

栄養教育における エンパワーメント・アプローチ

久保克彦

1 はじめに

近年、増加し続ける生活習慣病(慢性疾患)の予防や治療のために、管理栄養士・栄養士が行う栄養教育は重要である。しかしながら、丸山(2005)は、わが国では長い間「栄養指導」という用語が使われており、かねてより国際的に用いられてきた「栄養教育」の用語を理解して受け入れる状況になかったと指摘している。これは、従来の栄養指導では、患者に対して栄養学上の知識を伝達したり技術を指導することが重視されてきたことに由来している。これに対して、これからの栄養教育には、知識の伝達だけでなく、栄養教育を行う中で顕在化してきた患者の心理的問題にも対応し、患者が主体的に食事療法に取り組んでいけるように援助していくことが必要なのである。そうした援助を進めていくには、管理栄養士の側に、困難な問題に直面した患者に寄り添い、一緒になって問題解決に取り組んでいくカウンセリングマインド(来談者との間にあたたかくて信頼感に満ちた人間関係をつくる姿勢や態度や心構え)やカウンセリング技術が求められるのである。

わが国では、2002年に管理栄養士・栄養士養成施設カリキュラムが改正され、「栄養教育論」が盛り込まれた。その教育内容及び目標は、個人の健康や栄養状態のアセスメントができること、栄養プログラム(食事プラン)を作れること、そのプログラムを患者が実行することに関連する理論を学習し、栄養カウンセリングを行えるようになることである。

本論では、エンパワーメント・アプローチによる栄養カウンセリングに

ついて検討する。

2 従来の医学的アプローチによる栄養指導

従来の患者教育の一環としての栄養指導を振り返ると、管理栄養士が患者を一方的に指導するという側面が強かったと言える。これまでの栄養指導では、医学的アプローチに基づいて、患者が食事療法を進めていくのに必要な栄養学上の知識を指導し、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 (compliance : 医師や栄養士の指示に対する遵守) が重視されてきた。従って、管理栄養士と患者との関係は、「指導する—指導してもらう」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ていた。これでは、食事療法に自ら積極的に取り組んでいくという患者自身の主体性や積極性は育たないのである。

事例 I 従来の医学的アプローチによる栄養指導

(初回指導より2ヵ月後の食事指導)

D (Dietitian : 栄養士) 1 : 前回の食事記録と比べると、間食のせいで摂取エネルギーがだいぶ増えてますね。前回はほとんど1600カロリー前後で頑張っておられたのに。

Pt (Patient : 患者) 1 : 自分では随分頑張ったと思うんですけど、最初の頃のようにはいなくなってます……。

D 2 : 今回は、このどら焼きのせいで、指示カロリーが守れてませんよね。間食は控えていただきたいんです。次の食前の血糖値が上がりますからね。

Pt 2 : ごめんなさい。でも、手土産にどら焼きを箱でいただいたものですから。主人は食べないし、捨てるわけにもいかないし……。

D 3 : どら焼きは、ごはん1杯分のカロリーがあるんです(150g模型を見せる)。間食は絶対やめてください。身体のことを考えて、食事療法を続けてくださいね。

Pt 3 : はあ……。でも、どら焼きのカロリーって、ケーキなんかよりはずっと低いんですよ。ごはんを少なくしたらよかったですか？

D 4 : 間食を中心に食事を考えるのはよくありません。やっぱり3食きちんと食べることが基本です。

- Pt 4 : でも、たまには甘いものも食べたいです。ずっと我慢してたら、ストレスが溜まっちゃうんです。
- D 5 : でも、間食を続けると、高血糖の状態がずっと続くことになります。そうなると、合併症が怖いですよ。食事療法と運動療法をきちんと守ることができれば、服薬もしなくていいし、いままでどおりの生活を送れるんですよ。
- Pt 5 : それは、そうかもしれませんが……。何もかも我慢して、頑張らないといけないっていうのは、とてもつらいです。
- D 6 : そうですね。でも、頑張らないとね。合併症にはなりたくないでしょう？ そしたら、今回の目標は、間食はしないということにしましょうね。
- Pt 6 : ……

事例 I は、従来の医学的アプローチによる栄養指導のやりとりであるが、どら焼きを食べることに執着する患者に対して、管理栄養士は「指示カロリーを守ってください」「間食は絶対やめてください」とあれこれ助言し、自分の栄養指導に従わせようとしている。そして、とうとう最後には、「合併症が怖いですよ」と、合併症の怖さを持ち出すことによって、患者を説得しようとしているのである。しかし、これでは、患者の沈黙が示す通り、かえってやる気をなくさせたり、コミュニケーションの断絶を引き起こしたりすることになるのである。

