

2. 精神症状の把握

診断面接の入り方

精神科面接の目的には3つある（表 28）。面接をうまく進め、これらの目的を達成するためには、患者との最初の出会い方はとても重要である。どのようなファースト・インプレッションをもってもらえるかが診断面接の成否の鍵を握るといっても差し支えない。物語の主人公は患者であり、正しい診断は、患者が自分を語り始めるかどうかにかかっている。

ドアを開けて呼び入れることが望ましい。待ち合い室での様子を観察でき

る。入室後は椅子を勧める。

いきなり症状の有無を質問し始めるのではなく、初診の気苦労や通院の負担などに共感して、面接の緊張した雰囲気を和らげる。リラックスした雰囲気の中で、話したいことが自由に話せるように工夫し、患者が困っていることや日常生活への支障の程度についての話から始めるのがよい。医師には、①あたたかさ、②礼節、③感受性の3要素が求められる(表29)。

診断のための面接であっても、医師-患者関係を築きながら、治療的な雰囲気の中で、自然の流れに乗って行うのがよい。したがって、臨床研究の場合を除いて、SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV) や MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) などの質問紙に則って機械的に質問することは避けるべきである。

表 28 精神科面接の目的

1. 診断
2. 文脈の謎解きとフォーミュレーション
3. 治療的関与

表 29 ベッドサイドマナー (Yager の 12 か条)

1. 座ること
2. 患者のためにちょっとしたことをする (ドアを開ける, 椅子を差し出す)
3. 患者に触れること (腕に手を添える)
4. 笑顔で接すること
5. 最初に患者に関して知っていることを話す (基本情報, 紹介状)
6. 一番心配なことを聞く
7. 患者の病気の理解や痛み・後遺症・死に関する不安を聞いておくこと
8. 家族, 仕事, およびそれらへの病気による影響を聞くこと
9. 誇りに思っている活動や業績を聞き, 機会をみてそれらをほめること
10. 患者が遭遇している, 人としての苦境について理解すること
11. 精神症状を調べる必要性和目的を説明し, 患者にも共同観察者としての役割を担ってもらうこと
12. 面接の終わりには具体的な情報を患者に伝えること (服薬・生活指導など)

1 診断をつけるために

この「自然な流れの中で」ということと、「漏れなく尋ねる」こととは相いれない場合もある。自然な会話を心がけていると、面接を制御できなくなり、聞くべきことを聞かずに終わってしまうことがある。患者が話したいことと、医者が見たいこととは時に食い違う。心気症的な訴えの患者で、身体症状の訴えにばかり気をとられていると、背景に隠れている気分障害や思考障害を見落とすことがある。

しかし、患者が話したいことを話せないと感じる面接では、必要な情報も語ってもらえないだろう。報告によれば、患者が話したいことを話せたと感じた率は23%にすぎず、医者は平均で18秒後に患者の話のを遮っているという。面接を始めるにあたり、「今日はどうのようなことで来院されましたか。自由に話してみてください」と投げかけてみる。自分の問題を正確に理解し、それを適切な言葉で筋道よく相手に伝えられるか、3分程度は相手の話を遮らずに、黙って聞くのがよい。これだけで、不安、制止、思路障害、大まかな知能・知識など、相手の精神機能を評価できるはずである。

患者の受診動機となっているのが主訴であることが多い。したがって、主訴を手がかりにしなが、なぜ今日受診したのか、主訴と関連する（主訴との関連を説明できる）症状は何か、行きつ戻りつしながら質問し、最後には精神状態をもれなく評価する（表30）。このとき、日常生活の様子を詳しく聞くことから精神病理を評価できることが多い。

特に、幻聴や妄想、認知機能の評価に際しては、患者は侮辱されたような気持ちにならないともかぎらない。いきなり症状の有無を聞き出そうとすると、拒絶されたり防衛的になられたりして、面接はうまく進まない。「どなたにもお聞きしている質問ですが、〇〇〇のようなことはありませんか」などの説明を加える配慮も必要である。

表 30 必ず行う精神状態の評価項目

• 外見	• 思路の障害	• 強迫症状
• 行動	• 異常な信念	• 認知機能
• 意識レベル	• 異常な知覚	• 自傷他害の恐れ
• 気分、不安	• その他の異常な経験	• 病識
• 会話	• 自我意識の障害	

