

図 7 原因

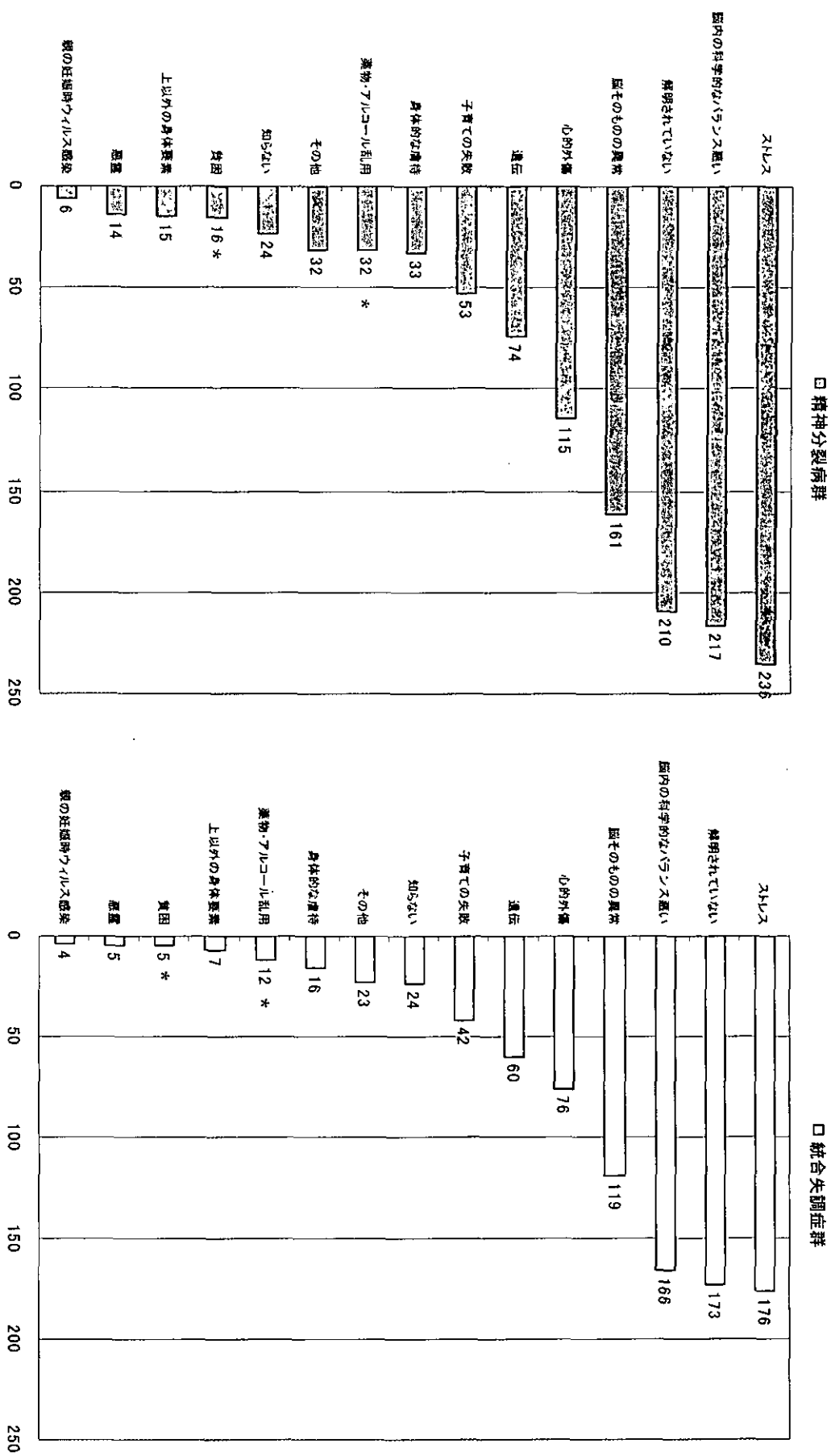


図 8 社会的な不利益

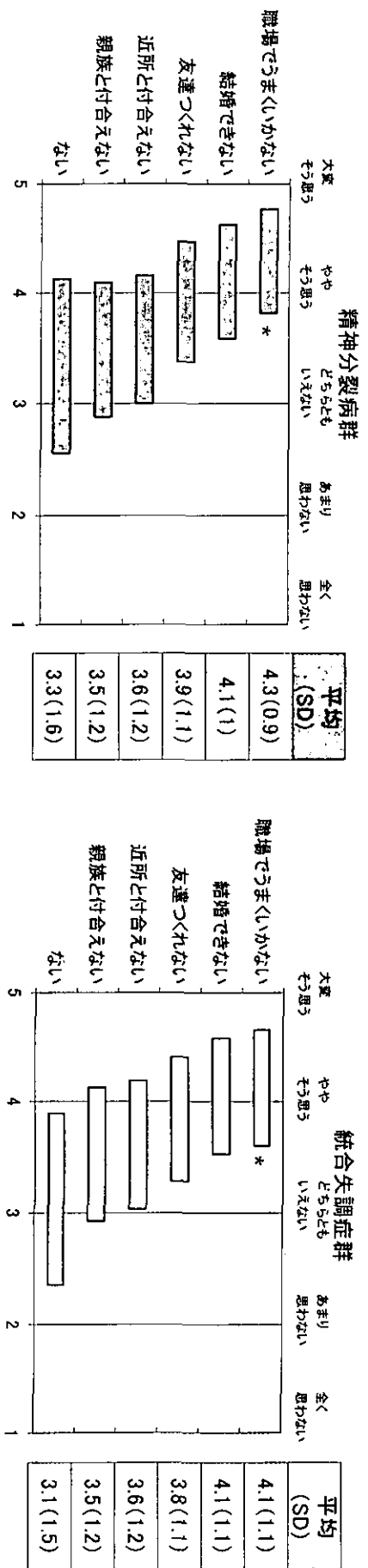


図 9 対応方法の有効性：家族調査

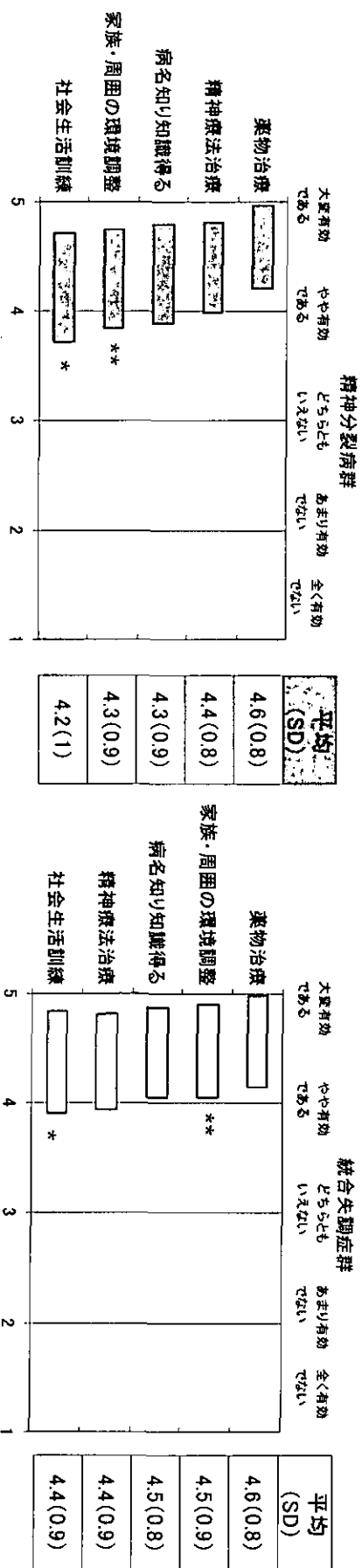


図 10 呼称変更を知っていたか

	度数(%)			合計
	はい	いいえ	不明	
精神分裂病群	371 (94.9%)	20 (5.1%)	8	399 (100%)
