医療現場における認知行動療法に基づいたエンパワメントの促進 ——身体疾患患者のメンタルケアに焦点を当てて——

東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野／日本学術振興会
市倉 加奈子

Empowerment using cognitive behavioral therapy in medical settings: Focusing on psychological care for people with physical illnesses

Kanako Ichikura^{a), b)}

^(a) Section of Liaison Psychiatry and Palliative Medicine, Tokyo Medical and Dental University,

^{b)} Japan Society for the Promotion of Science)

Patients with physical illnesses might have psychosocial problems, including limitations caused by their illness and its treatment, as well as distress associated with their possible death. As a result, many patients with physical illnesses might suffer from mental health problems triggered by psychosocial difficulties. Therefore, psychological care for people with physical illnesses is an important issue in medical settings. Cognitive behavioral treatment is known to be effective for these patients. Direct behavioral care has been provided for such patients, although the provision of indirect behavioral care by health providers has lacked systematic strategies. The case study of a cancer patient provided intervention by behavioral consultation is described and psychological care of patients with physical illnesses is discussed. The results indicated that the behavioral consultation decreased the patients' distress through the enhancement of nurse's self-efficacy and skills for providing psychological care. This facilitated the empowerment of both health providers and the patients. It is suggested that future studies should be designed to obtain convincing evidence of the efficacy of behavioral consultations in medical setting.

Key words: behavioral consultation, cognitive behavioral therapy, liaison-consultation, physical illnesses, psychological care

問題と目的

病気になることや、それに伴う生活の変化は、人々に強い苦痛をもたらす。まず、患者は身体症状や治療による苦痛にさいなまれる。さらに、機能障害や長期入院によって環境が変化したり、生活が制限されることにも堪えなければならない。また、「病気や症状がこの先どうなるのだろう」「自分は死んでしまうのだろうか」といったように先の見えない漠然とした不安に苦しめられることもある。したがって、身体疾患患者は常に精神的苦痛を抱えながら生活している。

このような身体疾患患者におけるメンタルケアの重要性が主張されるようになったのは近年のことである。以前は身体疾患患者を取り巻く医療現場で最優先のアウトカムは生死であり、患者の心の問題は二の次と考えられることが多かった。しかし近年では生活の

質（Quality of Life; QOL）という概念が取り入れられ、患者の心身の苦痛を取り除くことが医療の目標であると考えられるようになってきた。つまり医療現場では、身体を病気を治療するだけでなく、病気と診断されたことによるショックや、今後どうなるのだろうかといった漠然とした不安にも目を向けて、改善を目指す姿勢が求められつつある。わが国においても平成23年度に医療計画が見直され、精神科医療の新たな課題として身体疾患患者のメンタルケアが取り上げられている。こうした変化に伴い、身体疾患患者のメンタルケアを担う心理職や看護師の拡充が始まっており、今後発展していくことが期待されている。

身体疾患患者の精神的苦痛を改善する心理療法の1つとして認知行動療法の発展が目覚ましい。これは、患者個々のセルフコントロールを目指すものであり、エンパワメントを促進する手法とも言える。がん患者、心不全患者、腎不全患者、糖尿病患者、などの各

領域で認知行動療法の効果が確認されている。しかしながら、身体疾患を伴う患者に対して、認知行動療法を具体的にどのように活用していけばよいか、明確な指針はない。そこで本稿では、身体疾患患者のメンタルケアに活かす認知行動的支援について症例に触れながら論じていく。なかでも、医療現場やチームを介して患者に間接的に働きかける行動コンサルテーションの視点から、身体疾患患者に関するアセスメントおよび介入について考察し、患者のエンパワメント促進に寄与するかどうかを論じていく。

