

デイケアへの認知行動療法の応用

井上 和臣* 竹本 千彰** 桐山 知彦**

抄録：精神科デイケアは全人間的復権を目的とするリハビリテーション（以下、リハ）の一形態である。働くことは、業務、通勤、コミュニケーション、ADL、社会生活技能などの活動と関連する。活動制限の緩和には多職種チームによる心理社会的療法が不可欠である。認知行動療法は目標指向的なリハ医学としての特徴をもつ。気分障害で休職中の人を対象に職場復帰と就労維持を目的として入院治療やリワークデイケアを提供する医療機関がある。プログラムの多くが認知行動療法を基礎とする。認知療法の7つのステップに則った集団認知行動療法の例を提示した。気分障害の認知機能障害に対する認知リハは認知行動療法への円滑な導入に有用であろう。認知行動療法をデイケアで提供するときのキーワードは認知行動的治療環境である。認知リハを認知内容への介入に加えることによって、Kraepelinの記述精神医学とFreudの力動精神医学の合流点に認知行動療法が位置することになる。

精神科治療学 31(2) : 171-175, 2016

Key words : *rehabilitation, psychiatric day-care, cognitive-behavioral group therapy, cognitive rehabilitation, cognitive-behavioral milieu*

I. はじめに

精神科デイケアはリハビリテーション (rehabilitation, 以下、リハ) の一形態である。リハとは、訓練や単なる社会復帰ではなく、re (再び) -habilis (適した・ふさわしい) -ation (~すること) から示されるように、「再び適したものにすること」、「再びふさわしいものにすること」という、さらに深い意味をもっている。つまりは、「人間ら

しく生きる権利の回復」、「全人間的復権」を目的とする⁹⁾。過去の生活への復帰以上に新しい人生の創造がめざされるのである。

WHO 国際障害分類 (1980) では障害は機能・形態障害 (impairment)、能力障害 (disability)、社会的不利 (handicap) からなっていた。国際生活機能分類 (2001) では生活機能が心身機能・構造 (body functions and structure)、活動 (activity)、参加 (participation) の3階層で評価される。働くこと (参加) には、業務能力、通勤能力、コミュニケーション能力、ADL 能力、社会生活技能など複数の活動が関連する⁹⁾。心身機能・構造の改善には薬物療法が要請されるだろうが、活動制限を緩和するには多職種の共同による心理社会的療法が不可欠となる。

認知療法・認知行動療法は問題解決的 (problem-oriented) という特徴がある。患者の困難を問題として外在化し、解決可能な形に変換し、解決の選択肢を可能な限り多く発案し、実行に移すので

Application of cognitive-behavioral therapy to psychiatric day-care setting.

*医療法人内海慈仁会内海メンタルクリニック/認知療法研究所

〔〒663-8247 兵庫県西宮市津門稲荷町5-8 大丸ハイツ〕
Kazuomi Inoue, M.D.: Utsumi Mental Clinic./Institute for Cognitive Therapy, Daimaru-Heights, 5-8, Tsutominari-cho, Nishinomiya-shi, Hyogo, 663-8247 Japan.

**医療法人内海慈仁会有馬病院

Chiaki Takemoto, M.ed., Tomohiko Kiriya, M.ed.: Arima Hospital.

ある。問題解決的な取り組みは、患部を露出し、必要に応じて切除するような治療医学的印象を与える。一方、認知療法・認知行動療法を目標指向的(goal-oriented)なりハ医学として位置づけることも可能である。患者が実現したいことを具体的な目標として設定するのである。

小論ではリワーク(復職)デイケアにおける認知療法・認知行動療法の応用を論じる。

Ⅱ. リワーク(復職)デイケア

近年、うつ病などの気分(感情)障害が理由で休職中の人を対象に、職場復帰・就労維持を目的として、入院治療やデイケアを提供する医療機関がみられるようになった。リワーク病棟とかリワークデイケアと呼ばれるものがそれである。2008年3月に発足したうつ病リワーク研究会(www.utsu-rework.org/)によると、会員リワーク施設は157病院・クリニックを数える(2015年5月現在)。

医療法人内海慈仁会では有馬病院リワーク病棟「六甲」(2011年秋開設)に続き、2012年春から内海メンタルクリニックにおいてリワークデイケアを実施している^{2,6)}。リワークの多くのプログラムが認知療法・認知行動療法の理論と技法を基礎としている。