統合失調症群	293 (94.2%)	18 (5.8%)	13	324 (100%)

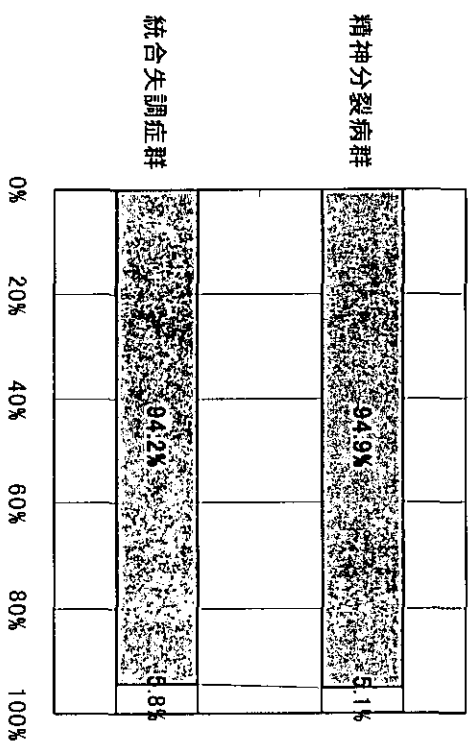


図 11 病名変更での印象

	度数(%)					合計
	良い印象になった	かわらない	悪い印象になった	その他	不明	
精神分裂病群	232 (59.6%)	81 (20.8%)	2 (0.5%)	74 (19%)	10	399 (100%)
統合失調症群	199 (63.2%)	58 (18.4%)	4 (1.3%)	54 (17.1%)	9	324 (100%)