身体疾患患者における心の問題

心理社会的問題

身体疾患患者は、病気に罹患することにより、さまざまな心理社会的問題と直面する。たとえば、がん患者の場合には、身体的、精神的、社会的、スピリチュアルの4側面で全人的苦痛を抱えていると考えられており（淀川キリスト教病院ホスピス，2007），これはほかの身体疾患にも当てはめることができる。また心疾患患者特有の心理社会的問題としては、不整脈等を敏感に察知して心臓に過度な注意を払ってしまうなどの独特な死に対する恐怖心を抱いていることも指摘されている（Bunz et al., 2016）。さらに糖尿病や腎臓病などの生活習慣病患者では、生活習慣や服薬の自己管理が必要となり、患者の負担感が増大するとも言われている（鈴木，2008）。このように身体疾患患者の場合は「病気であること」「死を意識すること」に加え、「病気を抱えながら生活する苦痛」や「治療を受けることによる苦痛」など、幅広い心理社会的問題にさらされている。

精神疾患

一般的に身体疾患があるだけで、うつ病に罹患するリスクは高まり、そのオッズ比は2.5（95%信頼区間：1.6～4.8）と言われている（Cole & Dendukuri, 2003）。たとえば、うつ病有病率で言えば、がんでは5.6～13.1%、心不全では27.5%、との知見がある（Adewuya et al., 2006; Walker et al., 2014）。そのうえ、身体疾患にうつ病が併存することで、健康度は大きく障害されとの指摘もあり、身体疾患患者におけるうつ病の治療や予防は非常に重要である（Moussavi et al., 2007）。

一方で、精神科リエゾン領域では適応障害が12～14%と最も頻度が高いことを指摘する研究もある（Laugharne, van der Watt, & Janca, 2009）。適応障害とは、はっきりと確認できるストレス因子に反応して生じる情緒面または行動面の症状が主軸となる、ストレス関連疾患である（American Psychiatric Association, 2013）。つまり、身体疾患患者では、前項で述べたような心理社会的問題がストレス因子となり、精神疾患

の直接的な引き金となりやすいのである。

行動的アセスメント

身体疾患患者の心の問題をアセスメントするうえで、その反応パターンとして表面に出てきている「行動」に着目して整理することが、ときに有用となる。その理由として、患者との問題共有のしやすさ、他職種との情報共有のしやすさ、他職種の達成感の得られやすさ、の3点があげられる。

第1に、患者との問題共有のしやすさについては、元来、認知行動療法が得意とするところである。とくに、身体疾患患者の場合は自分の心の問題として捉えているというより、病気に関連した一連の問題として捉えていることが多く、精神的苦痛について整理して表現することが難しい。そのため、「イライラして妻に怒鳴ってしまう」や「治療の成功率が気になってインターネットを何度も検索してしまう」と言ったように、できる限り「行動」に置き換えて心の問題を整理することで、より自分に起きている心の問題を客観的に捉えることができるようになる。また、心理職にとっても限られた時間の中で、すべての情報を聴取することが非常に難しいため、行動に着目することで患者理解がスムーズになる可能性がある。とくに近年は入院の短期化によって1～2週間の間にできる限りの支援をする方略が求められている。こうした中で患者、家族、医療者にいま表出されている問題行動に着目して話を進めていくことができれば、アセスメントおよび患者との問題共有にかかる時間を短縮化することができる。

第2に、他職種との情報共有のしやすさは、身体疾患患者へのメンタルヘルスという文脈ではとくに重要である。一般的に心理臨床場面で「行動」に焦点を当てる意義として、目に見えない患者の心の問題を観察可能にし、患者本人や周囲がモニターできるようにすることと表現される（下山，2007；鈴木・神村，2005）。このように出現頻度を測定できる形で表現することで、ほかの医療スタッフと協働しながら同じ問題に取り組むことができるようになる点が最大のメリットである。とくに身体疾患患者の心の問題について心理職に依頼が入る場合には、主治医や看護師などの医療者が何らかの困難を抱えている場合が多い。「患者がナースコールを頻回に押してくる」「患者が治療を拒否する」などの行動に焦点を当てれば、心理職はほかの医療者と円滑に問題やその変化について、話し合っていくことができ、情報のズレを最小限にとどめることができる。

