

目次

第1章 なぜ精神科は面接が大切か 1

精神科面接と精神医療の質 2

「治す」よりも「支える」精神療法 2

「面接がうまい」だけではなく、十分な知識が必要 3

医療面接を「ハンバーガー屋の店員教育」と侮るなかれ 4

なぜ多剤大量処方の問題は起こったのか 5

第2章 知っておきたい医療面接の基本 7

なぜ医療面接は生まれたか 8

医療面接の教育 9

医療面接における評価 9

精神疾患が対象となる「医療面接上級編」 10

医療面接と精神科面接の相違 11

第3章 症例と解説でみる精神科の初診時面接 15

① うつ病が疑われる症例 16

導入 16

症状を尋ねる 17

精神現在症の評価 24

既往歴，家族歴，社会機能を尋ねる 32

治療方針の説明 40

② 心気症が疑われる症例 44

精神科初診までの経過と口腔外科医の対応 44

精神科初診：治療への導入 47

病歴の聴取と診断 50

治療方針を伝える 55

治療開始後の経過 58

第4章 診療の基本

67

患者に不快感を与えない服装を 68

診察状況に応じて患者と医師の位置関係を考える 68

相手の目を見つめすぎない 70

ゆっくり話す 70

大きめの時計を見やすい場所に 71

第5章 初診時面接・初期対応

73

① 診療の枠組み 74

患者と家族，どちらの話を先に聞くか 74

個人情報と守秘義務 76

② 面接の姿勢と方法 81

問診項目のリストを見ながら面接してもよい 81

「傾聴」と「受容」が最も大切である 81

「共感」はきちんと言葉で伝える 82

3 病歴や精神症状の尋ね方 84

- 精神現在症の評価を心がける 84
- 定義に沿って症状を正確に評価する 84
- 行動の問題の背景にある精神症状を考える 86
- 症状として記載できない言動は慎重に評価する 87
- 思路(思考過程)を評価する 88
- 近親者に対する妄想の判断は難しい 88
- 関係者の話だけを頼りに妄想と判断しない 89
- 軽度の認知症は通常の会話では見いだせない 89
- 生活史、家族関係は初診時に評価する 90
- 経過は途切れないように尋ねる 91
- 過去の症状や行動は慎重に評価する 92
- 専門用語や曖昧な表現は避け、具体的に質問する 94
- 印象は慎重に伝える 95

4 診断の考え方 96

- 治療すべき症状を明確にする 96
- 「外因→内因→心因」の順に考える診断学の弊害 97
- 「どの診断も合わない」感覚は重視すべき 97
- 「診断保留」という姿勢はとらない 99
- 操作的診断基準を用いる際の注意点 99
- 現在、症状がなくても過去の診断を安易に否定しない 100
- 意識障害、認知症、うつ状態を鑑別する 101
- 睡眠関連障害の鑑別・合併を検討する 103
- 自閉症スペクトラムや ADHD の鑑別・合併を検討する 104

5 対応の基本 105

- 過度に医療化する必要はない 105

- 病名告知には疾患の説明が不可欠である 106
- 得意な治療だけを押しつけない 108
- 予測される治療の効果を説明する 108
- 家族も一緒に治療する姿勢を示す 109
- 具体的に指示する 111
- 治療目標を明確にする 112

⑥ 治療方針の伝え方 113

- 入院の必要性は総合的に判断する 113
- shared decision making を重視する 115
- 薬剤の投与経路に応じた同意を得る 116
- 治療アドヒアランスには医師の説明が影響する 117

第6章 通常の外来での精神科面接と対応 121

① 頭に置いておくべき大原則 122

- 日常臨床における基本的面接 122
- 「良い面接」よりも「悪くない面接」を心がける 122
- 面接は多角的に評価する 124
- 患者の目に映る自分を想像して面接を修正する 124
- 時間をかけた精神療法だけが治療面接ではない 125
- 面接の副作用を常に考える 126
- 自分の技術を反省する 126
- 面接を透明化する 127

② 対応のポイント 129

- 「話す」よりも「聞く」ことを心がける 129
- 手助けしたいという態度を示す 130

感情的な反応を返さない	130
患者の言葉を否定せず、全面的に肯定もしない	132
患者-医師関係に注意を払う	133
ストレス脆弱性モデルは常に説明する	133
症状や状況を客観的に見るように促す	134
「待つこと」の大切さを伝える	134
心理内面に深く入りすぎない	135
社会機能の向上を目標にする	136
同じ診療環境で治療を続ける	136
常に治療の終結を意識する	137

③ 臨床に役立つ精神分析の知識 137

転移と逆転移 137

分裂 139

症候移動 140

④ 精神療法や面接の副作用 141

「副作用がある」と知ることが大切 141

副作用はなぜ起こるのか 144

どんな副作用があるか 146

求められる対応 147

第7章 場面や患者ごとに検討すべき対応 149

がん患者のうつ状態 150

身体症状に心気症症状が加わった状態 152

身体疾患様病名を告知されている場合 154

発達障害やその合併が疑われる場合 155

認知症症状を認める場合 157

家族のみで相談に来た場合 158

第8章 症状評価・操作的診断基準の考え方 161

① 症状評価 162

測定方法の種類 162

目的と実施のポイント 163

臨床での必要性和用い方 164

② 操作的診断基準 169

操作的診断基準と従来の診断体系の相違 169

操作的診断基準の不適切使用 171

③ 治療ガイドライン 173

ガイドラインの成り立ち：EBM と EC 173

用いるうえでの心得 174

第9章 薬物療法の大原則 175

通常の診療には薬物療法の知識が不可欠 176

単剤投与を心がける 176

向精神薬療法以外の対応も必ず考える 177

年齢や身体疾患を考慮して少量から開始する 178

効果のプロフィールによる抗不安薬の使い分けは不要 178

ベンゾジアゼピン系薬剤は興奮を強めることがある 179

ベンゾジアゼピン系薬剤を安全な薬剤と考えない 180

エチゾラムは他の向精神薬と同様の注意が必要 181

軽症のうつ状態には抗うつ薬が有効でない可能性がある 181

抗うつ薬の選択は副作用を指標とすべき	183
身体疾患治療薬も含めて薬物相互作用を考える	184
フルニトラゼパムは特に注意すべき薬剤である	184
適切な情報を選ぶ	185
向精神薬ではプラセボ効果が大きい	187
添付文書の記載を十分知って薬物療法を行う	189
新規向精神薬の印象を安易に古典的薬剤に応用しない	191
副作用治療薬を加えるよりも原因薬を調整する	192

第 10 章 診療録の書き方

195

診療録記載は重要である	196
診療録の一般的記載	196
精神症状全般の評価	197
身体症状や身体所見	199
法律や保険診療に関係する記載	200
医師の説明と同意内容	201
情報共有の手段であるという理解	202
面接の連続性	203

あとがき 205

索引 209



① 「あなたもうつ病」キャンペーン？	65
② 面接と立場	78
③ 認知行動療法の隆盛に思う	92
④ 過度の医療化を防ぐ地域医療	106
⑤ disease mongering	110
⑥ 治療しないことの効果	114
⑦ 「インフォームド・コンセントがあればよい」という誤解	118
⑧ 面接の透明性	128
⑨ 認知行動療法と disease mongering	142
⑩ 認知症の BPSD にも非薬物的対応が大切	157
⑪ リエゾンはバトルである！	160
⑫ 面接ではわからないが自記式質問票ではわかる？	166
⑬ 必須薬	179
⑭ 睡眠薬をめぐる問題	186
⑮ 添付文書を理解する	188
⑯ 適切な薬物療法と精神科研修	193