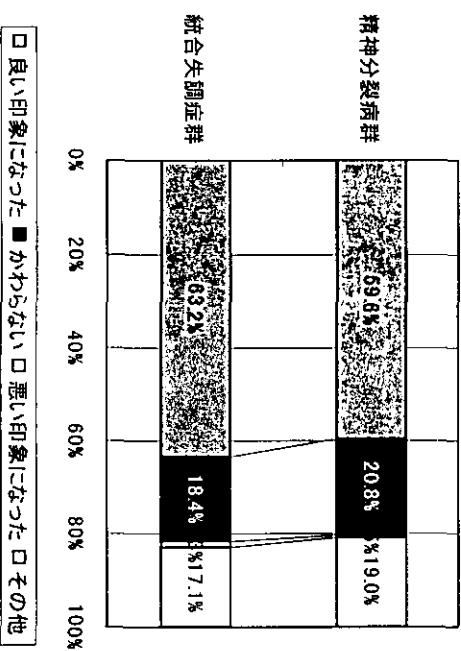
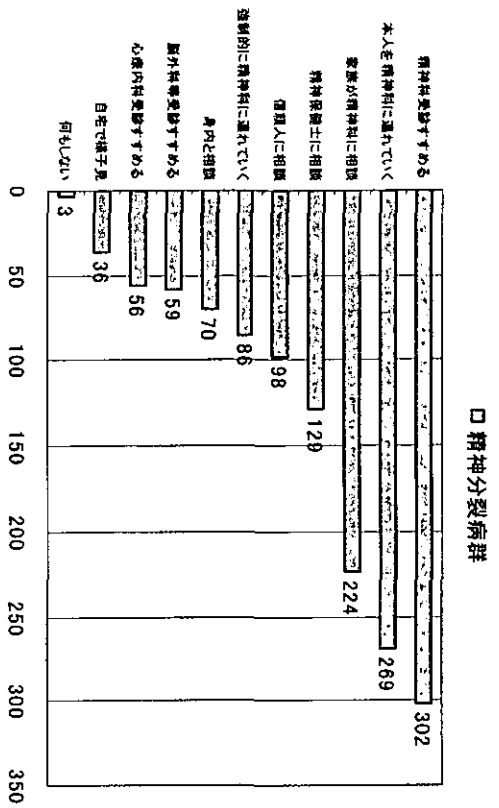
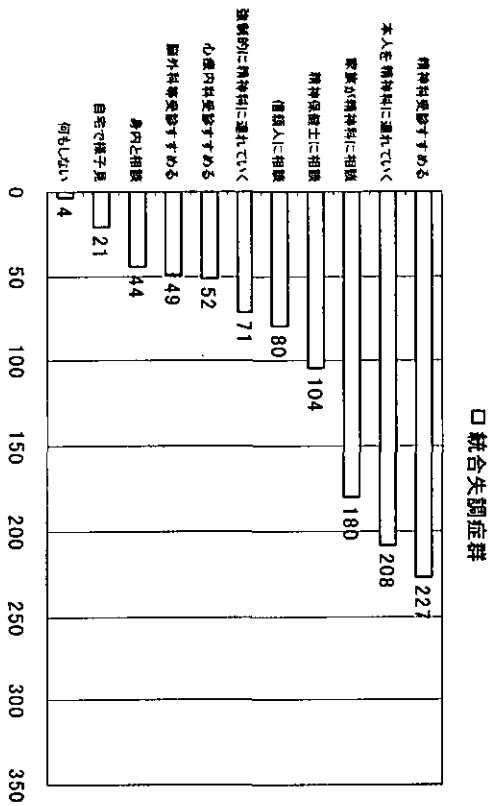


図 1 2 家族にいたら

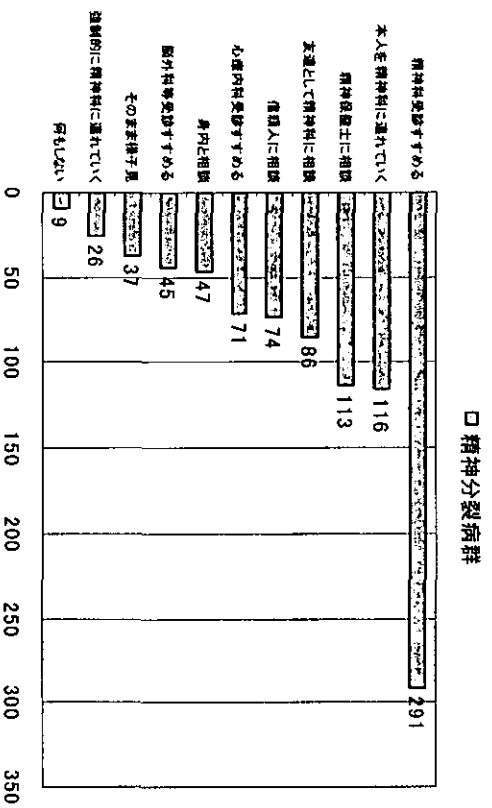


精神分裂症病群

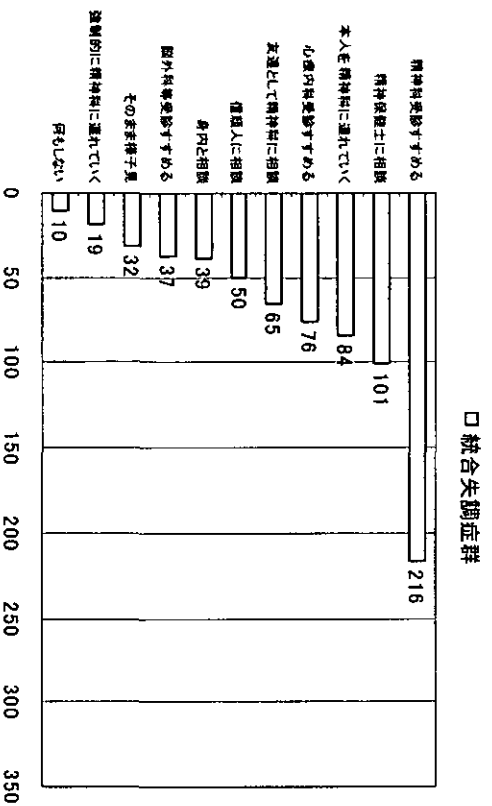


統合失調症病群

図 1 3 友人・知人にいたら



精神分裂症病群



統合失調症病群

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
精神疾患の呼称変更と効果に関する研究
分担報告書

新病名「統合失調症」の普及状況調査

分担研究者	東北福祉大学大学院	佐藤光源
研究協力者	東北福祉大学大学院	小岩真澄美
	仙台市精神保健総合福祉センター	岡崎伸郎
	宮城県精神保健福祉センター	白澤英勝
	国見台病院	岩館敏晴