3 エンパワーメント・アプローチとは何か

エンパワーメント (empowerment) という言葉は、「権限委譲」を意味する法律用語として、17世紀に使用されるようになったと言われている。その後、1960年代の米国における公民権運動やフェミニズム運動といった様々な社会変革活動を支援する考え方として、より広範に使用されるようになった。その結果、このエンパワーメントという言葉には、本来の「権限を与える、能力を与える」という意味だけでなく、「人間が奪われた力を取り戻して、自立していくプロセス」という意味も付け加えられることに

なったのである。そのために、現在では、医療や看護、社会福祉、教育などの様々な領域において、「個人が自らの生活をコントロールし、自己決定していく能力を開発するプロセス」を表す概念として用いられるようになっていく。

近年、米国において、生活習慣病を管理していく方法として、このエンパワーメントという考え方が注目されている。中でも、糖尿病は代表的な生活習慣病であり、病気をコントロールしていく必要がある。血糖コントロール不良のまま年月が経過すると、神経障害や網膜症や腎症、および動脈硬化性疾患などの慢性合併症を発症する危険性が高くなる。そこで、糖尿病治療においては、患者自身が積極的に自己管理(セルフケア)に取り組む姿勢が不可欠となる。しかし、この自己管理は、食事療法や運動療法、服薬、血糖測定、インスリン注射など複雑多岐にわたっており、患者は困難な課題に直面させられることとなるのである。そのために、自己管理にまったくやる気を見せないといった問題を抱え込む患者も多くなっている。このような無気力(パワーレス)状態に陥った患者に対しては、医師や看護師、管理栄養士などの医療スタッフが患者と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などのエンパワーメント・アプローチによって、意欲を回復させることが必要となるのである。

エンパワーメント・アプローチの提唱者である Anderson & Funnell (2005)は、エンパワーメントの概念がカウンセリング心理学にその起源があることを明らかにした上で、「患者に助言を与えたり、何をすべきか教えてくれる援助者よりも、患者の話を心から傾聴してくれて、患者の意思を尊重してくれて、患者自身の問題解決を支援してくれる援助者の方がはるかに役に立つ」としている。

栄養教育とは、管理栄養士が考える「よい食事」を患者に押しつけるのではなく、管理栄養士が患者とともに考えながら、その人の人生や生活と関連づけて適切な食事を選択できるように援助していくことである。この

管理栄養士と患者の関係は、患者自身の成長をうながしていくという「成長モデル」に従う人間関係であり、管理栄養士には、患者とともに考えて一緒に予防や治療を進めていくという姿勢が必要である。そこでは、患者に対して栄養学上の知識の習得を性急に求めないことや、患者の気持ちや感情を聴いていく態度や、患者自身もっている成長していく力を信じて変化を待つという姿勢が必要になる。

これは、心理カウンセリングや心理療法において、患者(カウンセリング場面ではクライアントと呼ぶ)が自分で問題を探り、それを掘り下げ、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「寄り添っていく」「つき合っていく」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栄養教育には求められており、コンプライアンスよりもアドヒアランス(adherence: 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)の強化に焦点を当てることが重要である。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いるのである。

丸山(2005)は、従来、行われてきた指示や指導が中心であった栄養指導のあり方に対する批判から、人間を相互に尊重する観点に立ったエンパワーメント・アプローチの意義が確認されているとしている。

4 エンパワーメント・アプローチの実際

Anderson & Funnell (2005)は、患者の行動変化の過程は5つのステップに分けることができ、この患者自身による行動変化の取り組みを支援するための方法として、エンパワーメント・アプローチが有効であるとしている。この5つのステップを、エンパワーメント・アプローチによる栄養カウンセリングの実際を示す事例Ⅱを参照しながら、紹介する。

事例Ⅱ エンパワメント・アプローチによる栄養カウンセリング

(初回指導より2ヵ月後の食事指導)

D (Dietitian : 栄養士) 1 : 前回の食事記録と比べると、間食のせいで摂取エネルギーがだいぶ増えていますね。前回はほとんど1600カロリー前後で頑張っておられたのに。

Pt (Patient : 患者) 1 : 自分では随分頑張ったと思うんですけど、最初の頃のようにはいかなくて……。

D 2 : 食べたいものも食べずに、頑張り続けるのって、たいへんですものね。食事は毎日のことだから。今、一番困っていることは、どんなことですか？

Pt 2 : そうなんですね。うーん、今、一番困っているのは、この間食のどら焼きですね。これは自分で買ったものじゃないんです。手土産にどら焼きを箱でいただいたんです。でも、主人は食べてくれないし、捨てるわけにもいかないし……。

