

精神科の臨床に「医療面接」のスキルを活かす*

平島奈津子

国際医療福祉大学三田病院精神科

Acquiring medical interview skills for use in psychiatric practice

Natsuko Hirashima

Department of Psychiatry, International University of Health and Welfare

Abstract

Over the past few years, the interview skills of psychiatrists have become something of a problem in Japan. The American Psychiatric Association has likewise noted the progressive decline in communication skills on the part of psychiatrists and their lack of awareness of the importance of communicating effectively with patients. This prompted the Association in 2001 to revise the residents' psychotherapy training curriculum. I believe that medical interview skills, which are formally taught at medical schools, would be useful for enhancing psychiatrists' interview skills and building favorable doctor-patient relationships. The techniques of a medical interview can be acquired in the course of daily clinical practice, and can also serve as a basic “form” or template that would allow psychiatrists to build effective doctor-patient relationships. I am convinced that many psychotherapeutic techniques can be utilized only after this basic “form” has been successfully acquired.

Key words

medical interview, OSCE (Objective Structured Clinical Examination), psychotherapy

Rinsho Hyoka (Clinical Evaluation) 2013 ; 40 : 401-5.

* 本稿は、第108回日本精神神経学会シンポジウム25(2012年5月25日(金)11:00~13:00,札幌コンベンションセンター 大ホールAB)「患者にやさしい医療面接」から「こころを癒す精神療法」への口演内容を整理して論文化したものである。

1. はじめに

ここ数年、本邦で「精神科医の面接技能が問題になっている」という話が、主にユーザーからのクレームとして持ち上がっていると聞いて、2000年5月に開かれた米国精神医学会（APA）年次総会で行われたシンポジウムを思い出した。「医師-患者関係」と題した、そのシンポジウムで（「医師-患者関係」は年次総会のテーマでもあった）、座長のRiba Mは次のようなエピソードを紹介して口火を切った^{1, 2)}。ある精神科レジデントが症例検討会で自殺企図をした患者を提示した。彼が処方した薬物について述べ始めたため、指導医が患者について話すように促すと、彼は「患者自身や患者の家族についてあまり知らないんです。ソーシャルワーカーが精神療法をしていて、私は薬物療法をしていたので」と答えたという。

当時、米国精神医学会では、精神科医のコミュニケーション技能の低下や、そもそも患者とコミュニケーションすることの意義についての認識不足が問題化していた。その背景には、生物学的精神医学の進歩と、それに伴う医学教育の重点の移動があげられた。すなわち、医学生や研修医は、治療者としての役割や倫理的態度よりも知識や技能の修得に多くの時間を割かれることになった。また、DSM分類や薬物療法の台頭は、精神科医の関心を患者の「症状」に向かわせたとも言われた³⁾。

この後、2001年に、米国精神医学会の精神科研修委員会は、支持的精神療法、力動的な精神療法、認知行動療法、ブリーフセラピー、精神療法と薬物療法の併用療法を必須カリキュラムとし、精神療法の研修を強化した。2008年の時点で、精神療法のカリキュラムは改訂され、ブリーフセラピー、ならびに精神療法と薬物療法の併用療法は前3者に含まれるものとして削除されたが、基本的な方針は現在も変わっていない。なお、米国では、卒後医学研修機構（Accreditation Council for Graduate Medical Education：ACGME）によって

研修が適正に実施されているかどうか、厳しく監視されている。

ところで、医師のコミュニケーション能力が問題視されているのは精神医学の分野だけではない。日々、新聞の医療面にはドクターハラスメントを受けた読者の記事が掲載されている。病院の投書箱の中身も同様であろう。これには、患者側の意識が変わったのに、医師側が未だに古色蒼然とした医師-患者関係のイメージを抱き続けていることにも要因があるような気がしている。「黙って俺についてこい」というようなパターンリズム（父権主義）がまかり通り、人々が医師に「様」をつけて呼んだ時代の医師像ではもう通用しない。つまり、日々の臨床で、患者は決して受身的ではなく、自分のストーリーや解釈を医師に聴いてもらいたがり、時に医師に質問を浴びせ、辛辣な批判もする。それに反応して、医師が不用意に口を滑らせたひと言がドクターハラスメントとして槍玉にあげられてしまう状況は、古き良き時代に比べると、医師に、より専門家としての面接技能や態度を要求している。そして、これには、若手、ベテランの違いはないと思う。

このような状況認識のもとで、近年、医学部教育でとりあげられている「医療面接（medical interview）」⁴⁾が精神科医の面接技能の向上と良好な医師-患者関係の構築に役立つのではないかと、というのが本シンポジウムのコーディネーター（齊尾武郎）の卓見であり、筆者はそれに賛同するものである。OSCE（Objective Structured Clinical Examination）は卒後研修の観点からも注目されており、日本プライマリ・ケア連合学会の認定医試験で採用されている。