要約

2002年8月に「精神分裂病」から「統合失調症」に病名が変更されたが、新病名がその後どのように普及しているのか調査した報告はない。このため、精神保健福祉法関連の公的文書（入院届、定期病状報告書、通院医療費公費負担申請の診断書、障害者手帳申請の診断書）に記載された新病名の頻度を、宮城県と仙台市（政令都市）では2002年4月から翌年2月まで月別に調査し、ついで2003年3月時点における全国調査を行った。その結果、新病名は2002年秋から急速に普及し、翌年1月には仙台市で85.6%、宮城県では74.5%の使用頻度に達していた。また、2003年3月時点の全国41都道府県の調査結果では平均77.7%の使用頻度であった。これは日本精神神経学会（JSPN）が新病名を採用して7ヶ月経過した時点の調査結果であり、今ではさらに普及しているものと思われる。病名変更後の右肩上がりの急速な普及状況は、schizophreniaへの偏見を是正してスティグマを軽減し、この疾患に対する適正な知識を啓発し、回復者や障害者のノーマライゼーションを推進にしようとしたJSPNの病名変更の主旨1）が広く受け入れられていることを示唆している。精神保健福祉法でのみ変更されていない「精神分裂病」という旧病名を早急に「統合失調症」という新病名に変更する必要がある。新病名に変更した理由を評価して、すでに全国80大学医学部が所属する精神医学講座担当者会議監修の統合失調ガイドライン（2004.1）や医師国家試験などで新病名が採用されており、メディアも一斉に新病名を採用していることも周知のことである。精神障害者の処遇改善や人権擁護をめざす精神保健福祉法が、そのスティグマのために障害者の社会参加を阻むとされた「精神分裂病」という旧病名を用いている現状には問題があり、速やかに改善する必要がある。

調査研究Ⅰ 宮城県と仙台市における新病名の
月別普及率

1. 研究目的

日本精神神経学会は2002年8月の総会で
精神分裂病を統合失調症に変更し、同月、厚生

労働省精神保健福祉課は公的文書の診断名に統
合失調症を使用することを認め、それを全国都
道府県・政令都市に通知した。しかし、今もな
お精神保健福祉法には旧病名が使用されており、
その変更には新病名が十分普及していることを

示すエビデンスが求められた。このため、まず宮城県と仙台市における新病名の使用頻度の月別推移を調査し、ついで2003年3月時点における全国の普及状況を調査した。

2. 方法

精神保健福祉法にかかわる公的文書のうち、①通院医療費公費負担申請に係わる診断書、②精神障害者保健福祉手帳の交付申請に係わる診断書、③患者処遇等の審査に用いる医療保護入院届に記載された診断名、④措置入院者を含む定期病状報告書に記載された診断名を対象に、病名欄に記載された「精神分裂病」「統合失調症」の月別頻度を調査した。調査にあたっては、宮城県と仙台市の両精神科医療審査会長と宮城県精神保健福祉センターと仙台市精神保健福祉センターの両センター長に研究の目的と方法を説明して了承を得た。ついで、宮城県と仙台市の両センターに調査を依頼し、調査にあたっては個人情報に関する守秘義務を遵守した。

調査期間は、精神分裂病の呼称変更がJSPN理事会(2002年1月)、評議員会(2002年6月)、総会(2002年8月)の順に承認されたことを考慮し、2002年4月から2003年1月(一部は2月)までの10ヶ月間とした。

3. 結果

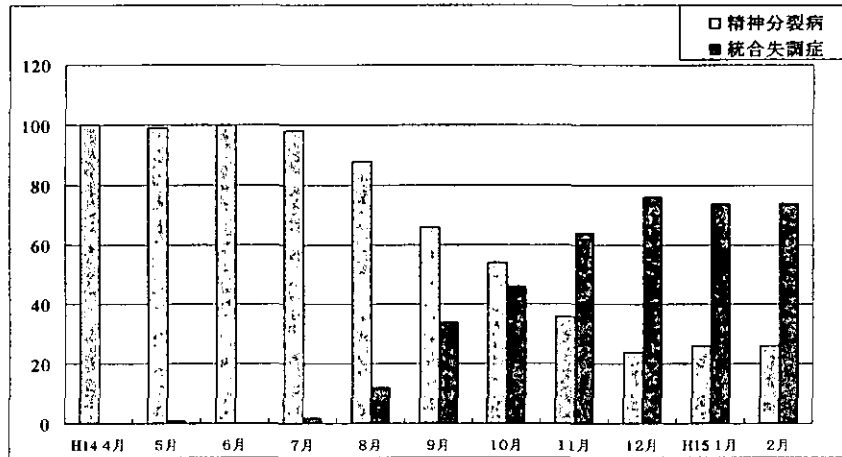
宮城県と仙台市を併せた新病名の使用頻度の推移を図1に示した。「統合失調症」の使用頻度を月別にみると、2002年8月8.6%(県8.3,市9.0%)、9月34.3%(県24.3,市45.7%)、10月

