

## 4 動機づけ面接/行動変容

玉井友里子

### 行動変容を促す基本的なコミュニケーション

難しく感じる患者ほど、基本が大事です。それにはBerlinとFowkesが提唱したLEARNのアプローチ(表1)<sup>1)</sup>がわかりやすいです。まず相手の枠組みを知ることから始めることで、医療者からの(しばしば的外れな)一方的なコミュニケーションを避けることができます。

表1 LEARNのアプローチ

文献1より引用

(1) Listen (傾聴)	相手の考えや希望を聞きましょう
(2) Explain (説明)	あなたの解釈をわかりやすく話しましょう
(3) Acknowledge (相違の明確化)	お互いの違いや共通点を話し合しましょう
(4) Recommend (提案)	お互いに一番いいと思うプランを提案しましょう
(5) Negotiate (交渉)	どうすれば実行できるか相談しましょう

CASE-1を例にして考えてみましょう。

#### CASE-1

65歳女性。専業主婦。糖尿病内服治療中。  
この1年で体重が3kg増加しており、徐々にHbA1cが上昇している。医師としては体重増加が糖尿病の悪化に影

響していると思うので、食事内容を見直してはどうかと思っているが……。

#### Listen (傾聴)

Listen with sympathy and understanding to the patient's perception of the problem.

患者のストライクゾーンを見きわめてから行う説明はとても効果的です。まずは患者が自分のことや問題についてどう思って、どうしたいのかしっかり耳を傾けましょう。

例:

医師「最近糖尿病が悪化していて心配なのですが、どう思われていますか？」

患者「体重が増えているので、そのせいかと思います。1年前から息子家族と同居し始めたので、脂っこいものが増えたり、たくさん作りすぎてしまったりします」

---

## Explain (説明)

---

Explain your perceptions of the problem.

相手のストライクゾーンがわかったら、医師の意見を医学的観点からわかりやすい言葉で説明します。

例：

医師「なるほど、息子さん家族の分もつくり始めたせいだと思っているんですね。私としては食事内容を見直せると糖尿病もよくなるのでは……と思うのですが、どうですか？」

患者「息子や孫にはたくさん食べてほしいから、それは難しいですね。家族がいると大変なんですよ」

---

## Acknowledge (相違の明確化)

---

Acknowledge and discuss the differences and similarities.

相手の考えと医学的観点の間での違いや共通点を明らかにし、そこから生まれる疑問や問題を話し合しましょう。共通基盤に立つことが重要です。

例：

医師「食事が原因と思っているけど、家族のことを考えると食事を変えるのはなかなか難しいんですね」

患者「そうですね。私より息子家族のことがどうしても優先になります」

---

## Recommend (提案)

---

Recommend treatment.

今までの会話をふまえ、最も良いと考えられる方法を提案します。医学的に一番良い方法でなくても、相手の枠組みに合わせることを忘れないようにしましょう。

例：

医師「そうですね。食事についてはどうしてもご家族が優先になるんですね。では運動はどうでしょうか？ 以前は旦那さんとよく歩いていらっしゃいましたよね」

患者「そうですね！ 夫が亡くなってから歩かなくなってしまって。最近息子も太ってきたのを気にしているから、一緒に歩いてみようかしら」

---

## Negotiate (交渉)

---

Negotiate agreement.

実行可能な目標について話し合います。大きな変化でなくても、目の前の小さな一歩を踏み出せることが大切です。

# 3 家族療法

山田宇以

## 家族療法とシステム理論

家族療法は、BPSモデルと同じシステム理論を基本としています。直線的な原因-結果論より円環的な考えを重視します<sup>M-1</sup>。

### MEMO-1

【原因-結果論】例：「子どもがぐずぐずする（原因）」から「親がそれを見てイライラする（結果）」と判断。  
【円環的な考え】例：「親がイライラする」から「子どもがそれを見てぐずぐずする」という逆視点も交え原因と結果は相互作用と認識。

心理的問題を抑圧・否認しがちな心身症患者では、心理面に直接介入することは難しいことが少なくありません。症状の原因検索と除去に固執するより、家族というシステム（主に関係性・交流パターン）に働きかけ、改善を図る家族療法は心身症への介入に適しています。また医療現場では治療方針決定などに家族の関与は大きく、特に家庭医療では家族システムを意識した“家族志向ケア”が注目されています。家族という身近で比較的アクセスしやすいシステムは様々な臨床場面での介入におけるレバレッジポイントになります<sup>M-2</sup>。

### MEMO-2

古典的家族療法では家族関係のひずみ（心理的要因）＝すべての病気の原因としていました。病気は生物学的に起こりますが、病気を悪化・治療を複雑にする家族の反応と相互作用に介入するというMedical Family Therapyのコンセプトが医療現場の主流になっています。また問題を解決しないよう指示する逆説的指示など挑発的な介入法が日本のテキストには残っていますが、欧米では訴訟等で使われなくなっています。