日々の臨床に携わりながら、精神療法の研修を継続することはたやすいことではない。「医療面接」の技法は、日々の臨床の中で身につけていくことが可能であり、その技法は精神科医が良好な医師-患者関係を築く基本的な「型（フォーム）」として十分に通用し、さらに、その基本的な「型」の修得があつてこそ、種々の精神療法の技法も活用できるものと思われる。つまり、「医療面接」

の技法は、あらゆる精神療法に共通する要素を含んでいる。

本稿では、「医療面接」の技法をどのように精神科の一般臨床における患者とのコミュニケーションに活用していくかについて、長年「医療面接」を教えてきた者の立場から、筆者なりの見解を述べたいと思う。

2. 「医療面接」の技法の意義と精神科の臨床への活用

2.1 診療を開始する際の技法

「医療面接」の教育は、待合室で待っている患者を医学生が診察室に招き入れるところから始まる。学生は、患者の姓名を確認し、自己紹介し、荷物をおき、椅子に座ってもらい、話ができる態勢を整えるまでの一連の動作を、それぞれ視線の位置にまで気を使いながら何度も練習する。

それがたとえ初診でなくても、患者は毎回、少なからず不安や期待を携えて医師のもとを訪れるものである。その患者をどのように診察室に迎えるかということに心を砕くことは、精神医にとってはとりわけ重要なことである。「初めよければすべてよし」というわけには必ずしもいかないが、少なくとも、初めでつまづくと、お互いにしたい話ができずに終わるといった事態になるのは確かであるように思う。

看板や待合室の案内板に医者の名前は書かれているのだから、改めて自己紹介するには及ばないと考える医者もいるが不思議ではないし、実際にそういう医者はいらぬ。しかし、医者の考えとは異なり、「いつまでも医者の名前を知らない」患者は少なくない。なかには「あの先生は自分の名前さえ言わない」と不満を述べる患者もいる。加齢によって名前がなかなか覚えられない患者も少なくないが、患者からはそのことを言いつらいことがある。そういう時、主治医が自分の名前をメモ用紙に書いて渡したり、名前が入った予約票を手渡したりしながら再度「自分の名前はこれです」と確認すると、患者はほっとした顔を見せる。

「医療面接」の教育では、概して、「これでもか」というくらい懇切丁寧に患者への接し方がマニュアル化されている。これは、医者ほど病院に慣れていない患者の立場に立って作られているともいえる。つまり、「医療面接」では「模擬患者」と言われるボランティアの俳優さんが患者役を担ってくれるわけで、必然的に彼らの思いが学生の評価に影響し、その蓄積がマニュアルとして結晶化されている。

精神科医は、個々の患者の立場や思いに対して想像力を働かせて、その場にふさわしい「態度の処方」をしていくことが理想ではある。しかし、人というのは、時に、自分にとって当たり前のことは他者も同様であると思い込んでしまうことがあり、想像力がうまく働かないことがある。特に、日常の混んだ外来診療では、疲労や大勢の患者を待たせている焦りもあり、なおさらかもしれない。そのような場合、「医療面接」の技法を身につけていると、最低限の患者への配慮が可能となる。ただし、「医療面接」の技法をマスターするためには、学生さながらに、自然に身体が動くようになるまで、何度も意識して練習を積み重ねる必要がある。精神科医は、通常、学生のように仲間同士でロールプレイをし、それを録画したものを観たり、試験を受けたりすることはできないが、日ごろの実臨床で1日に数人の患者に対してだけでも「医療面接」の技法を意識して使ってみると、技法修得への一歩となるように思う。また、そればかりでなく、日ごろは何気なくふるまっている自分の態度の意外な癖に気づくということもある。

2.2 傾聴・受容・共感

「医療面接」の教育では、傾聴・受容・共感の技法を重視する。これらは言うまでもなく、さまざまな精神療法に共通する技法である。これらなくしては、治療的な協力関係を築くことはできない。つまり、この点が単なる情報の収集であった「問診」と「医療面接」との決定的な違いである。

「医療面接」の教育法で筆者が影響を受けたの

は、Ivey⁵⁾が提唱した「マイクロカウンセリング」の学習法であった。彼は「傾聴するとは何かを知るためには、傾聴しないと何かを調べてみることであり」と述べている。筆者の講義では、まず、「医療面接」の技法を学習する前の学生でさえ思わず失笑するような「お粗末な面接」のDVDを視聴し、「どこがまずいかを書き出す」作業をする。これに対する学生の回答は意外に的を得たものである。なぜなら、彼らは「自分が患者の立場だったら、この医師の何処が気になるか」という視点で考えるからである。しかし、もしも、この「お粗末な面接」をベテランの医師が視聴したならば、学生たちのように回答できるかは疑問である。ここに登場する医師はなれなれしい言葉遣いをし、専門用語を多用し、患者が話している時にペンを指で弄ぶような、どこにでもいそうな医師だからである。講義の後、学生たちは自分たちの面接を録画し、それを視聴しながらお互いにフィードバックすることによって、自分の面接に磨きをかけていく。名人芸ともいえる面接を見ても、「自分にはとてもできない」と、ただ感嘆するばかりかもしれないが、お粗末な面接を見れば、自分が決して陥ってはいけな落とし穴が見えてくる。

