行動医学的介入により急速な軽快を示し

長期入院から家庭復帰し得た重症気管支喘息の一例

－喘息患者の心身医学的プライマリケアのありかたについて－

大 矢 幸 弘 松 田 健太郎

松 寄 くみ子¹⁾

富 川 盛 光¹⁾

柴 田 淳¹⁾

河 原 秀 俊¹⁾

坂 口 直 也¹⁾

勝 沼 俊 雄¹⁾

恩 田 威 文²⁾

飯 倉 洋 治³⁾

赤 澤 晃¹⁾

¹⁾ 国立小児病院アレルギー科, ²⁾ 国立小児病院二宮分院, ¹⁾ ³⁾ 昭和大学小児科

key word : 行動医学, 心身医学, プライマリケア, 気管支喘息, 医師－患者関係

要 旨

長期の入院生活を経験した重症気管支喘息児に対して心身相関の観点から総合的な対策を施すことにした。心理士によるカウンセリングを通常の治療と併行して行ったが、なかなか患児の症状の改善は得られなかった。そこで、心身医学的治療の原点に返って、医師が初歩的な行動医学的介入からやり直すこととし、医師・患者（の親）関係の改善と包括的医療の強化を図った。その結果、患者の不安度は急速に低下し、同時に発作も激減して遂に退院が可能となった。このことからわれわれは患者の心のケアを心理士に任せるだけでは心身医学的治療が成立しないことを学んだ。心のケアは心理士に、身体的ケアは医師が、という分業の姿勢ではなく、医師自らが心身医学的観点から治療に関わっていくことが必要であった。また親子関係の改善や、チーム医療への親の参加なども退院後の症状の安定に貢献したと思われる。形だけの医師、コメディカル、患者（の親）のチーム医療ではなく、三者が共に心身医学の担い手としての自覚をもって、緊密な協力関係のもとで一体となって治療に当たることが大切であると思われる。

はじめに

重症の思春期喘息患者は心理的社会的な不適応状態が発作の不十分なコントロールに結びついていることが多く^{1) 2)}、こうした方面にも配慮した心身医学的治療を行うと長期の緩解が得られる症例が少なくないといわれる^{1) 2) 3) 4)}。しかし心身医学的治療は医師や看護師が行う薬物療法や患者教育に加えて臨床心理士にカウンセリングなどの心理療法を依頼すれば成り立つと

いう単純なものではない。むしろ心理的なケアを心理士に任せて医師は生物学的治療のみに専念するという診療態度は心身医学的治療の障害になるといっても過言ではない。特に医師の心身医学的プライマリケアが充分でない場合はどんなに優秀な心理士に依頼しても、期待する治療効果を得ることは難しい。また長期施設入院療法を経験した患児が家庭に復帰する際には、発作への不安や家庭内の人間葛藤の顕在化から発作が再発し、やむなく再入院にいたることもある。こうした場合、薬物療法の見直しだけでなく、心理社会的な観点からの介入を強化することが求められる。今回、心身医療のプライマリケアの原点に立ち返ってチームワークを再構築し、医師による行動医学的介入をきっかけに気管支喘息の症状が安定し、長期に渉る入院生活から解放された症例を経験したので報告し、重症喘息児の心身医学的ケアのあり方について考察した

Abbreviations : BDP ; beclomethasone dipropionate, PFR ; peak flow rate, RAST ; radioallergosorbent test, RTC ; round the clock, STAI ; state trait anxiety Inventory, TEG ; tokyo university egogram

い。

症 例

12歳中学1年生男児。非アトピー型の喘息。

家族歴：両親は共にアレルギー性鼻炎、妹はアトピー性皮膚炎

養育歴：乳児期の発育、発達に関しては特に問題はなかったが、一流企業に勤務する父親は忙しくほとんど育児には関わらなかった。妹が生まれる数ヶ月前の1歳9ヶ月時に喘息の初回発作があり、以後発作の頻度は増加していった。妹が生まれた後も発作が頻発し頻回に入院したが母親は妹の世話のために患児の付き添いを充分にすることができなかった。やがて妹は一流私立小学校への入学を果たしたが患児は入院先の病院から養護学校へ通うという生活が続き、親が妹ばかりかわいがっていると思い、妹への嫉妬を抱くようになった。外泊による一時帰宅時などには妹へのいじめが目立った。父親は仕事でほとんど家にいない状態のためあまり子供の世話をしなかったが、厳しい性格で患児は父親を恐れ存在と感じている。