## 家族と家族ライフサイクル

家族には表1のような特徴がみられます。家族では各メンバーが自然に役割を分担し、お決まりの交流パターンをとるようになります。

外部からの刺激で動揺しても人体システムと同様に、家族システムも安定を保つ力（家族ホメオスターシス）が働き安定します。しかし安定した家族システムもメンバーの増減、子どもの成長などにより変化、再適応を迫られます。この変化・成長の過程を家族ライフサイクルと

呼びます(表2)<sup>1)</sup>。身体的な移行期の更年期などに病気が起こりやすいように、家族ホメオスターシスが変化するライフサイクルの移行期には心身症が増加します。新しい家族の発達段階での交流パターンなどを家族全体で受容できるのが健全と言えます。

表1 家族のシステムとしての特徴

家族全体でホメオスターシス(恒常性)を保っている
<ul style="list-style-type: none"> <li>相補的な関係・役割(例:働きすぎと働かない,逃げると追うなど)をとる</li> <li>お互いが影響し,1人の変化は他に影響する →誰か1人が変われば他のメンバーも変わる(さざ波効果)</li> </ul>
常にコミュニケーション(情報交換)している
<ul style="list-style-type: none"> <li>感情も伝播する。癒合(心理的に未分化な密着関係)などがしばしば問題に</li> <li>しゃべらなくても意思疎通できるが伝達ミスも多い →言語的コミュニケーションを促進すると関係性が変化していく</li> </ul>
境界,ルール,パターンなどがあるがあいまい,明文化されていない
<ul style="list-style-type: none"> <li>境界(家族の範囲),役割(家族での機能),関係性(交流パターン),ルール(伝統・門限など),パワー(発言権,主導権,他のメンバーへの影響力)</li> </ul>
家族の誰かの成長・病気などの内外のイベント・刺激で変化
<ul style="list-style-type: none"> <li>家族ライフサイクルの移行期に負荷がかかり病気・問題行動が起こりやすい</li> <li>自己の分化度が低い(癒合など自他の境界があいまいになり,お互いの感情や考えが強く影響し合い,同時に動揺する状態)メンバーに症状が出やすい</li> </ul>

表2 家族ライフサイクル

文献1より改変

家族ライフサイクル	心理的な移行過程	発達に必須の家族システム変化
若年成人 親から独立	心理的,経済的な自己責任を受容	<ul style="list-style-type: none"> <li>自己と原家族の分化</li> <li>親密な仲間関係の発展</li> <li>職業的・経済的独立</li> </ul>
結婚 両家族のジョイニング	新しいシステムへのコミットメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>夫婦システムの形成</li> <li>原家族と友人の関係を再編成</li> </ul>
乳幼児・小児期	家族システムへの新しいメンバーの受容	<ul style="list-style-type: none"> <li>子どもを含めるように,夫婦システムの変化</li> <li>子育て,家計の問題に取り組む</li> <li>父母役割,祖父母役割も含めて原家族との関係の再編成</li> </ul>
青年期	子どもの独立促進 家族の境界の柔軟化	<ul style="list-style-type: none"> <li>青年が家族システムを出入りできるように親子関係を変化</li> <li>中年の夫婦関係,職業での達成に再Focus</li> <li>老後への関心</li> </ul>
子どもの独立	家族システムからの出入り増大を受容	<ul style="list-style-type: none"> <li>二者関係としての夫婦関係の再調整(再契約)</li> <li>親子関係を成人同士の関係に発展</li> <li>配偶者の親・兄弟・孫を含めた関係の再編成</li> <li>父母(祖父母)の老化や死に対応</li> </ul>
老年期の家族	世代的な役割変化の受容	<ul style="list-style-type: none"> <li>自己および夫婦機能の維持</li> <li>生理的老化に合わせ新しい家族的社会的役割の選択</li> <li>中年世代が中心的に役割を果たせるよう支援</li> <li>若い世代を経験・知恵で支援(過剰に介入しない)</li> <li>配偶者,同胞,友人の死に直面し,自分の死の準備</li> <li>life reviewによる人生の統合</li> </ul>

## 5 救急診療と心身症

遠井敬大

心身症とは、日本心身医学会が提唱した定義では、「身体疾患の中で、その発症や経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害が認められる病態を言う。ただし、神経症やうつ病など、他の精神障害に伴う身体症状は除外する」とされています<sup>1)</sup>。つまり心身症は「身体疾患」であって「精神疾患」ではない部分が重要です。この点は、私も今回の執筆の機会を頂いて気がついたところですが、「心身症は精神疾患」と誤解している人もいるのではないのでしょうか。まずはこの点を押さえた上で話を進めていきましょう。