52.0%(県44.1,市64.5%)、11月62.8%(56.4,市75.0%)、12月79.3%(県74.3,市85.4%)、2003年1月76.0%(県69.1,市85.4%)となっており、9月から12月まで毎月着実に増加して79.3%に達していることが分かった。仙台市は宮城県(仙台市を除く)よりも使用頻度が高く、2002年12月時点でみると宮城県の74.3%に比べ仙台市は85.4%であった。宮城県に限っていえば、都市部がその周辺部より早く新病名が普及したことがわかる。

図1

公的文書の種別でみると、つぎのようである。①通院公費負担申請、②福祉手帳交付申請、③医療保護入院届、④定期病状報告書について宮城県・仙台市を併せた全体でみると、統合失調症の記載は、2002年9月が②52.4>③37.9≥①37.8>④32.7(%)、10月が②65.4>①50.8>③49.0>④32.7(%)、11月が②75.5>①63.8>③63.3>④59.4(%)、12月が①81.1>②80.6>③78.8>④72.1(%)となっていた。通院公費負担申請や福祉手帳の交付申請に添える診断書病名の方が、医療保護入院届や定期病状報告書に記載する診断名より早く新病名が採用される傾向がみられた。当事者の目に触れる書類の方が医療関係者間で使う書類よりも早く新病名に移行していたといえることができる。また、県・市とも2002年9月から12月までの間、医療保護入院届の病名変更が、定期病状報告書を上回っていた。

図1 医療行政現場における新病名の使用頻度（月別推移）
 —宮城県・仙台市—



調査研究Ⅱ 全国における新病名の月別普及率（2003年3月時点）

1. 研究目的

調査研究Ⅰによると、新病名「統合失調症」が2002年8月から速やかに普及しはじめ、2003年1月には4種の公的文書の76.0%（宮城県69.1%、仙台市85.4%）で使用されていた。この結果を受けて、2003年3月時点における同様の調査を全国で行った。

2. 研究方法

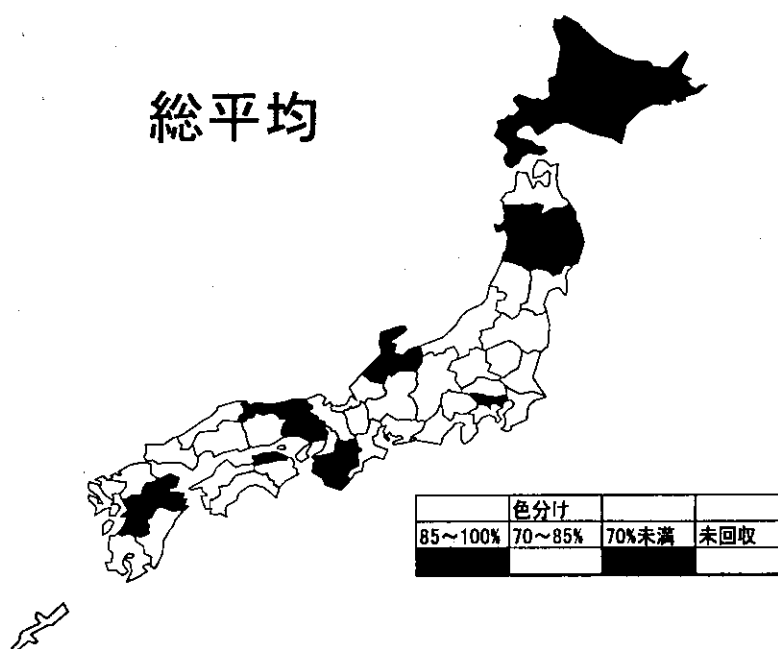
対象は全国の精神保健福祉センター61施設で、調査方法はⅠと同じである。

3. 結果

48施設から回答があり（回収率78.7%）、調査対象となった4種の公的文書は計18,047通であった。その結果、全国平均で77.7%であり新病名が急速に普及していることが示された（表1）が、図2のようにかなり地域差がみられた。

（表1）

図2 新病名「統合失調症」の使用頻度



(2003年3月時点)

III. 考察

精神科を受診して初めて「schizophrenia」と診断されたときから、診断された人とその家族はこの病名に纏わるスティグマと直面することになる。そして、病気による社会生活機能の障害に加えて、そのスティグマが患者や回復者の社会参加を阻んだり、回復を遅らせたり再発を促す大きなリスクになる。世界精神医学会（WPA）はこの事実注目し、1996年から「The WPA Global Programme Against Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia」という国際的なプログラムを展開している。これはWHOが2001年を精神保健年に指定し、「World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope」で精神障害者に関する適正な知識の啓発や精神保健・福祉ケアの水準向上を勧告したこともあって、2002