第3に、ほかの医療者が達成感を得られやすいという点も、「行動」に焦点を当てる際の利点の1つである。看護師などの患者と身近に関わる医療者は、メンタルケアに対して「これで良かったのだろうか」「患者に何

ができたのだろうか」と不安全感を抱えやすいことがわかっている (Wu, Singh-Carlson, Odell, Reynolds, & Su, 2016)。先述したとおり、一般的に認知行動療法では、いま表出されている問題に焦点を当てるため、その変化が目に見える形で現れる (下山, 2007; 鈴木・神村, 2005)。心理職とほかの医療者として協働的に関わっていく場合には、たとえそれが些細な変化であっても、自己効力感の向上につながる可能性がある。たとえば医療現場の中でよく使われる表現として、「病状を受容できていない」という言葉がある。そういった場合、心理職およびほかの医療者の介入によって実際に患者本人が病状を受容できるようになったのかを評価する手立てはない。しかしながら、これを「治療や病気の話になると、周囲の家族に怒鳴り声をあげる」や「治療の中断に関する話は聞かずに、痛みについての訴えを続ける」という「行動」と捉えてアセスメントしたら、怒鳴り声をあげる頻度や痛みについて訴える回数を評価し、その変化を捉えることができるのである。

一方で、その行動の引き金となる先行刺激 (ストレス因子) を早めに特定することも忘れてはいけない。先述したとおり、身体疾患患者における精神疾患のほとんどが、病状を通じた心理社会的問題が原因と考えられる。したがって、まずは最大限にストレス因子の除去 (環境調整) を行うことが、患者の精神的苦痛を和らげるうえでは最も効果的である可能性が高い。たとえば「痛み」が持続していることで、「いったいこ

の痛みはいつまで続くのだろうか」「もうこの病気は治らないに違いない」などと考えてつらさが増していく患者の場合、「痛み」に対する治療ができれば、当然ながら精神的苦痛は緩和されるからである。心理的アセスメントに重きを置くと、このような身体症状や治療に関する側面が無視されがちであるが、これは認知行動的アセスメントにおける「先行刺激」や「環境要因」として捉えるべきである。とくに、身体疾患患者はこのような身体・治療状況が変化するスピードが早く、精神症状もその影響を受けやすい。つまり、それだけ患者のストレス因子を客観的に評価できるように意識しておく必要がある。

身体疾患患者に対する行動的介入

個別介入としての認知行動療法

慢性身体疾患患者のうつ病に対する治療方針として、英国国立医療技術評価機構のガイドラインでは4段階のケアモデルが推奨されており、その中で認知行動療法の活用が期待されている (National Institute for Health and Care Excellence, 2009)。とくに近年は、第3世代の認知行動療法と呼ばれる「マインドフルネス認知療法」や「アクセプタンス & コミットメントセラピー (ACT)」の効果検証が盛んに行われている (Carlson et al., 2016; Low et al., 2016)。

しかし、どのような介入が真に効果的であるのか明

Figure 1. 終末期舌がん患者に対する行動コンサルテーションの全体像

確なエビデンスは得られていない。身体疾患患者では、「今後、病状や命はどうなるのだろう」といった漠然とした不安、「なぜ自分がこんな目にあうのだろう」といった怒りや悲しみ、が頻繁に生じる。精神疾患患者と少し異なる点としては、病氣自体が深刻で、必ずしも破局的な受け止め方に基づいた不安や悲しみではない場合もあることだ。このような場合には、認知再構成法やマインドフルネスなどの認知的技法を用いるよりも、行動的技法が役に立つこともある。たとえばがん患者の不安症状に対しては、まず生じている