救急診療に従事していると、「特に検査の異常はないので、また何かあれば近医を受診してもらおう」と記載されているカルテをよく見かけます。このような経験は皆さんも何度かあるのではないのでしょうか。また、時に、「不定愁訴」と記載され、「有事再診」という一言が何度も繰り返されている患者を診ることもあります。救急診療の現場は心身症の患者が繰り返し訪れる可能性がある場のため、その対応の仕方によっては、不用意な受診を繰り返させてしまう可能性もあります。実際にどのようなアプローチで進めていけばよいのか考えてみましょう。

### 救急診療という場

救急診療と言っても様々な場面が想定されますが、想像しやすい場面としては心肺停止の患者や意識障害の患者が救急車で受診してくるいわゆる三次救急と言われる場面でしょう。このような場面での患者の状態は、明らかに器質的な疾患が原因で生じた重篤で緊急性を要する病態が原因のことが多く、心身症と診断される機会は少ないです。

一方で、全身状態やバイタルは安定しているが、頭痛や胸痛・腹痛などを繰り返すような場合は心身症が隠れている場合があります。過去のカルテに同様の症状で受診しているような場合は、緊急性の高い疾患を想起しながら、心身症の可能性も頭の片隅にとどめて診療を進めるのが重要です。繰り返しとなりますが、心身症は体に症状が現れる身体疾患で、精神症状のみの場合は心身症とは診断されません。またポイントとしては、その症状の発症や悪化にストレスや環境因子など心理社会的要因が関係していることです。この辺りを理解していないと「検査的には異常を認めないので帰宅」という状況を繰り返し、救急診療の常連患者となってしまう可能性もあります。それではこのような患者に対して、どのようにア

アプローチしたらよいのでしょうか。

そこで、筆者が考えるキーワードは、BPSモデルであり、その臨床技法である患者中心の医療の方法 (patient-centred clinical method:PCCM) と、ACSC (ambulatory care sensitive conditions) という概念と、そこに関与する健康の社会的決定要因 (SDH) です。

## BPS モデルと救急診療

救急診療の場で大切なのは、もちろん「緊急性の高い疾患を除外する」ことにあります。平日のみならず、夜間や休日での救急診療は、少ないスタッフの中で多くの患者を診なくてはならないことが多いです。この場合どうしてもBiomedical (医学的) な部分に注目せざるをえなくなるのは当然で、緊急性の高い疾患を除外したあとに帰宅となる場合が多いです。そこで1歩進んで考えてみましょう。その「医学的に問題ない」と判断された患者はその後どうなるのでしょうか。

CASEのような場合<sup>M-1</sup>、どうしたらよいのでしょうか。

### CASE

75歳男性。呼吸苦・背部痛での救急要請。来院時バイタル問題認めず、診察上も異常なし。採血・胸部CT撮影したが異常所見なし。緊急性を認めないとのことで帰

宅を促したが、「調子が悪くて帰れない」と帰宅を拒否。朝までベッドで休んでいたが、その後帰宅。数日後、同様症状で再度救急要請。

### MEMO-1

前述の通り、救急診療の現場では、「検査上は異常がない」ことを基準に、そのまま帰宅となるケースは多いです。それは救急という現場が基本的には継続性が必要とはされづらい場であり、その場が問題なければよいと思われがちなところがあるのではないのでしょうか。

CASEは、振り返るとここ半年のあいだ毎週のように救急搬送されていた経緯がありました。そのたびに一通り型通りの検査がされ、帰宅になることを繰り返していたのです。

改めてこの患者の話をよく聞き、Bio-Psycho-Socialそれぞれについてまとめてみたところ<sup>図1</sup>のような状況が発覚しました。今まではBiomedicalの中でも特に呼吸苦の部分に注目して、入院が必要な疾患がなければ帰宅するという状況を繰り返していました。しかし、この患者は自宅に帰宅するとライフラインのお金が払えないため、路上で生活するようになり、通院も不安定のため内服コンプライアンスも悪く、少しでも調子が悪いと、道を歩いている人に声をかけて救急車を要請するということを繰り返していました。つまり、Biomedicalの部分に注目し、一時的な検査で問題ないことを確認した後帰宅させることを繰り返すだけでは、この患者にとっての本来の悩みである「生活困難な部分の改善」につながっていませんでした。



## 2 頭痛

### —— 総合診療医の視点

富田詩織

### —— 心療内科医の視点

都田 淳

#### CASE：頭痛で来院した 23 歳女性

【受診に至る背景】X年3月に大学を卒業し、4月より現在の職場で新入社員として働き始めた。働き始めて数カ月すると起床時の頭痛のため朝起き上がることができず、職場に頻繁に遅刻するようになった。頻回な遅刻を心配した職場の産業医に勧められ、X年9月に当院を受診した。