表1に内海メンタルクリニックのプログラムを示した。マインドフルネス、CBGT(cognitive-behavioral group therapy: 集団認知行動療法)、SST(social skills training: 社会生活技能訓練)はいずれも認知行動療法に関連したものである。マインドフルネスは正しくはマインドフルネスに基づく認知療法(mindfulness-based cognitive therapy)と呼ぶべきであろう。米国のKabat-Zinnの開発したマインドフルネスに基づくストレス低減訓練を基礎として、認知療法のうつ病再発予防効果を増強しようとTeasdaleらが創始したものである。CBGTは集団療法の形態をとって認知療法・認知行動療法を基礎からデイケア利用者に提供するものである。認知的概念化図あるいは認知プロフィールを作り上げる作業も含まれる。SSTでは定型的な基本訓練モデルにより職場や家

表1 内海メンタルクリニック リワークデイケアのプログラム(部分)(文献3より引用)

	月	水*	木	金
10:45~ 12:00	マインドフルネス	(A) 問題解決法 心理教育 キャリア	週替わり	ヨーガ
13:30~ 15:00	集団認知行動療法 CBGT	(B) ディベート 模擬職場	社会生活 技能訓練 SST	ミーティング

※水曜日は隔週で(A)と(B)のプログラムを実施する。
第5水曜日はレクリエーションを行う。

庭でのコミュニケーション技能を高める取り組みを行う。CBGTと関連させる形で、行動面の技能獲得だけでなく認知への視点も加味している。

Ⅲ. リワークデイケアの集団認知行動療法

認知療法の7つのステップ¹⁾に則って行ったCBGTの例を提示する。

- ・第1段階 あなたが困っていること、解決したい問題をはっきりさせましょう。
- ・第2段階 どういう場面でその問題が起こるのか調べてみましょう。

利用者の1人が語ったのは、「久しぶりに職場に行くと、快く言葉をかけてくれる人もいるが、挨拶さえしてくれない人もいる」という状況であった。

- ・第3段階 その場面でみられるあなたの感情や行動、そしてあなたの認知(心のつぶやき)について調べてみましょう。

この状況下で複数の利用者が挙げた感情は、傷つく(90%)、不安(90%)、不快(80%)、イライラ(30%)であった。

心のつぶやきとしては、「挨拶くらいしてくれてもいいじゃないか(確信度90%)」「挨拶もしてくれないのは不快だ、挨拶は社会人としての最低限のルールだ、それすらしない人たちと仕事をしたら、また病気になるのではないか(80%)」「挨拶さえしてくれないのは嫌われているからだ(90%)」

「こんな人たちと仕事をしてきたから病気になったのだ(80%)」「こんな人たちとは信頼関係が築けない(80%)」「休んでいる間に、仕事をしてもらったので、迷惑をかけていたのではないか、それで自分のことを避けているのではないか(60%)」「こんな職場だと、仲良くやっていく自信が持てない(80%)」「元気なときは親しげにしてきたのに、調子が悪くなると、切り捨てられる(60%)」「『自分たちも大変な業務のなか頑張っているのに、きみは長いこと休んでいられてよろしいね』と思われているのかもしれない(70%)」と、多くの利用者が自らの自動思考を述べた。

- ・第4段階 あなたの認知(心のつぶやき)があなたの感情や行動にどのように影響しているか調べてみましょう。

当該の利用者が選択した心のつぶやき(「挨拶さえしてくれないのは嫌われているからだ(90%)」)を軸に作成した認知的概念化図を利用者全員に示した。

- ・第5段階 あなたの認知(心のつぶやき)が適切かどうか、あなたの役に立っているかどうか調べてみましょう。

「挨拶さえしてくれないのは嫌われているからだ(90%)」という心のつぶやきに対する根拠を募ったところ、「これまでも(休職前から)こちらが挨拶をしても、してくれなかったことがある」「向こうから話しかけてこない」「話しかけても口調が事務的である」と、3つの根拠が挙がった。一方、反証については、「病休中の自分にどのように接したらよいかわからないだけで、気を遣っているのかもしれない」「相手が心に余裕がない人なのか、もしくは単にもともと性格がよくない人(陰湿/暗い)なのかもしれない」「相手が人見知りなのかもしれない」「担当内で仲良しグループができていて、それ以外の人たちに関わるということ避けがちな人たちのなのかもしれない」といった可能性が複数の利用者から挙がった。さらに、「相手の行動よりも、自分の行動の目的を優先して考える(復職前の慣らし勤務であれば挨拶よりも目の前の簡単な事務処理ができたならOK, など)」「自分がしたいから挨拶したのだから、相手がどうするかは関係ない」「自分は必要とされて今日会社に

