

## 臨床現場における精神症候学教育

滝上 紘之<sup>✉</sup>

精神症候学（記述精神病理学とおおむね同義である）に基づく診療スキルは本来、精神科臨床の土台であった。しかし、精神医学の他分野の発展と裏腹に、エビデンスベースの議論にあまり馴染まない精神病理学の存在感が薄まり、精神症候学を伝えられる指導医と、患者の精神病理に興味をもち、精神症候学を学ぶ必要があると考える若手医師のいずれもが減少の一途にある。また、精神症候学スキルの教育は、徒弟教育的手法によらざるを得ない側面があるが、昨今の医学教育改革は必ずしもその教育に有利なものとはいえず、徒弟教育を新しい教育体制に組み込める形にする作業が必要となっている。本稿では今一度、精神症候学の必要性について振り返ったうえで、動画やクルズスなどのコンテンツの充実、プロセスレコードを用いた面接教育などの、学習者の体験から得られる情報量を増やす形での学習効率化や可視化について論ずる。同時に、精神病理学という学問分野自体が孕む難解さがいきなり前面に出てしまうことによって、学習のモチベーションが損なわれるのを避ける工夫も必要である。

## 索引用語

精神病理学, 精神症候学, アクティブラーニング, 徒弟教育, プロセスレコード

## はじめに

精神症候学に基づく診療スキル（技能）は、本来、精神科臨床を遂行するうえで土台となるものである。一方で、その学習方法は必ずしも明示されたものではなく、かつては現代ほどには精神医学の他分野が発展していなかったことも手伝って、精神病理学に通暁した指導医が多かったこと、個々の患者に向き合う時間が長かったであろうこと、そして精神科医をめざす者の興味が患者の精神病理に大

り小なり向けられていたことなどにより、暗黙のうちに、徒弟教育的に身につけるものであった<sup>24)</sup>。

しかし、生物学的精神医学や evidence based medicine (EBM) の発展と裏腹に、そのような指導医は医育機関から姿を消していき、いまや医学部精神医学講座の教授で精神病理学を専門とする者はきわめて稀な存在となっているのみならず、日本精神病理学会の演者における医育機関指導医の割合も低い状況となっている（2023年10月の第46回大会においては、製薬会社共催を除く筆頭演者65名のうち、医学部精神医学講座の専任教員は6名であった<sup>20)</sup>。

著者所属：東京都立松沢病院/慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室

編注：本特集は第120回日本精神神経学会学術総会シンポジウムをもとに熊崎 努（東京農工大学保健管理センター，国家公務員共済連合会虎の門病院精神科）を代表として企画された。

✉ E mail : hiroyuki-takiue@keio.jp

受付日：2024年12月12日

受理日：2025年4月23日

doi : 10.57369/pnj.25-090

そして若手の興味も患者の精神病理以外へと移っている<sup>8,24)</sup>。

加えて、21世紀に入り、国際基準への「標準化」の名のもとに、医学部臨床教育のマニュアル化が進んだ。言語化・視覚化が可能なものほど教育現場で取り扱われやすくなり、「見よう見まね」に多くを依存する徒弟教育的な学習に注意を向ける機会が減りかねない。

これらの変化により、精神症候学のスキル習得がままならなくなるのみならず、習得の必要性に気づく機会そのものがなくなってきていると言わざるを得ない。本稿においては、精神症候学の必要性について今一度振り返ったうえで、これからの教育体制のなかでいかに若手医師が臨床現場で精神症候学を学習するかについて、著者がすでに実施している内容を交えて言語化を試みたい。

## 1. 精神症候学のスキルはなぜ必要か

著者にとって精神症候学スキルの必要性は自明であるが、前述の通りそのスキルの存在自体に目が向きづらくなっているのが実情だろう。精神症候学スキルは基本的に問診をはじめとする面接技術がそのコアであるが、宮岡<sup>11)</sup>は、面接技法のテキストが精神療法の専門家によって書かれることが多く、その内容がラポール形成や心理面に偏りがちで、内因/器質因の鑑別までを必ずしも含んでいなかったことを指摘している。実際に、2024年に刊行された初診面接のテキスト<sup>21)</sup>における統合失調症の項目を読んでも、統合失調症患者にどう接するべきかは豊富に記載されているものの、診断がわかっていない初対面の状態から、どのような点に着目し、聞き方を工夫しつつ鑑別を進め、統合失調症の診立てをつけるに至るのかというプロセスは明記されていない。そして精神症候学スキルとは、その明記されていない部分にあたるのである。