現病歴：1歳9ヶ月時に初回喘息発作、以後発作を繰り返して重症化し、某病院では約2年間に27回延べ380日の入院と2度の気管内挿管による呼吸管理を経験した。この間の治療は発作を止めることに主眼がおかれ、発作に対する予防的な措置や指導はなされなかった。次第に発作が慢性化してステロイド依存性となり、コントロール不良のため4歳時に当院に転院となった。約1年間の入院で内服ステロイド薬の減量を図ったが、離脱には尚時間を必要としたため、分院での長期施設入院療法を採ることになった。分院入院後4年目（小学校3年生）にステロイド内服剤からの離脱を達成したが、時々起こす発作は重いことが多く、イソプロテノール持続吸入やステロイド静注治療などを必要とすることもあり、症状の安定にはさらに時間を必要とした。このように不安定な状態が続いたせい、病棟での他児とのトラブルや両親、特に父親からの病棟スタッフへの苦情なども多かった。しかし約6年半にわたる長期施設入院療法で次第に喘息の症状は落ち着き、中学校は地元校への進学を希望したことなどを考慮して小学校6年生の12月末に分院を退院した。しかしその1ヶ月後インフルエンザ感染を契機に発作を起こし、本院当科に再度入院となった。

入院時検査：IgE6.1U/ml、RASTスコアはすべて陰

性、好酸球16.1%、呼吸機能検査：FVC = 1.08l (36.3%) l、%V50:30.7%、%V25:32.7%、PFR:195 (63.2%) l/min.、1週間後のメサコリン負荷試験ではDmin. = 0.012mg、SGrs / Grs cont = 0.494と極めて高い気道過敏性の亢進状態が認められた。

入院後経過（行動医学的介入前）：イソプロテノールの持続吸入を24時間施行し、ネオフィリン持続点滴を9日間施行した。以降ステロイド吸入（当初BDP 1000 μ g / day、症状に応じて漸減）と経口テオフィリン徐放製剤によるRound The Clock (RTC) (600mg / day)を併用し薬物療法の核とした。発作消失後2週間程経た2月の中旬から自宅への外泊を何度か試みたがそのたびに発作が起こった。あまりにも病院にいるときと差があることから気管支拡張剤抜きの輸液を行って見たところ、これだけで発作が消失することから心因性の発作を疑い、臨床心理士にケアを依頼した。そして学校の担任とも連絡をとるなど総合的な対策をたてた。また家庭環境のチェックも必要と考え、主治医から家庭訪問の必要性を話したが、父親の同意が得られず実行できなかった。通学は病院から地元の小学校へ親が送り迎えをするという形をとり、3月末やや症状が落ち着きをみせたので小学校卒業を期にいったん退院させた。しかし再び発作のコントロールができなくなり、2週間後の4月中旬に再入院となった。前回の入院中から心理士のカウンセリングは1～2週に1回の頻度で本人及び母親に対して継続され、内容は登校に対する不安や運動鍛錬（患児はボクシングを希望）に関する親子の意見調節などを中心に行われていた。そして医師の治療方針が分院と違うのでとまどっているという母親からのコメントが4月の再入院後に心理士に語られた。治療の基本方針は分院と同じであったが、コントロールが不良のため投薬の増加や施設入院療法への逆戻りの可能性を示唆されたことを治療方針の違いと受け取ったようであった。そこで再入院をきっかけに、診療体制の強化と治療方針を見直すことになった。即ち、主治医にもう1名の医師を加えて複数の医師でインフォームドコンセントを取り直し、医師自ら行動医学的介入を行うことにした。

治療経過（行動医学的介入後）：苦情の多い父親へのインフォームドコンセントが欠かせぬと考え、両親に病院に来てもらい医師2名で面接をおこなった。父親からもたらされた情報としては、患児は物心がついてから今まで長期に自宅で暮らした経験がなく、病院から離れることに対する不安が強い。また主治医からス

