尿病専門医とプライマリ・ケア診療に携わる家庭医を対象に、高齢糖尿病患者が認知症を合併した際に医師の直面する困難感に焦点を絞って、その内容や背景を分析する。

3. 研究の方法

日本の医療制度で、糖尿病患者を診療する機会の多い、高齢糖尿病患者で認知症を合併した症例の経験のある、プライマリ・ケアの医師と糖尿病専門医を対象とした。プライマリ・ケアの医師は、専門医制度で家庭医療専門医を保持している医師、糖尿病専門医は日本糖尿病学会の認定する糖尿病専門医を保持する医師を対象とした。2つの専門職を対象としたのは、同じ糖尿病患者について、それぞれのバックグラウンドの違いから、困難感も異なる可能性があると考えたからである。研究の参加者には、研究への同意を求めた。14人の医師が対象となり12人が参加した。参加者性別は男/女(家庭医4/2、糖尿病専門医4/2)、診療環境はそれぞれかなり異なっていた。家庭医(診療所2、地域病院2、大学所属2)、糖尿病専門医(大学所属4、地域病院2)、年齢30-50、医師の募集は、電話での直接依頼で行われた。すべてのインタビューは大学病院のオフィスまたはウェブ形式で行われた。インタビューは研究著者(S.H., D.S., N.S.)によって行われ、約60分間で、インタビューガイドによって構成された自由形式の質問を行った。インタビューでは主に3つのテーマ：臨床家の特徴と診療環境、高齢糖尿病患者で認知症合併事例の管理と対応、その際の困難感・感情・やりがいについて実施した。インタビューの記録はテキスト記述に変換後、2人の調査者が12件のインタビューのランダムな部分集合を独立してコーディングして、医師の困難感に関連するテーマを特定した。困難感の中核となる心理的障壁と実践的障壁を定義し、障壁の類型化を行った。最後のステップでは、2人の研究者が構造的障壁について体系的にコード化した。倫理的配慮として、本研究は日野病院組合日野病院倫理審査委員会の承認を得て行った(承認番号2020-10、2019年)。

4. 研究成果

本研究は日本の中国地方都市周辺で実施した。対象となった家庭医6名・糖尿病専門医6名ともに高齢糖尿病患者を治療していた。勤務形態は、家庭医はすべてプライマリ・ケアのセッティングであり、糖尿病専門医は総合病院や大学病院に勤務していた。

認知症を合併した糖尿病患者の診療についての医師の困難感および障壁の概要であるが、家庭医は34のテーマ(9のカテゴリー)(表1)、糖尿病専門医は25のテーマ(8のカテゴリー)(表2)が抽出された。

抽出された困難感として、家庭医と糖尿病専門医に共通するテーマは、「理想と現実のギャップ」「認知症の特徴に関連した困難」「患者中心性」「家族システムをふまえた診療」「工夫された診療戦略」「医師の感情的側面」であった。家庭医に特有のテーマとしては「患者の尊厳」「多職種の協働」「医学パラダイムの違い」であった。いっぽう、糖尿病専門医に特有のカテゴリーは、「糖尿病の特徴に関連した困難」「困難の向こうにあるもの」さらに特有なテーマとしては「不確実性に対する不安」「認知症の診断と告知の難しさ」「医師としての感情的コーピング」であった。家庭医と糖尿病専門医を比較してみると、理想と現実のギャップによる困難、患者中心性や家族志向性は共通しており、家庭医・専門医それぞれ工夫した診療戦略を用いていた。しかし、家庭医のほうは、より「患者の尊厳・人権」といった部分や「多職種協働」による困難の克服を目指していた。また医師の感情として、関係性の忘却や限界を感じる自責の念などが特徴であった。専門医の特徴は、疾患特異的な不確実性に関する困難を感じており、糖尿病に特徴的なところでの困難もより感じている。しかし、自分なりの工夫や改善を通してやりがいや喜びを感じているという感情面も特徴的であった。「患者中心性」「工夫された診療戦略」の内容もすこし違いが見られ、家庭医のほうは「患者の場の尊重」「さじ加減」「being beside」などが特徴的であった。