精神症状を把握して、記述する

1) 外見の全体像の把握

観察力とそれを記述する表現力を養う必要がある。定型的な診断用語があるわけではないので、ありありとまた生き生きと記述する技術を磨くこと。姿勢・歩行や体格、服装、整髪、清潔、魅力的、若くみえる（老けてみえる）、健康そうか、おびえている、無気力、落ち着かない、人を軽蔑している、拒否的、女性的（男性的）などの表現がよく用いられる。態度を記述するには、協力的、敵意、防衛的、誘惑的、回避的、迎合的などを判断する。動作については、身振り、精神運動制止（興奮）、堅い（固縮）、ひきつり、ぎこちなさ、手を握りしめている、癖などを観察する。

2) 会話

声の大きさと速度、話さない（緘黙）、自発的、的外れ、独語、語彙の豊富さ、発音・構語障害、言語障害を区別する。

3) 意識状態、注意力、見当識

意識状態、注意力（数唱）、見当識（人、場所、時、状況理解）を必ず評価する。軽い意識障害は見落としやすい。

4) 抑うつや不安に悩んでいる患者

症状は患者自ら訴えられることが多い。また診察室での様子や普段の行動を聞くことから有益な情報が得られる。「このところ気分はいかがでしたか」「不安感や恐怖感に襲われることはありませんでしたか」といった質問は、笑顔の裏にある気分や感情を聞き出すのに有効である。症状は、悲しげ、抑うつ、多幸感、高揚、不安、怒り、易刺激性などである。観察では、感情の鈍麻、平板、変化に乏しい（激しい）、不適切、空笑などが区別される。なお、気分とは情動の長期にわたる変化を指し、さかのぼった評価が必要である。一方、感情は短期に変化する情動の動きであり、面接時の状態をとらえる。

しかし、うつ病が重症になり、妄想・幻覚を体験していると、抑うつ気分の訴えがなされないこともあるので、抑うつ気分や不安感の程度を具体的に聞き出す必要がある。不安の背景に強迫症状が隠れていることがあり、病識の乏しい強迫は自ら語られないこともある。

5) 躁病の患者

躁病の患者は、「自分には問題がない」と感じていることが多い。躁病の診断は困難であり、患者本人に尋ねても病理の存在を否定することが多い（特に初発エピソードにおいて）。「いつもより気分が爽快すぎませんか」とか「浪費をしていませんか」などの質問では、軽い躁病を見出すことは難しい。病識が失われていることに加え、診察室では短時間であれば、自分の行動を慎むことができるからである。むしろ、「最近どのようなことをしていますか」「どのような計画をもっていますか」「家族や職場の同僚とどのような関係にありますか」などの質問で、過活動、過観念活動、易怒性などを間接的に評価する。睡眠に関しては、何時間眠れているかを確認する。躁病や軽躁病では短時間の睡眠でも「十分によく眠れている」と答えることがある。

6) 幻覚・妄想を有している患者

他人への非難や愚痴が訴えられ、被害者として「自分は苦しめられている」「怖い思いをしている」「不愉快な思いをしている」などと訴えられる。幻聴を尋ねる際には、「頭の中が騒がしい、うるさいことはありませんか」と聞き、話題を向けてから、さらに「誰もいないのに、自分にだけ聞こえる音や声があることはありませんか」と聞くことよい。続いて、他の幻覚を確認する。妄想や観念に関しては、「確固とした考えや信念をお持ちですか」「悩ましい考えやこだわり、いつも考えている（悩んでいる）ことはありませんか」と尋ねることで、聞き出す。患者によっては故意に隠すことがあり、他人からの情報も必要である。患者を知るための手段には、対話、観察、第三者情報がある。特に家族からは、診察室だけでは得られない思いがけない情報を得ることができる。さらにここで付け加えれば、時代と文化による精神症状の変化にも目を配るとよい。

迂遠、観念奔逸、連合弛緩、支離滅裂、保続、途絶などの思考形式の障害は会話からわかりやすいが、妄想、強迫観念などの思考内容の異常はとらえることが難しい。思考に関連しては、ほかに既視感、未視体験、フラッシュバックを評価する。