さて、著者にとって精神症候学とは精神病理学の一分野であり、精神症状の捉え方や記述方法にはじまる、臨床に必要なスキル全般を指す（精神症候学と精神病理学の関係性については複数の見解があるが、ここでの言及は差し控える<sup>24)</sup>。とりわけJaspers, K. やSchneider, K. に代表される、了解可能性<sup>2)</sup>や意味連続性<sup>22)</sup>を軸とした記述精神病理学が基盤となる。

了解概念を用いて検討されるべきことの1つは、「初診外来を受診しに来た者」が患者なのかどうか、換言するならば、その者の訴える苦しみは精神障害によるものなの

か、ないし医学的な介入が必要なかどうか、である。来院者による抑うつなどの訴えがただちに医学的診断を意味するのではない点は、訴えに対してまず医学的診断の可能性からルールアウトする身体科臨床と大きく異なるところであるが、初期臨床研修制度のなかで身体科の臨床を経験してきた若手医師にとっては、その違いは教えられなければ気付けないものかもしれない。もちろん健常者としての苦痛と病気（ここではあえて「疾患」という言葉を避けている<sup>5)</sup>）による苦痛は明確に区別できるものではないながらも、自ら解決すべき悩みを医者による治療対象としてしまうと、最悪の場合にはその者が「患者」という立場を手放せなくなったり、薬効を求め続けるがままに多剤大量療法へと引きずり込まれてしまったりという対処困難な事態に陥ることがある。初診限りで終診とする、あるいは再診に回せども介入をせずに経過観察のみを行うという選択肢をもっておく必要があり、その選択肢を選ぶ判断の鍵となるのが了解可能性なのである。例えば、相手の話を聞いていて、「そのつらさは日常的である/ありふれている」と感じたならば、それは医者に「治してもらおう」苦しみではないかもしれない（逆に未治療の心的外傷などは、なかなか語れなかったりする。その苦しみを言語化できているかどうかとも所見の1つである）。

次に注意すべきことは、聞き方によって患者の回答が変化する点である。自分を病気であると認めてもらいたい者と、自分の病気を隠し通したい者が精神科外来には来る（あるいは連れて来られる）。前者としては、例えば、休養の診断書がほしいサラリーマンや、精神鑑定を受ける被疑者——心神耗弱ないし心神喪失と認定されれば減刑される——が挙げられる。後者としては、例えば、再度の強制入院を回避したい統合失調症患者や、自殺を決めており周囲から止められたくない患者が挙げられる。Kretschmer, E. は痛みに関する質問として、1)「なんでここに来られたのですか、話してください」2)「痛みがあるのですか、それともないのですか」3)「痛みがありますか」4)「痛むんですね」の4種を挙げ、数字が大きいものほど暗示力が強まり、病気にとって重要な質問をしていることが患者に伝わりやすくなることを指摘している<sup>9)</sup>。自らがどのような聞き方をしているかについて、常に自覚的であればならない。

そのうえに、用語の使い方の問題が重なる。「幻覚」や「妄想」にはじまる精神病理学用語の定義を理解できているかに加えて、それらの用語を適切に用いることができる

かということである。例えば、「周囲が自分の噂をしている」という訴えには、幻聴や妄想着想などの病的体験である可能性のほかに、現実起きてることであるという可能性もあるが、適切な質問によってこれらの可能性を鑑別しなければならず（著者の場合は、「どうやって『噂をさされている』ってわかったの?」という質問を返すようにしている：なるべく暗示力が弱くなるよう配慮している）、ただちに「妄想である」と早合点してはならない。