年WPA横浜大会でも大きくとりあげられた。

日本では、これに加えて「精神分裂病」に纏わる根深いスティグマがある。この病名称そのものがもつ人格否定的な語感に加えて、JSPNがSchizophrenie=精神分裂病(=早発痴呆, 1937)と訳出してから早発痴呆概念を四半世紀前頃まで常同的に継承してきた精神医学や、呉秀三の「コノ国に生マレタルノ不幸」に代表される長い隔離・拘禁という非人道的な処遇の歴史などが重なって、「精神分裂病」に対するスティグマが形成されていた。1993年に全国精神障害者連合会がJSPNに「精神分裂病」の呼称変更を要望したのが契機となり、1995年にJSPNの小委員会での問題をとりあげ、「病名そのものが当事者にとって不利をもたらさない」「病ではなく、症状群であること」に留意しながら多くの検討を重ね、2002年に「統合失調症」とい

う新病名に改められた。これは、WPA の活動や WHO の勧告と合致し、2002 年の WPA 横浜大会では各国から独創的なアンチスティグマ活動として注目された。現在は、これを WPA Global Programme の一環として位置づけ、JSPN 委員会とそれを支援するアンチスティグマ研究会が活動を展開している。

新しい病名への期待は、統合失調症という病気への適正な理解を啓発してスティグマの解消や回復者の社会参加を促すだけでなく、医療そのものに大きなインパクトを与えるものとして期待されている。それは、患者と家族に「統合失調症」という正しい病名を伝え、最新の医学概念で病気をわかりやすく説明し、治療目標と治療方針を「分かり合う」といいう新しい精神科医療への道を開くものである。

患者・家族への病名告知を含め、今回の調査で新病名の普及状況が明らかになった「宮城県」「仙台市」において、医療現場でどのような影響がみられているのであろうか。その調査結果は、本報告書に分けて報告したので参照されたい。

引用文献

- 1) 佐藤光源（監修）：統合失調症—精神分裂病と何が変わったのか。日本精神神経学会呼称変更特別委員会、2002
- 2) 佐藤光源、井上新平（編著）：統合失調症治療ガイドライン。医学書院、2004

表1 全国都道府県・政令都市における統合失調症の使用頻度

県・政令指定都市	定期病状 報告書		通院医療費公 費負担診断書		障害者手 帳診断書	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
北海道	118	52.54	578	69.72	135	82.22
札幌市	85	49.41	364	79.40	79	75.95
青森県	59	86.44	247	75.71	38	92.11
岩手県	52	86.54	221	86.88	46	80.43
宮城県	41	68.29	213	80.28	21	90.48
仙台市	45	93.33	86	87.21	29	82.76
秋田県	53	75.74	184	82.07	44	77.27
山形県						
福島県						
茨城県	175	68.57	319	79.00	67	85.07
栃木県						
群馬県	86	75.58	188	68.62	47	65.96
埼玉県	228	66.67	987	80.34	159	79.25
千葉県						
千葉市	39	97.44	69	80.34	13	92.31
東京都(中部・多摩・都立)	262	68.70	1441	68.01	414	69.08
川崎市						
神奈川県	114	78.07	580	81.90	95	82.11
横浜市	90	76.67	388	87.89	121	88.43
新潟県	142	71.83			49	71.43
山梨県	53	77.36	61	90.16	44	84.09
長野県	70	84.29	383	78.85	54	88.89
岐阜県						
静岡県	106	59.43	296	83.45	57	78.95
愛知県	117	44.44	345	77.97	105	80.95
名古屋市	99	77.78	149	76.51	78	64.10
三重県						
滋賀県	44	54.55	148	86.49	13	84.62
富山県	55	69.09	202	69.80	25	60.00
石川県	52	98.08	205	98.54	29	82.76
福井県	17	70.59	68	86.76	21	76.19
京都府						
京都市						
大阪府						
大阪市	2	0.00	314	69.43	108	75.93
兵庫県	101	67.33	287	99.64	102	84.31
神戸市	63	74.60	109	86.24	90	85.56
奈良県	65	50.77	79	54.43	15	93.33
和歌山県	52	100.00	114	83.33	13	92.31
鳥取県	39	76.92	128	92.97	30	100.00
島根県	29	82.76	135	82.96	20	90.00
岡山県	101	88.12	311	81.67	28	92.86
広島県	117	70.94	217	77.88	127	77.17
広島市	45	73.33	74	83.78	92	85.87
山口県						
徳島県	60	73.33	121	83.47	42	90.48
香川県	13	84.62	154	95.45	19	94.74
愛媛県	103	56.31	315	76.19	28	85.71
高知県						
福岡県						
北九州市	48	91.67	168	86.31	45	86.67
福岡市	55	50.91	168	69.05	59	71.19
佐賀県	53	69.81	148	76.35	7	71.43
長崎県	71	84.51	170	86.47	38	71.05
熊本県	152	84.21	286	87.41	103	86.41
大分県	162	61.11	112	75.00	16	62.50
宮崎県						
鹿児島県	224	83.93	325	81.85	71	73.24
沖縄県						
総数	3757	71.81	11457	79.22	2836	79.30

厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業
精神疾患の呼称変更効果に関する研究
分担研究報告

「統合失調症への病名変更－診療場面への波及効果」

分担研究者	東北福祉大学大学院	佐藤光源
研究協力者	東北福祉大学大学院	小岩真澄美
	仙台市精神保健総合福祉センター	岡崎伸郎
	仙台市立病院	浅野弘毅
	国見台病院	岩館敏晴