D 3 : それは困りましたね。たくさん食べたらいけないし、でも捨てるのはもったいないって、悩んでしまうんですね。つらいですね。

Pt 3 : そう、そう。それで、結局は、私が全部食べてしまうことになるんです。長いこと悩んで、食べるのを我慢してたら、食べたい気持ちを抑えきれなくなってしまっ……。

D 4 : 確かにそうなりますよね。それに、このどら焼き以外には、間食はしておられませんものね。

Pt 4 : ええ、そう。おやつのお買い置きはしないようにしてみましたしね。孫たちが来た時は、その時に一緒に買いに行くようにして……。

D 5 : ご自分できちんと間食をしないようにする対策を考えておられるんですね。ところで、このどら焼きのカロリーですけど、ごはん一杯分くらいになるんです。今後、このようないただき物があつたら、どうしようと思いますか？

Pt 5 : そうね。日持ちのするものなら、孫たちが来た時に持って帰ってもらおうと思います。でも、どら焼きとか生菓子の時ですよ。食べないに越したことはないだろうけど、やっぱり食べたいんです。ごはんと同じくらいのカロリーなら、主食のごはんを減らしたら、どうかしら？

D 6 : そう、それもひとつの方法ですね。3食食べるのが基本ですけど、甘いものって楽しみでもありますからね。たまにということであれば、自分へのご褒美という形にしてもいいかもしれませんね。他に、こうしてみようと考えておられる具体的な方法はありますか？

Pt 6 : 食後にきちんと血糖を下げることを考えるなら、食事と食事の間に食べ

ないで、食事に続けて少しだけ食べるようにしようかしら。それに、食後のウォーキングを今より15分程長めにするのは、どうかしら？

D7：血糖値のことをしっかり考えておられますね。おやつ摂り方を工夫できると、気持ちの負担も減りますよね。

Pt7：ええ。実はどら焼きのことがずっと気になってたんです。叱られるかなと思って。

D8：叱られる？

Pt8：「自分の病気なんだから、食事療法はきちんと守ってしてくださいね」って、言われるのかと思ってました。

D9：病気や食事のことは、ご自分が一番問題意識を持っておられたってことですね。

Pt9：そういうことよね(笑)。

D10：今回は、間食についてかなり具体的な対策を考えていただいたのですが、次回は、どうなっていれば、うまくいったことになりますか？

Pt10：そうですね。間食が入っても1600カロリーで抑えられたらいいですよ。それと、食事記録にウォーキングの時間も書くようにしますので、それも見てくださいね。

D11：はい、もちろんです。楽しみにしています。

①問題を特定する

患者の行動変化の過程の第一歩は、問題を明らかにすることである。生活習慣病を抱えながら生きている患者が、どのようなことを問題ととらえているかを明らかにする必要がある。患者が抱えている問題を明らかにしていくためには、患者の話をしっかり傾聴して、心の中にあるものを上手に聴くことが大切である。また、患者が自分自身の問題を表現しやすくなるような適切な質問を行うことも必要になる(事例ⅡのD2)。

Funnell(2001)は、医療スタッフが患者を一方的に指導しようとするのではなく、「適切な質問をすることによって、患者が自らの糖尿病に対する責任に気づき、達成可能な目標を設定して、行動を変えていけるよう援助することが大切である」としている。

表1 患者が問題を特定する手助けとなる質問

- 生活習慣病を治療するうえで、何が最も難しいですか？
- 何が問題をそんなに難しくさせていると思いますか？
- 一番心配なことは、どんなことですか？

②感情を明らかにする

エンパワーメント・アプローチの第2段階では、患者が生活習慣病であることや、自分自身を変えたいと思っている行動(または問題)について、どのように感じているかを明らかにするように援助する(事例ⅡのD3)。感情や考え方を重視するのは、人はどう感じているか、何を考えているかを、行動にあらわすからである。生活習慣病であることに怒りを感じている患者が自己管理に取り組むことができないように、強い陰性感情は生活習慣病の治療にとって大きな障害となる。

表2 患者が感情を明らかにしていくための質問

- について、どのように感じていますか？
- について、どのように考えていますか？
- あなたが○○と感じているのは、どういう理由からですか？

③目標を設定する

栄養教育においては、管理栄養士が患者と一緒に目標を設定することが大切である。目標設定とは、医療スタッフの期待を押しつけるものではなく、患者がどのような選択をするかを一緒に考えていく過程である(事例ⅡのD5)。患者が本当に言いたいことに耳を傾け、患者がその利益と損失を比較検討していくことを援助するのである。目標には、患者が一番変えたいと願っている長期的目標(例えば、体重を減らしたい)と、それに関連した段階的行動変化である短期的目標(例えば、ご飯を1杯だけにする)があるが、患者がひとたび目標を設定できれば、その目標に到達するための方法や技術を提供することができる。