問題の現実性を検討し、現実的な心配に対しては問題解決療法、非現実的な心配に対しては認知再構成法を行う、というアルゴリズムを推奨している研究者もいる（Greer, Park, Prigerson, & Safren, 2010）。つまり実際に病状が悪化している身体疾患患者に対し、「病気が悪くなっているかもしれない」という認知に焦点を当てるよりも、そうした考えが生じる時間を軽減するためにほかの楽しみや気分転換に取り組む時間を増やしていく方略が効果的であるのかもしれない。

Table 1 ターゲット行動および行動分析

先行刺激	ターゲット行動	結果刺激
・ イライラ（疼痛、嚥下困難） ・ 将来への不安 ・ 妻の発言（妻の不安やイライラ）	妻に怒鳴る	・ 一時的にイライラから解放される ・ 妻が黙ってご飯を作ってくれる
・ イライラ（疼痛、嚥下困難） ・ 将来への不安 ・ 医療者の説明不足／統一しない指示	医療者に怒鳴る／薬の使い方が間違えていないかを医療者にたびたび確認する	・ 一時的にイライラから解放される ・ 医療者が言うことを聞いてくれる ・ 将来への不安と向き合わなくて済む（身体症状の苦痛が、薬の飲み方・医療者のせいと解釈できる）

Table 2 介入ターゲットに対する臨床心理士の直接介入と間接介入

介入ターゲット	臨床心理士による 直接介入	看護師 Z を通した 間接介入	緩和ケア認定看護師を通した 間接介入
【ターゲット行動】 妻に怒鳴る	〈短期目標①代替行動の獲得〉 ・ 「妻に感謝の気持ちを伝える」「妻に気遣いを伝える」など「サポート確保行動」を強化する（day6～17）	〈短期目標①代替行動の獲得〉 ・ 「奥様が、気をつけて帰れよって言われたと喜んでましたよ。」などの声かけにより、臨床心理士と協働的に行動を強化する（day13～17）	
【先行刺激】 イライラや不安	〈短期目標②確立操作〉 ・ 相撲鑑賞などの「気晴らし行動」を強化する（day6） ・ イライラボールなどの「イライラ発散行動」を強化する（day13） ・ 妻と一緒に外来へ来てもらうなどの「サポート希求行動」を強化する（day41）	〈短期目標②確立操作〉 ・ 統一した説明を行う（day0～） ・ 「良いストレス対処法が見つかりそうですか？」などの声かけを日常的に行うことにより、臨床心理士と協働的に行動を強化する（day10～17） ・ 外来看護師への申し送りにより、介入が継続するよう働きかける（day17）	〈短期目標②確立操作〉 ・ 疼痛コントロールについて身体科医師／薬剤師とともに介入（day6～） ・ 嚥下困難・療養先選択の支援について、他職種に依頼
【先行刺激】 妻の発言（妻のイライラや不安）		〈確立操作〉 ・ 妻の辛さに対する傾聴的支援（day0～）	〈確立操作〉 ・ 妻にお見舞いの頻度を下げて休養するよう助言（day6） ・ A の感謝の気持ちを妻へ伝達（day10）

Table 3 介入ターゲットに対する介入内容と効果

介入 ターゲット	介入内容				効果					
	短期目標① 「妻に感謝」		短期目標② 「ストレス対処法の模索」		ストレス対処スキル			精神症状		
	直接介入	間接介入	直接介入	間接介入	サポート確保 (妻に感謝)	気晴らし (TV, 外出)	イライラ発散 (ボール)	イライラ	不安	向精神薬 処方
入院	第1回 (0日目)				×	×	×	●	×	×
	第2回 (6日目)	← CP →	← CP →		×	×	×	●	△	×
	第3回 (10日目)			← Z →	×	×	×	×	●	×
	第4回 (13日目)	← Z →			●	×	×	●	△	×
	第5回 (17日目)				●	△	×	△	×	×
外来	第6回 (34日目)		← CP →	← X →	●	●	×	●	●	×
	第7回 (41日目)				×	●	×	×	●	●
	1ヵ月後				●	●	×	×	×	×
	2ヵ月後				●	●	×	×	×	×
	3ヵ月後				●	●	×	×	×	×
	4ヵ月後				△	△	×	×	×	×
	5ヵ月後				●	●	×	×	×	×
	6ヵ月後									