精神科医がこのようなトレーニングを受けたいと思うのなら、市販されている「医療面接」のDVDが役に立つように思う。もしも読者が病院勤めをしているならば、同僚の面接は何十冊もの教科書より多くのことを教えてくれるかもしれない。

2.3 質問

「医療面接」の教育では、多くの質問技法を教える。その中でも、面接の冒頭で、患者の姓名の確認、自己紹介、面接の目的などの後に、いよいよ本題に入る時に「開かれた質問」を使用することを強調する。「開かれた質問 (open-ended question)」とは、イエス、ノーで答えられるものではなく、ある程度まとまった文章で応じることが想定されるような質問である。この場合、「今日はどのようなことで受診されましたか？」などの質

問がそれに相当する。

開かれた質問をした後、面接者はしばらく相手がどのような話を展開するのか遮らずに傾聴することも強調する。なぜなら、開かれた質問の効果は、相手の話したい内容やペースに合わせることによって、相手を尊重している態度を非言語的に伝えられる点にあるからである。それは信頼感を育み、また、面接者にとっては相手が自分自身の問題をどのように把握しているのかを知ることができるという利点がある。

しかし、短時間の「医療面接」ではあまり問題にならないが、精神科の臨床場面で「開かれた質問」を多用しすぎると、患者が何を話してよいか困ってしまうことがある。また、混乱していたり緊張の強かったりする患者の場合には、むしろ相手が話しやすそうな事柄に関する「閉じられた質問 (closed question)」から始めることがよい場合もある⁶⁾。

さらに、技法としての「質問」について学ぶために重要な点は「質問される体験とは、どのような体験なのか」という想像力を働かせることである。たとえば、治療者の質問が患者の考えるヒントになっているのか、それとも患者の思考を遮ってはいないか、あるいは患者が侵襲的に感じたり、尋問されているように感じたりしていないかということに留意する必要がある。

2.4 解釈モデル

「医療面接」が提供する「解釈モデル」という概念は、精神科医として筆者には新鮮であった。解釈モデルとは「患者が自分の症状をどのように解釈し、憂慮しているか」というモデルのことである。たとえば、心窩部の痛みを訴えて受診した患者が「若くして亡くなった父親と同じように私も胃がんなのではないか」と心配しているとすれば、それがこの患者の解釈モデルである。「医療面接」の教育では、患者の解釈モデルを聞き出せるほど、患者が心に抱えている不安を吐露できる関係性を構築することを学生に要求しているが、患者の解釈モデルを聞き出せる学生はそう多くないよ

うに思う。

近年の精神科の臨床では、患者を治療の協力者とみだてて心理教育にも力を注いでいるが、その出発点として、患者の解釈モデルを理解し、患者がどのような検査や治療を臨んでいるのかを把握することは重要であると思われる。

2.5 診察を終了する際の技法

「医療面接」は実技試験として実施されるので、試験終了のベルが鳴った時に面接が終了していない学生も出てくる。その際にも、「ありがとうございました」とお礼を述べるなど、挨拶をして面接を終わらせることを強調している。つまり、たとえ終了ベルによって遮られようとも、目の前の相手に礼節を保つことを教えている。これは精神科の臨床場面にも共通する大切なポリシーであるように思う。面接は医師と患者という人と人との出会いであり、その終了は次の出会い（面接）を約束する場でもある。患者を癒すひとは難解な言葉である必要はなく、「お大事に」あるいは「また来週」という、変わらない主治医の声かけだったりするのではないだろうか。

3. おわりに

精神科の臨床場面で活用できるのではないかと筆者が考えた「医療面接」の技法とその意義につ

いて概説した。近年、ユーザー（患者）の批評眼は厳しく、かつ、彼らが抱える問題は複雑化している。単に処方箋を書くだけでは治療として限界があることは精神科医なら自明のことと思う。私たちが医学生の頃にはなかった「医療面接」の技法を学ぶことは、精神科医としての臨床技能の向上に有用であることを確信している。

文 献

- 1) 平島奈津子, 上島国利. 臨床家のための精神薬理学 (2) 向精神薬と精神療法. 精神療法. 2002 ; 28 (2) : 218-25.
- 2) Lamberg L. Patient-physician relationship critical even during brief "medical checks". *JAMA*. 2000 ; 284 (1) : 29-31.
- 3) Tasman A. Presidential address: The doctor-patient relationship. *Am J Psychiatry*. 2000 ; 157 (11) : 1762-8.
- 4) Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. *Br Med J*. 1975 ; 1 (5955) : 447-51.
- 5) Ivey AE. 福原真知子, 梶山喜代子, 國分久子, 榎木満生, 訳編. マイクロカウンセリング “学ぶ—使う—教える” 技法の統合: その理論と実際. 東京: 川島書店; 1985.
- 6) 平島奈津子, 野口賢吾. 心理療法以前に役立つ医療面接の技法. *こころの科学*. 2011 ; (160) : 18-22.

* * *