7) 自我意識の評価

離人症、させられ体験、思考奪取（伝播、吹入）、二重自我、解離などを評価する。

8) 認知の評価

注意力, 判断力 (手紙を拾ったらどうする, など), ことわざや2つのものの類似性を問う抽象的思考能力, 即時記憶 (数唱や5分後に3つのものを思い出せるかなど), 近時記憶 (朝食, 昨夜の食事), 長期 (遠隔) 記憶 (生年月日, 総理大臣の名前など), 知識の豊富さや計算力 (100-7 や 20-3 など) を評価する. 計算は, 知能以外に, 集中力や記憶力を要する作業である. 認知機能に疑問がある場合には, さらに詳しい神経心理テストを行う. 同じく, 発達障害やパーソナリティの評価を詳しく行うためには心理テストが有用である.

記述精神病理学に関しては, 『精神症候学』 (濱田秀伯著) にあたるなどして, さらに詳しく学んで欲しい.

常識的な疑問を大切に

精神科面接では, とかく精神症状を取り出すことにとらわれ, ごく常識的な質問をしないことが起こる. これはベテランの医師にも共通している. What, Why, Who, How などの疑問詞による質問は, 患者の精神症状について意外なほど多くの情報が得られるものである. 「何があなたをそれほどに悩ませているのですか」「なぜ今そのように緊張されている (不機嫌な) のですか」「なぜ外出を避けるのですか」などを聞くことが大切である.

鑑別診断を思い浮かべながら

DSM 診断にしろ, ICD 診断にしろ, あるいは従来診断にしろ, 診断は精神症状 (現在症, 現症) を十分に把握することから始まる. 患者の訴えることだけをとり上げて記述しても不十分なことはいうまでもない. しかし, 多忙な臨床現場では, ややもすると数行の記載程度 (「幻覚妄想あり. 不穩につき, 入院を勧める」など) の評価しか行われていないカルテをみかける. 患者が自殺念慮を抱いていたとしたら, とり返しのつかない結果に至るであろう. そこまで極端でなくとも, 訴えや前景の症状のみを治療対象にしていると, 適切な治療が行われずに, 状態が悪化することもある. たとえば, 抑うつ気分が自己へ向けられた非難の幻聴による場合, 幻聴の治療が抑うつ気分の改善をもたらすのであり, 抗うつ薬による抑うつ気分の改善は不十分な効果 (時に症状の悪化) しかもたらさない.

腑に落ちない、という感覚にこだわる

自分がこれまでに経験してきた症例を思い浮かべながら鑑別診断を進める過程では、どれだけ過去の症例が頭の中で整理されているかが重要である。インターネットの検索のように、ヒットの数が多いほど正確な診断を下せることになる。このような診断をヒューリスティックな診断（見積もりによる経験的診断）と呼ぶ。プレコックス感もその一つである。実際の臨床現場では、この種の診断を行っている。網羅的に症状のあるなしを聞き出していく構造化面接は、手間暇がかかるため、精度は高いが実際的ではないからである。

検索を繰り返しても、典型的な症例パターンのどれともじっくりと合致しないときがある。そのときは安易に結論を出さないこと。あるいは逆に、よく合致するように思われるときも鑑別診断を思い浮かべる習慣をつけておく。たとえば、発作性の不安、過呼吸、発汗を訴える男性患者が甲状腺機能亢進症であったり、初老期のうつ病と思われる患者が脳腫瘍であったり、認知症であったりする。身体疾患を除外すること、認知機能を評価することを怠って、パターン認識にとどまると、このような手痛い誤診が起こる。

ヒューリスティックなパターン認識から、再度、鑑別診断を行いながら現在症の症候学的診断に戻ること、患者とパターンとの間を行ったり来たりしながら確定診断へと狭めていくことが大切である。

観察者のフィルターを通して、精神病理の所見が得られやすいことにも注意を払う。ヒューリスティックな診断では、思いこみが評価をゆがめる可能性があることに注意が必要である。

文脈の謎解きとフォーミュレーション

病名診断をしながら治療につながる診断を行うためには、さらに文脈の謎を解く作業が必要となる。そして謎解きをまとめるのが症例のフォーミュレーションである。この作業は、なぜ〇〇障害に至ったのか、その病態形成の過程を最も合理的な仮説として描くことである。それは具体的には、発症脆弱性、発症誘因、増悪・遷延因子、および防御因子（レジリエンス）について、個々の症例ごとに異なる因子を解析し、それらを合理的に組み立て、ストーリーを描き出すことである。なぜ病気に至り今日になって受診したのかが説明できれ