総じて両者ともに、認知症を合併した糖尿病患者ケアにおいて、生物医学的治療目標(糖尿病の治療目標)と患者本人の自律性・尊厳のバランスに苦労している。さらに認知症という介入不能な状況へのジレンマや無力感を感じている。その際に、家庭医は患者の人生や尊厳を優先した判断をすることが多く、それは家庭医としての思想性や教育が背景にあると思われる。糖尿病専門医は、医学的視点からより現実的な治療の落としどころ(妥協点)を見つけようとしている。医師の困難感への対処法として、現実的な治療目標設定は同じであるが、家庭医は医療チームでの議論と共有、人生の伴走者としての医師役割、患者の生活や場を尊重する(患者の自律性と尊厳への配慮)傾向が強い。糖尿病専門医は、生物医学的な危機回避策、治療への柔軟なスタンス、家族サポーターの協力などがあがっている。医師としての喜び・驚き・やりがい・工夫が上がっている点も興味深い。小さな変化や成功体験の積み重ねに加え、患者背景の理解や患者の人生観・価値観の理解という言葉からは、家庭医のようなBPSモデル・患者中心の医療の方法を学んでいなくても、患者ケアを実践する中で、同じような枠組みへの志向性を獲得しているともいえる。意外だったのは、糖尿病専門医からチーム医療の話題がほとんど出なかった点である。働く場のセッティングの相違(糖尿病専門医は病床数の多い総合病院勤務)が影響している可能性もある。より小さな小回りの利くセッティングで働く家庭医のほうが、組織体も小さくチーム内での疎通性がよいのかもしれない。さらに両者の相違点として注目されるのは、認知症特有の問題に遭遇した場合、糖尿病専門医が現実的な妥協点を探ることに腐心するいっぽう、家庭医はこの事象を「家庭医としてのやりがい」「家庭医としての深い問いかけ」と感じているように見える点である。つまり、医学的な対処だけでは解決できない課題に向き合ったとき、家庭医は「現実的解決方法を探る」と同時に「家庭医としてのアイデンティティの再確認や学習の機会」ととらえなおしている点である。この両者の視点の相違は見かけ上わずかな違いに見えるが、家庭医のプロフェッショナルリズムに直接関連することであり、家庭医は遭遇した困難感をプロフェッションを磨く機会ととらえている点が糖尿病専門医と違うのだと思われる。

今回の研究では、高齢2型糖尿病患者が認知症を合併した場合の医師の感じる困難感について検討した。家庭医は生物医学的治療と患者個人の尊厳のバランスに葛藤を感じ、糖尿病専門医はより現実的な治療目標への妥協点を探る傾向が強かった。困難感への対処として、家庭医はチームで考える、家庭医の思考のフレームワークを利用する、専門医は家族の協力を仰ぐ、できる範囲の説明や工夫に注目する、などがあがった。

研究の限界として以下の3つがあげられる。研究対象が小人数であり、家庭医と専門医の勤務場所セッティングが異なっていたこと、インタビューを医師に限定したため、個別での印象の症例想起に終始した点、すなわち定性的な手法は参加者が特定の障壁を提起することに依存していたため、この方法では各障壁について医師に質問した場合、テーマが報告される頻度を過小評価している可能性がある、ケアを受ける患者と家族ならびにチームを構成するコメディカルの意見を聞いていないことである。認知症ケアが医療資源だけでなく介護資源や行政サービスを含めた包括的なケアを要する疾患であり、糖尿病の自己管理を主軸としたケアと対立する状況が引き起こされ、そのために医師の精神的身体的負担は大きくなるものと予想される。今回の研究を通じて、ケアにおける医師の役割、他の資源との連携、さらには、患者ケアのためのフレームワーク作りや家庭医的視点の専門医への導入など、負担軽減の手掛かりになってくれるものと期待している。

Ref)

W.L Adams et al. Physicians' perspectives on caring for cognitively impaired elders. Gerontologist 2005 Apr;45(2):231-9. doi: 10.1093/geront/45.2.231.