最後に、精神症候学のスキルは精神療法家が重視するラポールの形成にも役立つ。例えば、「手足の感じに実感が無い」との訴えに対しては「自分の手足ではないような感じがすることはないか」「自分では動かさそうと思わないのに勝手に動いてしまうことはないか」「操られるように動いてしまうことはないか」などと、より詳しい情報を集めようとするであろう。詳しい質問は「わかってもらえた」という患者の安心感につながり、その後の治療において有効に働くことが多い<sup>13)</sup>（患者側に生じた「受け止めてもらえた」感覚であり、診察者による診立てとしての（Jaspersの）了解とは別物である）。「わかられ過ぎる」ことへの恐怖に配慮しつつも、鑑別診断としての疾病類型を各々についてどれだけ深く知っているか、そしてその知識に基づいて上手く質問に組み上げられるかが、ラポール形成（あるいは図1で言及している共感の示し方）における鍵の1つになるだろう。

## II. そもそも精神症候学のスキルは、どのように習得されてきたのか

すでに中安<sup>16)</sup>がまとめたものに多くを依拠するが、まずは精神症状の捉え方を見て学ぶことと、状態像を見る経験を多数積むことが必須である。前者については、外科医が手術を身につけていくような、「見よう見まね」的なスキル獲得過程を通じて、（症候を問うのではなく）「体験を聴いて、そこから症候を読み解く」問診技術を鍛えることになる（中安は、「患者の陳述の流れに寄り添いつつ行う追体験とそれに基づく即応的質問という技法」と表現している）。後者については、文字通り多数例を診るに尽きるのだが、各々の状態像の「味わいや雰囲気、全体像」を体感することの積み重ねで経験値を上げるということになる。

同時に、臨床現場で得られた言葉や味わい、雰囲気と、言語化された知識を擦り合わせる。独学は難しく、自らが体験した内容をどの言葉で表現するのか、指導医との答え

### ■「よくわかります」の乱発は押し付けがましい

- ・患者の体験や気持ちは完全にはわからない。同じ苦痛を味わうことはないまま、患者の体験>言語化可能なもの>語られたもの、と情報量も減る（+変質する）
- ・わかった気にはなっていない、わかってはいない可能性は常に付き纏う
- ・滝上の場合「私はあなたの話を～のように受け止めたけど（＝あなたのことをわかり切れてはいないかもしれないけど）、それはとても大変だっただろう」など、自分の受け止めを伝える形にして一方的にならないよう試みる

### ■共感から一歩引いて構える冷徹さが必要なことも

- ・患者の話に他罰さが目立つ場合は、了解はできても共感は難しい（安易に共感を示さないこと）。「その相手がどれくらい悪いのかここでは判断できないけど、あなたはそう思うんだね?」などと応じたうえで、医療でできることの限界を伝える
- ・とても了解可能な場合、そもそも病気でないかもしれない

### 図1 共感の伝え方と、冷徹さが必要な時

医学部臨床実習クルズズ事前動画スライドの1例。了解可能かを判断する前提として共感的態度が求められるが、寄り添おうとする姿勢は必須ながら寄り添えたりつりになってしまう（早合点してしまう）ことは慎まなければならない。

合わせを交えて1つずつ習得する。

さらに、上級医の診察を「見て学ぶ」。中安<sup>17)</sup>や松本<sup>12)</sup>は、上級医としてカンファレンスの場で自らの診察を若手に見せたこと、あるいは若手医師の立場で上級医の診察に立ち会ったことを紹介している。

このような教育を一言でまとめるならば、「職人教育」あるいは「徒弟教育」といえるだろう。これらは言語化できないスキルを伝授するのに必須の教育手法であり、古典的な医学教育とはそのようなものであった。何を見て何を真似るかを学習者が主体的に決める姿勢が、まず求められる教育手法でもあった。

## III. 近年の医学教育環境の変化は、精神症候学教育に不利なものであった

21世紀に入り、とりわけ卒前教育の言語化や可視化、構造化が進められた。現在では身体診察や問診、鑑別診断などのスキルが臨床実習前後の客観的臨床能力試験（Objective Structured Clinical Examination：OSCE）で評価され、各診療科における臨床実習の評価もその到達目標自体（コンピテンシー）も、明確化やマニュアル化が求められてきている<sup>18)</sup>（このような手法により、面接技法について、一定の質を保つことができるというメリットは挙げられ

る<sup>14)</sup>).