●：2回以上の報告, △：1回の報告, ×：報告なし, CP：臨床心理士の介入, Z：看護師Zの介入, X：Zより申し送りされた外来看護師の介入

コンサルテーションとしての認知行動療法

身体疾患患者のメンタルケアを実践している病院臨床の現場には、緩和ケアチームやリエゾンチームなどの専門コンサルテーションチームが存在しており、多職種協働によるチーム医療を展開している。緩和ケアとは「がんをはじめとする身体疾患に伴う身体・精神・社会的苦痛の緩和を目的とした医療サービス」、精神科リエゾンとは「身体疾患に伴う様々な精神・心理的問題を医療の中で扱う医療サービス」と定義されるものである。いずれもこれらのサービスを提供する専門職の集団である。こうしたチームの一員として、主治医や病棟からの依頼を受けてコンサルテーション支援を行うことは心理職の重要な役割であると考えられている（鈴木, 2008）。つまり、今後はコンサルテーションという枠組みの中で、身体疾患患者の精神的苦痛の改善を目指すことが求められている。

そこで身体疾患患者に不安、抑うつ、怒りなどの精神的苦痛が生じた場合の介入方法の1つとして、行動に焦点を当てたコンサルテーションの枠組みで活かすことを考えてみたい。学校臨床の現場では、コンサルティ側のニーズに合わせた問題解決支援を具体的に進める手法として、「行動コンサルテーション」という考え方が提案されている（加藤・大石, 2004）。これは応用行動分析の考え方をもとに、対象児童の不適応行動に対して、教師や両親を介して実施する間接的支援である。病院臨床においても、主治医や病棟看護師などのコンサルティ側から発せられるニーズを「行動」を中心に整理し、間接的に介入していくことが効果的になるかもしれない。

症例

ここで、筆者らが実施した行動コンサルテーションの症例について簡潔に紹介する（市倉・松島, 2015）。前提として、介入を担当した心理職は緩和ケアチームに所属している臨床心理士であり、患者に関わる医療者は Figure 1 のとおりであった。本症例は、「痛みが辛い」「（治療の副作用で）食べたいのに食べられない」を主訴にしていた終末期の舌がん患者であった。とくに医療者に怒鳴ることについてコンサルティである病棟看護師が困難を感じていた。この症例については、まず心理職の中で「妻や医療者に怒鳴る」「薬の使い方が間違えていると医療者を批判する」という行動が頻繁であることを確認し、病棟の担当看護師とアセスメントを共有した（Table 1）。つぎに、心理職からの直接的支援と担当看護師を通じた間接的支援に分けて Table 2 のとおり介入方針を明確にするとともに、行動の先行刺激となっている「痛み」や「食事の困難さ」について他職種に介入を求めるよう働きかけた。さらに「すっきりする」や「痛いののは病状の悪化ではなく医療者のせいと考えることができる」などの問題行動

の機能を結果刺激と捉えて、担当看護師と共有し、気分転換や妻とのコミュニケーションを通して同じ結果が得られたときには、担当看護師から強化してもらえるように促した。なお、介入の全体像を Table 3 に示す。本症例を通して、病棟の担当看護師を介した行動コンサルテーションは患者本人の負担感を低減させるだけでなく、看護師の患者に対する関わりの自己効力感を増加させた。さらに、看護師は主体的に環境調整の方法を提案するようになり、スキルを高めるうえでも有効であったことが推察された。このことから、行動コンサルテーションは、精神的苦痛を抱える患者に対する医療者の関わり行動に影響を与え、間接的に患者の苦痛を低減できる可能性があると考えられる。