図1. 医療チームのパートナーシップ構造の変化

テロイド内服剤の再開または長期施設入院療法への逆戻りの可能性があることを話され、家族も不安が強くなった。このように不安が強くなり、心理的な因子が喘息発作に悪影響を及ぼしていることはわかるが、どのように対処したらよいのかわからない。長年勉強してきたので家庭での環境整備はきちんとしているつもりであることなどが語られた。こうした話のやり取りの中で、この家族のヒエラルヒー構造からは父親への働きかけが重要な意味をもつと考えられた。我々の行った対応は父親への変化を求めるものではなく、むしろ彼が理想的なエゴグラム構造を有する立派な父親であり（表1）、患児の成長目標になることを家族全員（患児も含む）の前で話し、家族が父親を中心に団結して治療への積極的な努力をすることの重要性を説いた。それは患児の治療には家族全員の協力と支援が必要であることを強調したもので、両親には医療ネットワークのパートナーシップに加わることを意識させた（図1）。この面接で今まで拒否していた家庭訪問について同意が得られ、約1週間後の5月中旬に医師2名、病棟看護婦2名、心理士1名にて家庭訪問を行うことができた。結果は、環境整備状況を中心に調査を行ったが概ね良好であった。この訪問の際、母親はそれま

での医療上の疑問が解決したことを同行した心理士に告げている。2名の医師による面接から家庭訪問までの1週間のあいだに家族の医師に対する信頼関係が回復したことが窺える。5月下旬に中学入学後最初の間試験があり、前日から発作を起こしたが、不安と発作の学習強化を断つため、試験当日はプレドニンを内服させて通学させた。翌日から発作は消失した。試験終了後に家族全員を病院に呼んで2度目の面接を行った。この時はマインドフルネス瞑想法を簡略化したリラクゼーション法⁶⁾を教授し、家族で毎日続けるように指導した。また患児と妹への愛情のバランスに気をつける必要性を話し希望すればいつでも心理士が相談に乗れる体制に変わりが無いことも伝えた。この後患児の状態不安を示すSTAI(State-Trait Anxiety Inventory)スコアは急激な低下を示し（表1）、外泊制度を利用して自宅から中学校に通わせたが症状は安定していた。期末試験は特にステロイド内服を必要とせず、通常治療にて無事乗り越えることができ、夏休み直前の7月中旬に正式退院した。退院直前の心理性格検査は図2と表1に示した如くより望ましい方向への成長が認められた。その後の経過は極めて良好で入院を必要とするような発作もなく、別人のように軽症化した。

パーセンタイル

図2. 介入前後のエゴグラム (TEG) の変化

表1. 心理性格検査

	4月30日 (介入前)					7月20日 (介入後)				
エゴグラム(TEG) (素点)	CP	NP	A	FC	AC	CP	NP	A	FC	AC
患児	8	5	6	7	8	8	12	12	13	12
母親	7	16	11	8	8	6	18	13	10	7
父親	9	18	19	14	6	8	19	20	13	8
Y-G性格検査	E型 (情緒不安定、やや内向タイプ) 感情の浮き沈みや思いこみが激しい。					E'型 (情緒不安定、平均タイプ) 劣等感、神経質、主観的、非協調的傾向が弱まっている。				

STAI	4月22日 (介入前)	6月2日 (介入後)	7月1日 (介入後)
特性不安	52	49	46
状態不安	53	35	22

CP: Critical Parent、NP: Nurturing Parent、A: Adult、FC: Free Child、AC: Adapted Child

中学の体育の授業やその他の行事も普通児と同様にこなして中学2年に進学している。

考 察

この症例の発症には妹の誕生が重なっており、さらにその後の長い入院生活とで余儀なくされた親との情緒的な交流の不足が難治喘息化の心理的要因として重要であると思われる^{1) 2)}。また重症化の生物学的要因としては発症初期の対策が発作時の対症療法のみで終始し、予防的な対策が講じられなかったことが影響していると思われる。4歳時当科への転院後病状の進行は止まったがその後12歳に至るまで病院での長期療養生活を必要とし、本人も家族も病気の予後に対する不安は払拭できていなかった。