加えて、医学部に限らず、学生の新たな学習形態として、「アクティブラーニング」が推奨されるようになった。これは一方向的な講義ではなく、学生が積極的、能動的に参加する講義形態とされているが<sup>3)</sup>、その1例として、教員が作成した講義動画を事前に学生が視聴し、その内容について、実際の講義時間にグループで議論するという「反転学習」方式が、著者が所属する大学医学部では推奨された。

しかし、前項でも触れたように、本来徒弟教育こそが学習者の能動性が問われるものであった。ところがかつて中井<sup>15)</sup>が「最近の医学教育には、鉛筆を削るマニュアルを、鉛筆を削ってみせることよりも何か正しいこと、新しいことのように考えるきらいがある」と指摘したように、徒弟教育は否定的な取り上げ方をされがちである。

精神症候学に基づく診療スキルは、学習者が体験した雰囲気や文脈に応じた指導が必須であり、外科系の医師が手術のスキルを身につけると同様に、徒弟教育的な学習をもってしなければその習得が困難である。しかし、手術ほどには目に見えず、どのような点に着目するかを学習者がより意識しなければならないなかでは、それが習得が必要なスキルであり、かつ精神療法家が強調する医師患者関係構築スキルとは異なるものであると理解してもらうことすら忘れられかねない（逆に手術については、その手順書を読んだだけの医師に執刀されたくない、希死念慮をもつ者以外の誰もが思うものだろう）。

#### IV. 徒弟教育をこれからの医学教育に組み込むために、著者が試みていること

精神症候学教育、というより徒弟教育は元来、潤沢な時間を必要とする性質のものであったが、かつてと全く同じ教育手法を、より多忙な現在の研修環境に組み込むには無理がある。「見よう見まね」という原則を守りつつ、体験したものから得られる・引き出せる情報量をいかに多くできるかが、その鍵といえよう。かつその目的を達するために、「可視化」の手法を用いるのが、これからの医学教育に沿うものとなるだろう。

そのための試みの第一が、動画やクルズスなどのコンテンツの充実である。著者は医学生や看護学生、初期研修医から専攻医に至るまでに講義やクルズスを実施してきたが、医学生向けのクルズスにおいては、事前動画で上級医診察の陪席時に着目すべきポイントを伝え、クルズスの時

間では、実際に学生が陪席した症例について検討する方式を試している（反転学習方式を組み込んでいる）。同時に、OSCE 医療面接における学習内容と連続性をもつ内容としている。スライドの一部を図1に示す（図1の内容について、例えば「共感」の定義は何かという問題が生ずる余地があるが、後述の通り学習における難易度設定の観点から、その詳細には触れていない）。

学生の感想として、例えば、

- ・精神科に来る患者さんの主訴と、実際の症状との関係、相違について学べて興味深かったです。それもただの知識として学ぶのではなく、ディスカッション的な形式で学べたことで印象に残りました。
- ・鑑定と診断は違うものであり、診断治療では患者さんの訴えがある（著者註：詐病ではない）ということ为前提として聞くということは改めて勉強になった。
- ・学生がポリクリのなかで感じたことについて語り、それに対して先生がフィードバックを行うという形のクルズスであった。講義形式のクルズスが多いなか、このような形態のクルズスは、学生の体験に寄り添っているように感じ、とても勉強になることが多かった。

といったものが寄せられた。実際のクルズスにおいては、学生からの質問内容に応じて著者が話す内容も変えていたため、実習グループごとにクルズスの内容自体が異なったのであるが、双方向性のクルズスになったこととも相まって、精神症候学に多少なりとも学生の関心を向けることができたのではないかと考えている。

一方で、専攻医向けのクルズスにおいては、精神症候学の基本ながら、手っ取り早く参照するのが難しい知識について取り扱っている。スライドの一部を図2に示す。

なお、図2で挙げた Jaspers の「発生的了解」と Schneider の「生活発展の意味連続性」は厳密に同一の概念であると断言できないものの、初学者向けかつ当座の日常臨床に役立つことを目的とする都合上、細かな差異には目を瞑っていることをお断りしておく。

試みの第二は、面接自体のフィードバックである。指導医が見せた面接について、その要点を言語化することで、陪席した者の気づきにつなげることが期待できる。また、若手医師が実施する面接については、精神看護学実習で汎用されているプロセスレコードを導入している。これは患者との面接の一部を取り上げ、そのときの自分の考えや相