要約

Schizophrenia に対するスティグマと偏見・差別を是正するために、日本精神神経学会 (JSPN) は 2002 年 8 月、病名を「精神分裂病」から「統合失調症」に変更した。それに伴い、統合失調症には ICD-10 診断基準による疾患概念を適用され、人格荒廃や早発痴呆を中核とする旧い概念が改められようとしている。この病名変更によって患者・家族への病名告知や病気の説明が容易になり、当事者との分かり合った医療が推進されるものと期待されている。さきの調査では、2002 年 8 月に変更された新病名が同年秋から急速に普及し、翌年 1 月には 78% に達していた (本報告書：別項)。これは、JSPN が新病名に変更した理由が広く理解されたことを示唆するものであるが、新病名が医療現場でどのような波及効果をもつのかという調査結果はよく知られていない。そこで今回、宮城県精神科医会の協力を得て、新病名の普及状況と医療場面における波及効果に関するアンケート調査を行った。その結果、病名変更から 1 年経過した時点で、診療録の記載病名、医療情報の交換に用いる病名、公的文書に記載する病名には原則として新病名が使用されていた。また、新患や再来の患者、あるいはその家族を対象にした病名告知に原則として用いられており、旧病名よりも告知しやすくなったとする回答が大勢を占めた。新病名になって病気を説明しやすくなったという回答も大多数を占めた。これは、患者が自分の病名と病気を適切に理解し、患者・家族と医療関係者の間で分かり合った治療が行われるつつあることを示唆している。一方、統合失調症という新病名になっても医師の疾患イメージには変化はなかった。

1. 研究目的

2002 年 8 月に精神分裂病から統合失調症に病名が変わったが、新病名が精神科の医療現場にどのように受け止められているのか明らかにすることが本調査の目的である。

2. 研究方法

対象は、宮城県精神科医会に所属する会員 214 名である。2003 年 9 月 1 日にアンケート用紙を郵送し、136 名 (回収率 64.6%、男性 118 名、女性 17 名、未記載 1 名) から回答が得られた。回答した精神科医の勤務先は、病院 99 名、診療所 25 名、行政機関 3 名、その他 8 名 (二重記載 1 名) であった。

アンケートの質問項目は、新病名の使用状況に関するものが7項目、新病名導入による変化に関するものが7項目、意見・感想の自由記載が1項目の計15項目であり、それを表1に示した。

表1 アンケート質問項目

-
- A：あなたは次の場面で、新呼称（統合失調症）を用いていますか
1. 病歴の記載、2. 精神科医療従事者間の情報交換、3. 他科医療従事者との情報交換、4. 障害年金、精神保健福祉手帳、通院医療費公費負担申請書等の診断書、5. 医療保護入院当の入院届、定期病状報告書（病院勤務者のみ記入）、6. 患者への病名告知、7. 患者の家族への病名告知
- B：新呼称によってどのような変化があったか、以下の項目にお答え下さい
1. 新呼称の導入によって、新しい患者への病名告知や病気の説明がしやすくなりましたか
 2. 新呼称の導入によって、以前から治療中の患者への病名告知や病気の説明がしやすくなりましたか（これまで精神分裂病と告知されていなかったケースで）
 3. 新呼称の導入によって、新しい患者の家族への病名告知や病気の説明がしやすくなりましたか。
 4. 新呼称の導入によって、以前から治療中の患者家族への病名告知や病気の説明がしやすくなりましたか。
 5. 新呼称の導入により、あなた自身の schizophrenia 観が変わりましたか。
 6. 新呼称の導入は、schizophrenia に対する社会的差別・偏見の解消に有効だと思いますか
 7. 新呼称の導入は、schizophrenia に対する医療・保健福祉の向上に寄与すると思いますか
- 回答の選択肢
- A は、原則として新呼称を用いる、新呼称を用いることの方が多い、新呼称を用いることもある、ほとんど新呼称は用いない。
- B は、とてもしやすくなった、多少しやすくなった、変化なし、しにくくなった。
-

3. 成績

1) 新病名の使用状況 (図1)

病歴に記載する病名、精神科や他科医療従事者との情報交換、障害者年金・障害者手帳・通院医療費公費負担申請書、入院届・病状報告書に記載する病名に、いずれも「原則として統合失調

症とを用いる」という結果が大半を占め、「用いることがある」「ほとんど用いない」に比べて有意差があった。これは、患者とその家族への病名告知についても同様で、「原則として新病名が用いる」という回答が大多数を占めた。

医師の経験年数を5年未満、5～15年、15～25年、25年以上の4群に分けてその関連を検討したが、いずれの成績も医師の経験年数とは無関係であった。

2) 新病名導入による変化 (図2)

統合失調症という新しい病名が導入されたことで、医療現場には好ましい変化が生じていた。新病名の方が患者・家族に病名を告知したり、病気の説明をするのが容易になったとする回答を得られた。「とてもしやすくなった」「多少しやすくなった」が大勢を占め、「変化なし」「しにくくなった」という回答はほとんどみられなかった。それは、新患・再来にかかわりなく認められ、新病名になって患者・家族との分かり合った医療が展開されつつあることを示唆している。こうした変化は、医師の経験年数にかかわらないものであった。

3) 医師の疾患イメージについて (図3)