表3 患者が長期的目標を明らかにするための質問

- どんなことがしたいですか？
- 状況を改善するために、行動を起こす気持ちはありますか？
- 変化することによって、どんな利益と損失がありますか？

④計画を立てる

第4段階では、患者が自分自身の行動計画を立てられるよう援助する。長期的目標の設定は比較的容易であるが、その目標に到達するための一連の具体的方法を特定しない限り、目標の達成は不可能である。そこで、行動計画を作成する方法としては、患者に、自分の目標達成につながりそうな具体的方法を、可能な限りたくさん考えてもらうようにする(事例ⅡのD6)。その中から、実行が難しい方法は削除し、残りの方法に優先順位をつけてもらい、実行に移す。大切なことは、患者に可能な限り多くの具体的方法を考えてもらうことであり、患者が自分で問題解決できるということに気づいてもらうことである。従来の栄養指導のように、管理栄養士が先に目標達成の方法を提案してはいけないのである。

表4 目標達成のための具体的方法を特定するための質問

- 効果がありそうな具体的方法について、何かいい考えはありませんか？
- 望んでいる状態に近づくために使える方法は、どんなものがありますか？
- それがうまくいった(あるいは、いかなかった)のは、なぜだと思いますか？

⑤結果を評価する

行動変化の過程を評価するのは、最初と最後のところで行うのがよいだろう。管理栄養士の重要な役割は、患者が具体的方法を実行するのを見守ることと、患者が選んだ具体的方法の効果を評価できるように援助することである(事例ⅡのD10)。効果がないようにみえる方法も、効果があつた方法と同じくらい価値がある。なぜなら、その経験を次の自己管理の経験に活かせるからである。

表5 行動変化のための具体的方法の結果を振り返るための質問

- この具体的方法の結果から、何を学びましたか？
- この目標を達成しようとしたことから、何を学びましたか？
- 次は、どんな違った方法を試してみようと思いますか？

5 おわりに

食事療法に「やる気みせない」とか「実行できない」といった問題行動を示す患者には、患者一人ひとりにそれぞれ固有の理由が存在する。このような理由には、食事療法に対する「怒り」「悲しみ」「孤独」「絶望」「燃えつき」といった感情的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しない限り、単に食事療法に関する知識を与えるだけでは、食事療法の実行に結びつかない。

換言すると、管理栄養士によって勧められる食事療法を患者が実行できるかどうかは、病気や食事に対する患者の心理的適応、すなわち感情状態が影響している。従って、栄養教育においては、従来のような食事療法を進めていくのに必要な栄養学上の知識を伝達したり技術を指導するだけでなく、栄養教育を行う中で顕在化してきた患者の感情的な問題にも対応し、患者が病気や食事に適応できるように援助していく必要がある。その援助を行うには、エンパワーメント・アプローチによって、患者一人ひとりが有する感情的問題を明確にすることが大切であり、それが問題解決の糸口となるのである。

最後に、Funnell (2001)は、エンパワーメント・アプローチとは「患者が自分の力で糖尿病をコントロールできることに気づくよう援助すること」としている。従って、管理栄養士の役割とは、患者が十分な情報を持ち、自発的に決定をして、食事療法の実行を阻害している問題を自分で解決できるように援助することである。

引用・参考文献

- 1) Anderson, B., Funnell, M.: The Art of Empowerment, 2nd Edition. American Diabetes Association, 2005. (石井均 監訳, 久保克彦, 他, 訳: 糖尿病 エンパワーメント 第2版, 医歯薬出版, 2008)
- 2) Funnell, M.: 新しい患者教育——エンパワーメント法とは, 第1回糖尿病——心理と行動研究会, 2001.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) 久保克彦: 糖尿病患者に対するエンパワーメント・カウンセリング, 石井均, 久保克彦 編著: 実践 糖尿病の心理臨床, 医歯薬出版, 2006.
- 6) 久保克彦: カウンセリング技術, 丸山千寿子, 他 編: 栄養教育論 改訂第2版, 南江堂, 2010.
- 7) 丸山千寿子: 栄養教育の概念, 丸山千寿子, 他編: 栄養教育論 改訂第2版, 南江堂, 2010.