■横断面：静的了解

- ・今現在の精神状態が、疾患的でない人間の状態像としてありうる（＝了解可能である）か否かを判断。Jaspersは「静的了解不能」を「狂気」と位置付けた
- ・「(患者の今現在の) いろいろの性質とか状態とかを心の中に描き出す」作業

■縦断面：発生的了解・生活発展の意味連続性

- ・患者の精神状態の時間経過・変化のありようが、了解可能であるか否かを判断
- ・「精神的なものが精神的なものから、はっきりそうとわかるように、明証性をもって出てくることを了解する」作業。ある体験が以前の何かに動機づけられているか
- ・Schneiderは「生活発展の意味連続性」と表現。断絶した場合を疾患的とした

■静的了解が不能であれば発生的了解も不能だが、その逆は必ずしも成り立たない

- ・内因性気分障害の多くは発生的了解のみが不能。統合失調症はいずれも不能

図2 了解可能性の横断面と縦断面を探る

精神・神経科専攻医クルズスライドの1例。ここでは「内因性」を「了解不能だが身体の疾患として説明ができない」の意味で用いている。操作的診断基準において採用されている概念ではなく、また、身体医学における内因性の語と意味が異なるなどの紛らわしさもあるが（例えばSchneiderは「身体的基盤の不明な精神病」と表現している<sup>22)</sup>）、了解概念と表裏一体の概念であり、他に簡潔な表現が見あたらないことからこの語を用いる。

手が何を考えただろうか、後から振り返ったらどう考察されるかを書き添えて、指導者と検討するものである<sup>23)</sup>。プロセスレコードの具体例とその添削例を図3に示す（実際の記録を元に、患者・医師の言動とも改変している）。

試みの第三は、古茶のいう「物真似精神医学」である<sup>7)</sup>。すなわち、上級医の診療場面を、これはというタイミングで真似てみてもらうことである。複数の上級医の診療場面に陪席することにより、物真似の選択肢を多数作ることが目標となる。個々の指導医には得意不得意があり、またどこまでを了解可能とするかにも違いがあるため、できれば多数の模範例から取捨選択できるとよい。

なお、本項で紹介した試みは、海外における記述精神病理学教育の動向とも近似している。近年の系統的レビュー<sup>1)</sup>によれば、講義やアクティブラーニング、指導医による面接へのフィードバックが主な教育手法であることが示されている。

V. 教育のなかで注意すべきこと

ここまで精神症候学教育の方法論を紹介してきたが、最も根本的な問題は、本稿冒頭で取り上げた「精神症候学教育の担い手が身近にいない」というものだろう。専攻医を

患者の言動	自身の思い・考え	自身の言動	考察
<p>症状がある程度残っていても差し支えないですか。</p> <p>やたら変な言葉が思い浮かんだりしてきて、これは統合失調症ではないのでしょうか。</p> <p>特にないです。</p>	<p>統合失調症としては典型的ではない。一級症状がないか確認しておきたい。</p> <p>やはり統合失調症は違うか。</p>	<p>すべての症状が完全になくなる必要はありません。</p> <p>誰もいないのに話し声が聞こえるようなことはありませんか。</p> <p>統合失調症の可能性は低いと思います。</p>	<p>傾聴し支持的に接することに努めた。</p> <p>よりclosedな質問で除外を試みた。</p> <p>closedな質問で疾病類型を除外するには限界がある</p>

図3 プロセスレコードおよびその添削の1例（吹き出しが著者による添削内容）

プロセスレコードを用いた検討を行うことにより、学習者の思考過程を可視化して指導対象とすることができるのみならず、「このタイミングでどのような言葉を代わりに用いればどのような展開が期待できたか」というように、面接における言葉の使い方についてより具体的な議論や指導が可能となっている。

はじめとする若手医師の側における簡明な対処法がなく、著者も実現可能性の高い解決策を思いつくに至っていないのだが、近年、諸先輩方の尽力の成果として、すでに本稿で引用した松本<sup>10)</sup>の『症例でわかる精神病理学』や古茶<sup>4)</sup>の『臨床精神病理学—精神医学における疾患と診断—』の他にも、『精神科シンプトマトロジー—症状学入門—』<sup>26)</sup>や『精神症状の診かた・聴きかた—はじめてまなぶ精神病理学—』<sup>19)</sup>といった、精神症候学の入門書と位置付けられる書籍が複数刊行された。これらの内容について指導医が大まかに把握しておくことで、臨床教育現場において、そのつど何を参照すればよいかを交えたbed-side learningが可能となる。さらには、指導医に精神病理関連の症例検討会に参加してもらうことで、指導医の質問力・指導力が「見よう見まね」で上達するかもしれない。