結 論

本稿を通して、身体疾患患者のメンタルケアとして認知行動療法の考え方を基盤とした行動コンサルテーションを実践する意義について考えてきた。その結果、行動コンサルテーションは医療者の自己効力感やスキルの向上を介して患者の精神的苦痛を低減すると考えられ、医療者と患者の双方のエンパワメントを促進する可能性が示唆された。本稿では症例や実践例を踏まえて論じてきたが、エビデンスの蓄積は乏しい。今後、身体疾患患者における行動コンサルテーションの分野に関する知見が蓄積され、現場で体系化されていくことが期待される。

利益相反自己申告：申告すべきものなし

引用文献

- Adewuya, A. O., Ola, B. A., Ajayi, O. E., Oyedele, A. O., Balogun, M. O., & Mosaku, S. K. (2006). Prevalence and correlates of major depressive disorder in Nigerian outpatients with heart failure. *Psychosomatics*, 47, 479–485.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- Bunz, M., Lenski, D., Wedegärtner, S., Ukena, C., Karbach, J., Böhm, M., & Kindermann, I. (2016). Heart-focused anxiety in patients with chronic heart failure before implantation of an implantable cardioverter defibrillator: Baseline findings of the Anxiety-CHF Study. *Clinical Research in Cardiology: Official Journal of the German Cardiac Society*, 105, 216–224.
- Carlson, L. E., Tamagawa, R., Stephen, J., Drysdale, E., Zhong, L., & Specia, M. (2016). Randomized-con-

- trolled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy among distressed breast cancer survivors (MINDSET): Long-term follow-up results. *Psycho-Oncology*. Advance online publication. doi: 10.1002/pon.4150
- Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1147–1156.
- Greer, J. A., Park, E. R., Prigerson, H. G., & Saffren, S. A. (2010). Tailoring cognitive-behavioral therapy to treat anxiety comorbid with advanced cancer. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24, 294–313.
- 市倉 加奈子・松島 英介 (2015). 終末期の舌がん患者においてストレス対処スキル獲得を目指した行動コンサルテーション ストレス科学研究, 30, 111–119.
- 加藤 哲文・大石 幸二 (2004). 特別支援教育を支える行動コンサルテーション——連携と協働を実現するためのシステムと技法—— 学苑社
- Laugharne, J., van der Watt, G., & Janca, A. (2009). It is too early for adjusting the adjustment disorder category. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 50–54.
- Low, J., Serfaty, M., Davis, S., Vickerstaff, V., Gola, A., Omar, R. Z., ... Jones, L. (2016). Acceptance and commitment therapy for adults with advanced cancer (CanACT): Study protocol for a feasibility randomised controlled trial. *Trials*. Advance online publication. doi: 10.1186/s13063-016-1169-8
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *Lancet (London, England)*, 370, 851–858.
- National Institute for Health and Care Excellence (2009). Depression in adults with chronic physical health problem: Recognition and management. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91/chapter/1-Guidance> (June 10, 2016.)
- 下山 晴彦 (2007). 認知行動療法——理論から実践的活用まで—— 金剛出版
- 鈴木 伸一 (2008). 医療心理学の新展開 北大路書房
- 鈴木 伸一・神村 栄一 (2005). 実践家のための認知行動療法テクニックガイド 北大路書房
- Walker, J., Hansen, C. H., Martin, P., Symeonides, S., Ramessur, R., Murray, G., & Sharpe, M. (2014). Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: A cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. *The Lancet Psychiatry*, 1, 343–350.
- Wu, S., Singh-Carlson, S., Odell, A., Reynolds, G., & Su, Y. (2016). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among oncology nurses in the United States and Canada. *Oncology Nursing Forum*, 43, E161–169.
- 淀川キリスト教病院ホスピス (2007). 緩和ケアマニュアル第5版 最新医学社
(2016.7.12 受稿, 2016.9.8 受理)