表 1. 家庭医から抽出されたテーマ

カテゴリー	テーマ
理想と現実の乖離	標準的治療と現実治療のギャップ
	患者の自己決定権尊重と現実的治療のジレンマ 問題解決がうまくいかない疲労感
認知症の特徴に関連した困難	認知機能低下による自己統御の喪失への恐れ
	認知機能低下による病気の理解と自己管理の困難
	認知機能低下による生活指導や介入の困難 認知機能低下による関係性構築の困難
患者中心性	患者の個別性とコンテクストを重視した診療
	患者の意思と価値観に配慮した診療
	関係性を重視・継続するという姿勢
	協同的意思決定の困難
	患者にとっての「痛」を重視する姿勢 患者にとっての真の目標を考える意識
患者の尊厳	患者の人格・尊厳への配慮 患者の死生観の尊重
家族システムをふまえた診療	家族をまきこんだ生活指導と介入 サポーターとしての家族の役割の重要性
工夫された診療戦略	現実的で安全なラインを守る診療 現実的な妥協点を探るという戦略
	納得のいく「さじ加減」を考えた診療 ともに居ること (being beside) という意識
	自己の経験からの学習と省察
多職種との協働	チームでケアと治療目標を共有すること
	他職種との協働と医師の役割
	ヒエラルキーに依存しない他職種との対等な関係性 協働による困難な状況の克服
医師の感情的側面	患者視点へのエンパシー
	できることに限界があることの自責
	根拠の乏しい意思決定をすることの不安
	関係性が忘却によって損なわれることの切なさ
	患者を管理したいという意識からくる困難 最新の医学知識をアップデートする負担
医学パラダイムの違い	家庭医療的視点と生物医学的視点の違い 医学モデルから生活モデルへの転換

表 2. 糖尿病専門医から抽出されたテーマ

カテゴリー	テーマ
理想と現実の乖離	標準的治療と現実治療のギャップ
	患者や疾患に関する不確実性に対する不安 問題解決がうまくいかない疲労感
糖尿病の特徴に関連した困難	専門医としての失敗への反省
	糖尿病の無症状性と予後予測の難しさ 糖尿病患者の心理的特性による難しさ
認知症の特徴に関連した困難	認知機能低下による病気の理解と自己管理の困難
	認知機能低下による生活指導や介入の困難 患者の自己決定権と家族の関わり方の難しさ
患者中心性	認知症の診断と告知の難しさ
	医師視点と患者視点のギャップ
	患者の個別性とコンテクストを重視した診療
	患者と家族の個別状況に寄り添う診療
	患者のナラティブへの配慮とやりがい 関係性を重視・継続するという姿勢
家族システムをふまえた診療	家族に配慮したときの心理的ジレンマ 家族を巻き込んだ診療の不可欠性
工夫された診療戦略	現実的で最低限のラインを守る診療 自分なりに工夫してみようという戦略
困難の向こうにあるもの	小さな成功・改善による喜び 患者や家族からの感謝によるやりがい
医師の感情的側面	医師としての感情的コーピング
	患者視点へのエンパシー 患者へのコンパッションと親密感

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕 計0件

〔学会発表〕 計1件（うち招待講演 0件 / うち国際学会 0件）

1. 発表者名 井上和興
2. 発表標題 「病い」としての「糖尿病」の日本での文献的考察
3. 学会等名 日本糖尿病学会 中国四国地方会第57回総会
4. 発表年 2019年

〔図書〕 計1件

1. 著者名 谷口晋一、孫大輔	4. 発行年 2022年
2. 出版社 デザインエッグ社	5. 総ページ数 140
3. 書名 地域医療学ハンドブック：君たちは地域医療をどう学ぶか	

〔産業財産権〕

〔その他〕

-

6. 研究組織

	氏名 (ローマ字氏名) (研究者番号)	所属研究機関・部局・職 (機関番号)	備考
研究分担者	朴 大昊 (PARK Dae) (30759527)	鳥取大学・医学部・プロジェクト研究員 (15101)	
研究分担者	井上 和興 (INOUE Kazuoki) (60739085)	鳥取大学・医学部・プロジェクト研究員 (15101)	
研究分担者	角南 直美 (SUNAMI Naomi) (70715359)	鳥取大学・医学部・助教 (15101)	

6. 研究組織（つづき）

	氏名 (ローマ字氏名) (研究者番号)	所属研究機関・部局・職 (機関番号)	備考
研究分担者	中 朋美 (NAKA Tomomi) (60707058)	鳥取大学・地域学部・准教授 (15101)	
研究分担者	浜田 紀宏 (HAMADA Toshuhiro) (30362883)	鳥取大学・医学部・准教授 (15101)	
研究分担者	孫 大輔 (SON Daisuke) (40637039)	鳥取大学・医学部・講師 (15101)	

7. 科研費を使用して開催した国際研究集会

〔国際研究集会〕 計0件

8. 本研究に関連して実施した国際共同研究の実施状況

共同研究相手国	相手方研究機関