そのうえで、まず注意を払うべきことは、いかに学習者のモチベーションを維持するかである。患者の精神病理に向かう興味が相対的に低下した現代においては、「これなら自分にもわかるかも」という感覚を専攻医がもてるかどうか、DSMというマニュアルに流されずに、精神症候学を学び続けようとするかどうかにつながる。精神症候学、ないし精神病理学においては著者にとっても難解な議論が多いが、各々の学習者にとって、多少なりとも患者から得られた情報を通じて「わかった気持ち」になれる程度に、指導内容の難易度を調節する、そのつど設定し直すという、コーチングの姿勢が重要と考えられる(図1や図2の内容において、厳密には間違いを含むかもしれない点をあえて無視しているのは、難易度を下げるためである)。

精神病理学を難解にせしめている要因の1つに、用語の定義の問題が挙げられる。この問題を避けて通ることはできないが、学者によって意味が異なるほどその厳密さを突き詰めると、議論の着地点を見いだせなくなり、教育的ではなくなってしまう。「精神病理学者以外の精神科医が一般臨床で用いるのに十分な程度を狙った、最大公約数的な用語の定義」が求められる。

最後に、精神病理学関連の文献の入手性について触れておきたい。以前であれば初学者向けの必読書とされていた重要文献の多くは、絶版などのために定価で購入することが著しく困難になっている。また、エビデンスを扱う英語論文とは異なり、「臨床精神病理」誌や「精神科治療学」誌などの、専攻医をはじめとする若手医師にぜひ読んでもらいたい論考を多数掲載した和文雑誌はオンラインジャーナル化されていない。本稿は「臨床精神病理」誌に掲載さ

れた拙論<sup>24)</sup>を土台としているが、その議論を再掲しつつ発展させていることの意味として、その拙論がインターネットで入手できないために、なかなか読まれない可能性への配慮がある。前に挙げたコンテンツの充実という目的にも鑑み、電子書籍化を含め電子媒体への対応は喫緊の課題である。

## おわりに

精神科臨床にとって間違いなく必要でありながら、その継承がままならなくなり廃れつつある精神症候学の教育手法について、現段階で可能な限り可視化を試みるべく本稿を著した。精神症候学が継承されなくなることの重大な影響は、まず司法精神医学領域に及ぶであろうが(了解可能性の程度が、刑事責任能力の程度と多少なりとも相関するのは論を俟たないのみならず<sup>6)</sup>、被疑者の意図に沿った情報収集が行われてしまった場合の結末は悲惨なものとなかなかねない)、そうでなくとも、精神症候学スキルを通じて得られた情報は、各々の患者にどう向き合っていくかという、診療の大枠を決めていく参考となるものである。

このように、精神症候学は単に診断に役立つだけのものではない。エビデンスに基づく薬物療法や認知行動療法をはじめとする各種の専門的な精神療法を、誰にどのようなタイミングで適用するべきかという準拠枠を提供してくれる可能性を秘めている。この点についての言語化、可視化の作業は、すでに試みている部分もあるが<sup>25)</sup>、著者にとっては今後の課題である。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

## 文献

- 1) Etxeandia-Pradera, J. I., Martinez-Urbe, D., Bellver-Pradas, F., et al.: Training psychiatry residents in descriptive psychopathology: a systematic review. *Psychopathology*, 54 (1); 1-17, 2021
- 2) Jaspers, K.: *Allgemeine Psychopathologie: Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen*. Verlag von Julius Springer, Berlin, 1913 (西丸四方訳: 精神病理学原論。みすず書房, 東京, 1971)
- 3) 小林直人: 明日からできるアクティブラーニング, 入門編 (<https://jsme-undergraduate.jimdofree.com/app/download/5554137866/アクティブラーニング入門.pdf?t=1511563269>) (参照 2024-10-03)
- 4) 古茶大樹: 臨床精神病理学—精神医学における疾患と診断—。