来ている、ここにいていいし、来られた自分を褒めよう」といった対処法の提案もあった。

- ・第6段階 同じ場面で別の認知(心のつぶやき)ができないかどうか調べてみましょう。
- ・第7段階 別の認知(心のつぶやき)を実行してみましょう。

多くの提案から当該の利用者が選択した別の認知(心のつぶやき)は、「病休中の自分にどのように接したらよいかわからず、気を遣っているのかもしれない。仕事が忙しくて、心に余裕がないのかもしれない。自分は、相手の態度に関係なく、調和的に接していこう(確信度60%)」であった。

これによって最初の心のつぶやきの確信度は90%から60%に、感情については、傷つくが90%から50%に、不安は90%から50%に、不快は80%から50%に、イライラは30%から10%に変化した。

IV. 治療場の選択・活用

医療法人内海慈仁会では、デイケアでの集団認知行動療法を含むプログラムへの参加のほかにも、リワークの実効性を高めるための選択肢がある。治療場(setting)の変換である³⁾。外来での個人認知行動療法は言うまでもないが、入院治療を活用するのである。

物理的に快適な環境下での入院は、居ること(being)と為すこと(doing)を一方に偏することなくバランスよく保障する場となるだろう。適度な個別性を保つためにホテルに似た個室を準備しておくことは、入院当初はとりわけ有用である。集団への参加が自由であれば、患者は均質な病態の集団に守られながら治療を選択する主体となる。病勢が進展して、入院がいわば最後の切札になるような形ではなく、比較的早期の段階での短期間の入院は推奨されてよいのではあるまいか。糖尿病の教育入院に対応するような、気分障害の教育(検査)入院である。

V. 認知リハビリテーション

近年、気分障害の認知機能障害が数多く報告されている。主な障害領域としては注意・記憶・遂

行機能が挙げられる。認知機能は職場や家庭におけるパフォーマンスを下支えするものである。復職支援やQOLの改善をめざす上で認知機能障害へのリハビリテーション⁷⁾(認知リハビリテーション、以下、認知リハ)は大きな役割を担うであろう。

周知の通り、認知リハは失語、失行、失認など高次脳機能障害のリハに端を発しており、当初は脳外傷患者を対象に実施されていた。最近では精神障害にも適用され、統合失調症や気分障害などを対象とした認知リハのパッケージ〔NEAR (Neuropsychological Educational Approach to Rehabilitation) など〕が開発されていて、臨床場面への普及が進みつつある。

内海メンタルクリニックのデイケアでは希望者だけに認知リハを試みているが、有馬病院リワーク病棟「六甲」では1回60分、週3回、復職支援プログラムの一環として提供している。認知リハは治療の場を問わず認知行動療法への導入を円滑に行う上で有用と思われる。

リワーク病棟「六甲」で提供される認知リハは、週に2回のコンピューターセッション(以下、PCセッション)と、週に1回の言語セッションで構成されている。PCセッションとは、各人が自らの目標に沿ってコンピューターのソフトウェアに取り組む時間であり、参加者の相互交流は基本的に行われない。一方、言語セッションとは、生活に影響を与える認知機能についての検討や、認知機能のトレーニングに役立つソフトウェアの紹介などを行うことを通じて、日常生活と認知リハの場との関連性をより明確にすることを目的としている。その際、スタッフは利用者に対して一方的に情報を発信するのではなく、利用者間で情報が行き交うようファシリテーターの役割を務めることとなる。

「ハノイの塔」課題を用いて認知リハを継続したデイケア利用者はこう述べている。

最初はうまくいかず苦労したが、徐々に能力は上がり、段取り力、集中力が向上しているのが日常生活でも実感できるようになった。例えば、家事を行うにしても洗いをあらかじめ段取りしておくこと

共同的な精神

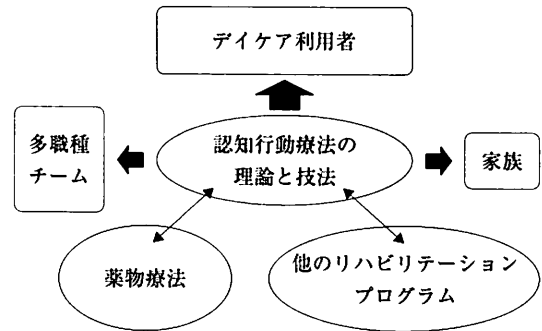


図1 認知行動的治療環境(文献3より引用)

より速やかに終わらせることができたり、料理も手順をあらかじめ段取りしておくことで複数の料理を効率よく上げることができるようになった。集中力も読書に顕著に現れている。