ば、逆にどこにどのように介入すれば症状の軽快が得られるのかの治療方針が立てられる。仮説は、神経生物学的仮説、精神分析学的仮説、行動科学的仮説、認知科学的仮説など、幅広い仮説を多次元に動員して、最も合理的な説明を考えていくことが好ましい。

面接をまとめて記述する際に必要なこと

診断面接で気づいた詳細な事項は、面接の最後には忘れてしまうことがある。面接中には、あとで記憶を整理できるように要点やキーワードをノートに記録する。

「幻覚妄想状態」「被害妄想あり」「不穏」とだけ記載されているカルテをよくみかけますが、これではさかのぼってこのカルテをみても、患者がそのときに具体的にどのような症状をもち、どのような状態であったのかはまったくわからない。幻覚や妄想、不穏などの詳細を、患者の語った言葉を含めて記載しておくことが必要であり、この癖をつけるとよい。

精神病理所見に加えて、患者のできること（仕事・学業、家庭生活、娯楽、交友など）を評価しておくことが大切である。

おわりに

患者は多様であり、一人の患者の様子も毎日異なる。それだけ面接は多様である。相手を知り尽くそうとする尽きない努力が求められる。面接はそれだけに難しくもあり、また精神医学の醍醐味でもある。飽きのこないやりがいのある行為である。精神科医療は面接に始まり面接に終わる、といえる。

診断面接が上達する唯一の道は、形式的な精神症状の評価質問にとどまることなく、数多くの患者と、それも非形式的に会話することである。数多くの優れた臨床家の面接を直接学ぶことが理想的であるが、下記の面接の技法の書物も参考にして欲しい。

面接では、患者がどのように病んでいるのかを知るだけではなく、どのように健康であるのかを知ることが大切であることを最後に付け加えておきたい。

【参考文献】

- 1) Tomb DA. Psychiatry (House Officer Series), 5th edition. Philadelphia: Lippincott Williams

1 診断をつけるために

- & Wilkins: 1995. / 神庭重信 (監訳). レジデントのための精神医学. 東京: メディカル・サイエンス・インターナショナル; 1999.
- 2) 笠原 嘉. 改訂版 予診・初診・初期治療. 大阪: 診療新社; 1997.
 - 3) 神田橋條治. 追補 精神科診断面接のコツ. 東京: 岩崎学術出版; 2007.
 - 4) 土居健郎. 方法としての面接. 東京: 医学書院; 1997.
 - 5) Sullivan HS. The Psychiatric Interview. New York: Norton; 1945. / 中井久夫 (訳). 精神医学的面接. 東京: みすず書房; 1986.
 - 6) 濱田秀伯. 精神症候学. 東京: 弘文堂; 1996.
 - 7) 原田憲一. 精神医学の知と技—精神症状の把握と理解. 東京: 中山書店; 2008.
 - 8) 古川壽亮, 神庭重信. 精神科診察診断学. 東京: 医学書院; 2003.
 - 9) 山下 格. 誤診のおこるとき. 大阪: 診療新社; 1980.

(神庭重信)

待合いへ出向く

Column

米国のメイヨークリニックで受けた精神科レジデント・トレーニングは、今でも僕の診察に数々の癖として残っている。その一つは、外来の待合いまで患者さんと呼びに出て、診察室へ招き入れる習慣である。メイヨーの医師たちは、ごく短い距離ではあっても、患者さんと肩を並べて歩き、挨拶を交わしながら診察室へと入っていく。日本ではまず見かけない光景であった。やってみると、待合いでの患者さんの様子から、診察室では得られない、多くの情報が得られることに気づいた。

神田橋條治先生が、同じように、待合室へ出向くことを推奨している（『追補 精神科診断面接のコツ』岩崎学術出版社）。まず外来が患者さんにとって柔らかな場となる。また付き添っている家族との人間関係、家庭での雰囲気がかかる。さらに、これから進める診断面接をどのようにしつらえ、進めていけばよいかを、ごく短時間のうちに計画するのに役立つという。

(神庭重信)