- 日本評論社, 東京, 2019
- 5) 同書, p.26
  - 6) 同書, p.192
  - 7) 同書, p.214-215
  - 8) 古城慶子: ハイデルベルクの学統と Janzarik, W. の精神病理学. 福岡行動医誌, 14 (1); 3-22, 2007
  - 9) Kretschmer, E.: Medizinische Psychologie, Zehnte, verbesserte und vermehrte Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1950 (西丸四方, 高橋義夫訳: 医学的心理学 新装. みすず書房, 東京, p. II-111-II-112, 1985)
  - 10) 松本卓也: 症例でわかる精神病理学. 誠信書房, 東京, 2018
  - 11) 同書, p.3
  - 12) 同書, p.259
  - 13) 宮岡 等: こころを診る技術—精神科面接と初診時対応の基本—. 医学書院, 東京, p.3-4, 2014
  - 14) 同書, p.4-5
  - 15) 中井久夫: 徴候・記憶・外傷. みすず書房, 東京, p.189, 2004
  - 16) 中安信夫: 精神科臨床を始める人のために—精神科臨床診断の方法—. 星和書店, 東京, 2007
  - 17) 中安信夫: かつての精神科臨床教育はどのようなものだったのか—外来初診患者の予診と本診陪席—. 精神科治療学, 35 (11); 1253-1260, 2020
  - 18) 日本医学教育評価機構: 医学教育分野別評価基準日本版 Ver. 2.36. 2023 ([https://www.jacme.or.jp/pdf/wfme-jp\\_ver2.36.pdf](https://www.jacme.or.jp/pdf/wfme-jp_ver2.36.pdf)) (参照 2024-10-03)
  - 19) 日本精神病理学会書籍刊行委員会編: 精神症状の診かた・聴きかた—はじめてまなぶ精神病理学—. 金剛出版, 東京, 2021
  - 20) 日本精神病理学会: 第46回日本精神病理学会学術総会プログラム・抄録集, 2023
  - 21) 日本精神神経学会精神療法研修委員会編: 精神科初診面接の教科書—動画付—. 新興医学出版社, 東京, 2024
  - 22) Schneider, K.: Klinische Psychopathologie: Mit einem aktualisierten und erweiterten Kommentar von Gerd Huber und Gisela Gross, 15. Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2007 (針間博彦訳: 新版 臨床精神病理学原著第15版. 文光堂, 東京, 2007)
  - 23) 武井麻子, 末安民生, 小宮敬子ほか: 精神看護の展開, 第6版. 医学書院, 東京, p.28-45, 2021
  - 24) 滝上紘之: 精神症候学教育の方法論を考える. 臨床精神病理, 45 (2); 189-198, 2024
  - 25) 滝上紘之: 病態構造から手当てを組み立てる. 臨床精神病理 (in press)
  - 26) 内海 健, 兼本浩祐編: 精神科シンプトマトロジー—症状学入門 心の形をどう捉え, どう理解するか—. 医学書院, 東京, 2021

# Education of Psychiatric Semiology (Symptomatology) in Clinical Practice

Hiroyuki TAKIUE

Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital

Department of Neuropsychiatry, Keio University School of Medicine

Clinical skills based on psychiatric semiology (largely synonymous with descriptive psychopathology) have been the foundation of clinical psychiatry. However, despite developments in other areas of psychiatry, the presence of psychopathology, in which clinicians are less familiar with evidence-based discussions, has been declining. The numbers of instructors who can discuss psychopathology, and of residents who are interested in the psychopathology of their patients and consider it necessary to learn psychiatric semiology necessary, are decreasing. In addition, the teaching of relevant skills is often based on an apprenticeship approach ; however, recent reforms in medical education have not necessarily been favorable to this approach. Therefore, efforts are needed to transform apprentice training into something that can be integrated into the current educational system. This paper assesses the need for psychiatric semiology and introduces the streamlining and visualization of relevant training via content enrichment through methods such as videos, mini-lectures, and interview education using process-recording. These methods are expected to increase the amount of information obtained from the learner's experiences. Finally, we discuss the need to avoid the difficulties inherent in psychopathology itself, which can weaken the motivation for learning.

## Author's abstract

**Keywords** psychopathology, psychiatric semiology (symptomatology), active learning, apprentice training, process record