【主訴】頭痛

【現病歴】来院の数カ月前から朝起きると頭全体が締め

つけられるような頭痛がするようになり、職場にしばしば遅刻するようになった。無理して出勤しようとする、駅でめまいやさらにひどい頭痛が起こってしまい、電車に乗るのもつらい状態になってしまうため無理ができない。起きてすぐに鎮痛薬を飲んでみるがあまり効果がなく、うとうとしていると出勤時間を大幅に過ぎてしまっている。昼になってくると頭痛は落ち着いてくるため、出勤することができる。

### 診察の手順（その1）～病歴聴取で何を聞か

頭痛は非常にコモンな疾患ですが、客観的に頭痛の程度をとらえることができないため、病歴聴取が鑑別に重要になります。頭痛の部位、性状、発症の仕方、随伴症状、持続時間、増悪寛解因子は必ず確認します。二次性の頭痛は見逃してはならないため、人生最大の頭痛、突発的な頭痛、神経症状などレッドフラッグがないかについては注意します<sup>1)</sup>。

一方で、本CASEのような23歳の女性の慢性頭痛というキーワードからは頻度的には一次性頭痛、特に緊張型頭痛や片頭痛が上位の鑑別に挙がってきます。緊張型頭痛は緩徐に始まり、持続的に締めつけられるような痛みです。肩こりを伴うことも多いため、「パソコンを多く使う仕事か」「スマートフォンの使いすぎはないか」などのエピソードも聞いてみましょう。片頭痛の場合はPOUND(表1)<sup>2)</sup>で表現される病歴は確認したいところです。また、片頭痛では月経が誘発になることが多いため、月経周期との関連も確認します。ただし、片頭痛患者の80%以上が緊張型頭痛の要素もあると言われるため<sup>3)</sup>、両者の見きわめが困難なこともあります。慢性頭痛の場合には患者が頭痛の詳細を覚えていないことも多かったり、頭痛薬の乱用による頭痛も頻繁にみられることから、頭痛ダイアリーなどを活用することも1つの方法です。

表1 POUND

文献2より作成

Pulsatile	拍動性
Onset for 4～72hours	持続時間
Unilateral	片側性
Nausea / vomiting	嘔気/嘔吐
Disabling intensity	日常生活への支障

### 心療内科医の視点

初診時の病歴聴取では通常の内科的な問診に加えて、後々に役立つかもしれない心理社会的背景についての手がかりを残しておくといと思います。たとえば家族歴を尋ねる際に家族構成も確認しておく、簡単な職歴や勤務形態についても聞いてみる、などです。

## 診察の手順(その2)～身体診察の進め方

頻度の高い緊張型頭痛や片頭痛では、多くがあまり特徴的な身体所見はみられません。しかし緊急度、重症度ともに高い二次性頭痛鑑別のためにもきちんと身体診察は行う必要があります<sup>4)</sup>。代表的な身体診察を図1に示します。

図1 代表的な身体診察

バイタルサイン	体温 → 発熱：炎症性疾患 血圧 → 高血圧：頭蓋内圧亢進 脈拍 → 高血圧＋徐脈：クッシング徴候
頭部診察	頭痛、顔面の感覚過敏の有無 → 三叉神経痛や後頭神経痛 三叉神経や大後頭神経のトリガーポイントにも注意 比較的高齢者において側頭部の圧痛、拍動の減弱 → 巨細胞性動脈炎 副鼻腔叩打痛 → 副鼻腔炎 皮疹の有無 → 帯状疱疹(時間が経ってから皮疹が出てくる場合も) その他、項部硬直や視力低下の有無、眼球結膜充血も大切
神経診察	一般的な脳神経学的所見、麻痺、筋力低下、腱反射の確認は必ず行う 可能であれば眼底検査：うっ血乳頭がある場合には脳腫瘍や慢性硬膜下血腫が鑑別となる

### 心療内科医の視点

身体診察の際には「髪は整容されているか」「服装やアクセサリーは年齢相応か」「化粧やネイルはTPOに応じたものか」など気を配り、生活状況やパーソナリティが垣間見える所見はカルテにメモしておくといでしょう。

## 診察の手順(その3)～心身症？ 決め手はあるか？

前述の身体診察で大きな異常がみられず、頭痛の性状が一次性頭痛、特に緊張型頭痛の場合には、パソコン作業などの身体的ストレスと同時に精神的ストレスが関与している場合も多く、心身症の可能性も考慮に入れる必要が出てきます。

頭痛は心身症として代表的な症状です。まずは、頭痛ダイアリーなども活用しながら、どのようなときに頭痛が生じるのか、悪化するタイミングはいつなのか、薬剤治療の効果があ