親の愛情をめぐる妹との葛藤や長期入院で満たされなかった親との情緒的交流、発作から来る不安、そして治療方針への疑問と予後への不安を持つ親元での外泊生活、このような状況で患児が心因性の喘息発作を克服できないのはむしろ当然と言うべきであろう。この場合の心理対策は、まず医師みずからが心身相関を理解して患者と家族の全幅の信頼を勝ち取り、医療に関する彼らの不安を取り除くことが真っ先になされるべきである（吾郷の第1段階^{1) 2) 5)}）。プライドが高く疑い深い養育者へのインフォームドコンセントは多くの場合大変であるが、養育者に彼ら自身が患児の医療にとって大切なパートナーであることを自覚させ、養育者の立場を医療の受け手側から施し手側へと変化させる必要がある。また家族のヒエラルヒーを考慮して最初に誰に話しかけるかは重要な意味を持つと言われているが⁷⁾、このケースでは父親であることがすぐにわかり、最初の面接でラポールをとることに成功した。医師の患者（養育者）への姿勢としては、平行関係よりも指示的態度のほうが患者（養育者）の満足度が高いとも言われており⁸⁾、父親の社会的地位の高さや年齢差などに気後れして自信ある態度で面接に望めなかった場合は、信頼関係を築くことは難しくなろう。両親への面接で気をつけたことは決して親の対応が悪いために患児の心理的負担が増えて病状が安定しないというニュアンスのメッセージを伝えないようにしたことである。むしろ親に自信をもたせ、治療に前向きの姿勢を引き出すよう気を配った。それは医師への信頼感と自己効力感の高まりがあって初めて子供との問題や自分の課題に取り組もうという意欲が出ると考えた

からである。さらに患児のみでなく家族全員にリラゼーショントレーニングを施したのは、単純に彼らの不安レベルを下げるという意図に加えて、家族の協力体制を築くことで患児の安心感が増すことを狙ったためである。加えてヨーガの瞑想呼吸法による喘息治療効果⁹⁾も期待の範疇にあった。

こうした行動医学的介入は吾郷らの喘息の心身医学的治療の第2もしくは第3段階までにとどまっていると思われるが（全部で5段階あり、第1段階は治療的な信頼関係の確立、第2段階は寛ぎ、症状の軽快、消失の体験、第3段階は心身相関の理解の促進⁵⁾）それでも10年に及んだ長期入院重症喘息患者の家庭復帰に成功を収めた。このことは心身医学的プライマリケアとしての「医師-患者（養育者）間の信頼関係やパートナーシップの確立」と医師による簡単な心理社会的介入が如何に重要であるかを物語っている。

本症例は分院という長期入院施設と復帰すべき家庭との間に当院のような通常の入院機能をもった病院が介在したため、我々は第一段階のラポールの形成から取り組む必要があった。しかし長期入院施設の場合は主治医と患者（養育者）との信頼関係が既に樹立されていることが多いので、退院による家庭復帰の際にはParentostomy¹⁰⁾（両親接合）など家族に対する心理社会的介入の成否が重要なポイントになるであろう。

今日コメディカルスタッフとのチームワークによるComprehensive careの重要性が叫ばれているが^{11) 12)}、初歩的な心身医学的プライマリケアが医師によって実行されなくてはコメディカルの力を引き出して本当のComprehensive careを実現することは不可能ではないだろうか。特に本症例のように喘息症状に関連した不安が強い患者の場合、医師や家族に対する信頼の確立が最も重要な心理療法となる。心理士による通常のカウンセリングが喘息の改善に繋がらなかったのは、それが直接医師への信頼感の向上に結びつくものではないために、家族との協力関係の強化や患児の不安を下げるが出来なかったためではないだろうか。それに対して医師による行動医学的介入が効を奏したのは、その行為自体が患者と家族の医師への信頼感を高めたこと、家族全員への介入によって家族の目が出来のよい妹から患児へと向いたことが本人に伝わり、患児に家族への安心感が生まれたことなどが貢献していると思われる。ただ心理士を通じて親の気持ちが医師に伝わった効用は大きく、改めてコメディカルとのチームワークを形成することの大切さを再認識すること