認知リハは、日常場面での認知・感情・行動様式が治療場面でも再現されるという前提で実施される。時間制限のあるリハ課題に取り組んでいると、焦りが生じ、適切な問題解決がなされにくくなる。根気を必要とする課題では、徐々に苛立ちが募り、注意が散漫になることもある。他者の目を気にするあまり強い緊張を感じ、実力を発揮できないこともある。不快な感情は認知機能に負の影響を与え、結果的にパフォーマンスを悪化させる。

認知リハ場面での不快な感情への介入を通じて、職場や家庭など日常場面でのパフォーマンスを改善していくことができる。認知リハ中に焦りが生じ、「早く課題をクリアしないと、ひどく低い点数が出てしまう」という認知がみられた場合、それは職場における「早く仕事を終えなければ、仕事ができないということだ」という認知が姿を変えて認知リハ場面で現れてきたと捉えることができる。日常生活との関連を考慮した上で、認知リハ場面での認知を同定(catch)・検証(check)・修正(correct)する過程は、オンタイムでの認知再構成法(認知療法の7つのステップ)と言えよう。修正された認知は不快な感情にとどまらず、パフ

パフォーマンスの改善となってただちに確認されることになる。

VI. 認知行動的治療環境

認知行動療法をデイケアで提供するときのキーワードは、認知行動的治療環境 (cognitive-behavioral milieu)³⁾である (図1)。デイケアの利用者と家族を中心に、多職種から構成されるチームが、認知行動療法の理論と技法に基づいて、薬物療法や他のリハ活動を補完していくような形で働く。要諦は共同的な精神 (collaborative spirit) である。

VII. おわりに

1856年、精神医学における2人の「偉大な paradigm-makers」⁶⁾が誕生した。Kraepelin, E. と Freud, S. である。

Kraepelin の“正統”あるいは“記述的”精神医学は今日に至るまで圧倒的で持続的な影響を及ぼしている。Kraepelin の dementia praecox 概念の中核に認知の荒廃があるのは言うまでもない。Kraepelin の系譜は認知機能障害を軸に形成されている。

一方、Freud の“力動”精神医学は、アメリカ精神医学の父祖 Meyer, A. に始まる伝統に培われ、アメリカで隆盛を極めた。アメリカの精神科医である Beck, A.T. の経歴が精神分析に始まったことはあまねく知られている。認知療法は自動思考やスキーマという認知の内容的側面に治療の機転を求める。

認知リハを認知内容への介入に加えることによって、Kraepelin と Freud の系譜の合流点に認知

療法・認知行動療法が位置することになる、という発想は我田引水に過ぎるであろうか。牽強付会の誹りを受けるであろうか。大方の批判を待ちたい。

文 献

- 1) 井上和臣:心のつぶやきがあなたを変える:認知療法自習マニュアル. 星和書店, 東京, 1997.
- 2) 井上和臣:気分障害のリワークと再発防止を目指す SST. 精神医学, 55; 253-258, 2013.
- 3) 井上和臣:「職場のうつ」の治療と対応:認知行動療法. こころの科学, 169; 42-46, 2013.
- 4) 井上和臣:ゆきづまった際の精神療法の工夫:認知行動療法の経験から. こころの科学, 178; 32-35, 2014.
- 5) 井上和臣, 小谷友里, 中澤千恵ほか:認知療法・認知行動療法の拡がり—外来治療から入院治療と復職デイ・ケアへ—. 日本精神科病院協会雑誌, 31 (12); 6-11, 2012. (英語版: Dissemination of cognitive-behavioral therapy—From outpatient to inpatient and day care settings—. J. Jpn. Psychiatr. Hosp. Assoc., 31; 63-67, 2012.)
- 6) 井上和臣, 内海浩彦:認知療法の実践—外来個人療法から復職デイケアまで—. 原田誠一編:外来精神科診療シリーズ part 1 精神科臨床の知と技の新展開—メンタルクリニックが切拓く新しい臨床—外来精神科診療の多様な実践—. 中山書店, 東京, p.232-239, 2015.
- 7) メダリア, A., レヴハイム, N., ハーランズ, T. (中込和幸, 最上多美子監訳):「精神疾患における認知機能障害の矯正法」臨床家マニュアル. 星和書店, 東京, 2008.
- 8) 中井久夫:西洋精神医学背景史. 懸田克躬, 島藺安雄, 大熊輝雄ほか責任編集:現代精神医学大系1A—精神医学総論 I—. 中山書店, 東京, p.19, p.64-65, 1979.
- 9) 上田敏:リハビリテーションの思想—人間復権の医療を求めて— (第2版増補版). 医学書院, 東京, 2004.