になった。いずれにしても、患者の心のケアを心理士に任せっぱなしにするのではなく、医師自らが心身医学的治療の責任者として患者や家族に接することが、医療の原点であり、Comprehensive careが成立するための基礎条件でもあろう。

文 献

- 1) 十川博：心身医学的にみた思春期喘息の問題点と解決法. 心身症 32, 212, 1992.
- 2) 十川博：呼吸器アレルギー系の心身症. 心身医学標準テキスト 医学書院, 140-152, 1996.
- 3) 白崎和也, 赤坂徹, 前田和一, 根津進：心身医学的アプローチが有効であった思春期喘息の一例. 呼吸器心身症研究会誌 5, 21-24, 1989.
- 4) 豊島協 一郎：ライフサイクルからみた気管支喘息－小児喘息から成人喘息への移行－ 呼吸器心身医学 13, 73-75, 1996.
- 5) 吾郷晋浩：心身医学的治療の手順. 心身医学標準テキスト 医学書院, 21-26, 1996.
- 6) Olivia Ames Hoblitzelle, Herbert Benson : Eliciting the Relaxation Response. The Wellness Book. 45-65, 1992.
- 7) 生田かおる：ストラタジック（ヘイリー・マダネス）モデル. ブリーフセラピー入門 金剛出版 p59-71, 1994.
- 8) Savage, R. Armstrong, D. : Effect of a general practitioner's consulting style on patients' satisfaction : a control study. BMJ 301, 968-970, 1990.
- 9) Goyeche, J. R., Ago, Y., Ikemi, Y. : Asthma : the yoga perspective. Part II : Yoga therapy in the treatment of asthma. J Asthma. 19 (3), 189-201, 1982.
- 10) 岡崎禮治：小児気管支喘息の施設療法. 呼吸器心身医学 11, 169-171, 1994.
- 11) 飯倉洋治：アレルギートライアングル. アレルギーの領域 3, 1521-1524, 1996.
- 12) 大矢幸弘, 赤澤晃, 飯倉洋治：行動医学からみた医療従事者と患者. アレルギーの領域 3, 1526-1529, 1996.

BEHAVIORAL INTERVENTION BROUGHT RAPID IMPROVEMENT TO
A SEVERE ASTHMATIC PATIENT WHO EXPERIENCED LONG – TERM HOSPITALIZATION
– ABOUT THE PSYCHOSOMATIC PRIMARY CARE FOR ASTHMA –

Yukihiro Ohya¹⁾, Kentaro Matsuda¹⁾

Kumiko Matsuzaki¹⁾, Morimitsu Tomikawa¹⁾, Shibata Jun¹⁾

Hidetoshi Kawahara¹⁾, Naoya Sakaguchi¹⁾, Toshio Katsunuma¹⁾

Hirohumi Onda²⁾, Yoji Iikura³⁾, Akira Akasawa¹⁾

¹⁾ *Department of Allergy, National Children' s Hospital*

²⁾ *Ninomiya Branch, National Children' s Hospital*

³⁾ *Department of Pediatrics, Showa University School of Medicine*

A comprehensive management from a psychosomatic point of view was carried out for a 12-year-old severe asthmatic patient who had experienced long-term hospitalization. Our conventional therapy could not bring him improvement for the first couple of months, although psychological care was given during this time by a psychologist. Then we rebuilt our strategy and introduced primary intervention of behavioral medicine with a initiative taken by physicians. As a result, we could establish a better patient (parents) -physician relationship and reinforced the comprehensive management. This intervention got a remarkable success in decreasing both the patient's anxiety and frequency of asthma attack, and eventually he was released from his long-term hospitalization.

We realized that psychosomatic therapy functions quite effectively when physicians themselves take part in the psychosomatic care, compared with when physicians put focus only on physical aspects of a patient by letting psychologists alone take care of his psychological aspect. Improvement of parents-patient relationship and parental cooperation with the therapeutic team seems to contribute to stabilizing his symptom after discharge. Formal cooperative system among physicians, co-medical staffs and patients (parents) was not enough to realize effective comprehensive management. We should keep on our mind that it is necessary for the triad to establish close cooperation with one another as joint therapists of psychosomatic medicine.

(Accepted : October 30, 1997)