新病名に変わっても、医師のschizophreniaに対する疾患イメージには有意な変化はみられなかった。また、それは医師の経験年数によっても影響されなかった。

4) 今後の医療・精神保健福祉への影響

「精神分裂病」から「統合失調症」に変更されたことが、今後の医療や精神保健福祉にとって「非常に」あるいは「多少は」有効であるという意見が大勢を占めた。この点でも、医師の経験年数による差異はみられなかった。

4. 考察

精神分裂病から統合失調症に病名が変更されて1年を経過した平成15年9月1日時点の調査で、精神科医が回答した医療現場での普及状況とその波及効果が明らかに

なった。診療録に記載する病名に限らず、精神科や他科医療従事者との情報交換に用いる病名や障害者年金・障害者手帳・通院医療費公費負担、入院届・病状報告書に用いる病名に、原則として新病名が使用されていた。それは、精神保健福祉法関連の公的文書に新病名がどの程度普及したかという先の調査で、平成15年3月時点ですでに78%まで普及していたという成績を裏付けるものである。さらに新病名は、医師間の情報連絡だけでなく、新患や再来の患者、あるいはその家族を対象にした病名告知に好んで用いられており、精神分裂病という病名より「とても」あるいは「かなり」告知しやすくなったとする回答が大勢をしめ、病気を説明しやすくなったという回答についても同様であった。これは、患者が自分の病名と病気を知って適切に理解し、患者・家族と医療関係者が分かり合った治療をしやすくなったことを物語っている。

一方、統合失調症という新病名になっても医師の疾患イメージは変わらなかった。それは医師の経験年数によっても違わなかった。医師は精神医学の進歩をたえず取り入れなければならない立場にあるので、病名が変わってもそのイメージは変わらないのはある程度当然のことであろう。他方、精神分裂病という旧病名に対して抱いていた患者・家族、一般市民の誤解や偏見は、新病名への変更によってかなり是正される余地を残していたとみることができる。新病名が医療や精神保健福祉の新たな展開に効果的であったとした回答が多かったことも、そのことを支持するものであろう。

新病名がすでに急速に普及し、医療現場で積極的に使用され、病名告知や疾患教育あるいは医療・福祉に役立つことを示した今回の調査結果は、新病名が当事者の社会参加を目指した医療・保健福祉の経済効率を高める可能性を示唆している。すでにメ

ディアや教科書だけでなく、医師や保健福祉関係の国家資格試験にも新病名が採用されており、ある新世代抗精神病薬の効能・効果に関する添付文書にも2004年3月から統合失調症が使用されることになっている。残る課題は、患者の人権擁護や処遇改善を目指した精神保健福祉法や関連の法律に記載された精神分裂病という旧病名を新病名に改めなくてはならないことであり、新病名を採用して、統合失調症への偏見是正や新たな精神医療・保健福祉を推進すべき機が熟していることを本研究は示している。

図1 新病名の使用状況

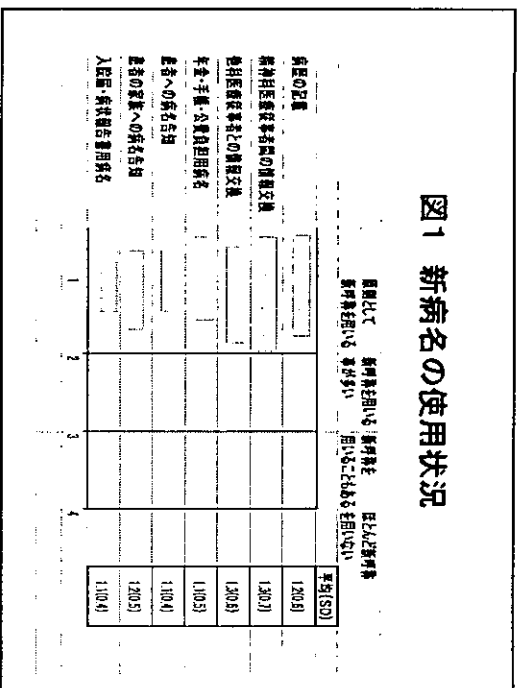


図2 新病名でなにが変わったか

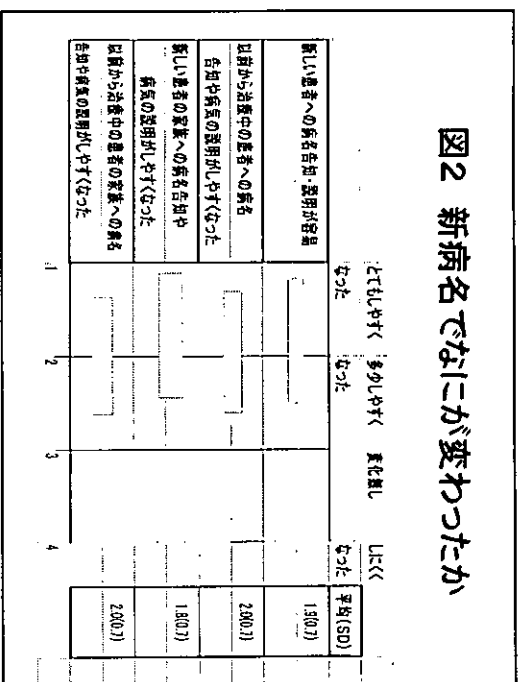


図3 疾患イメージの変化

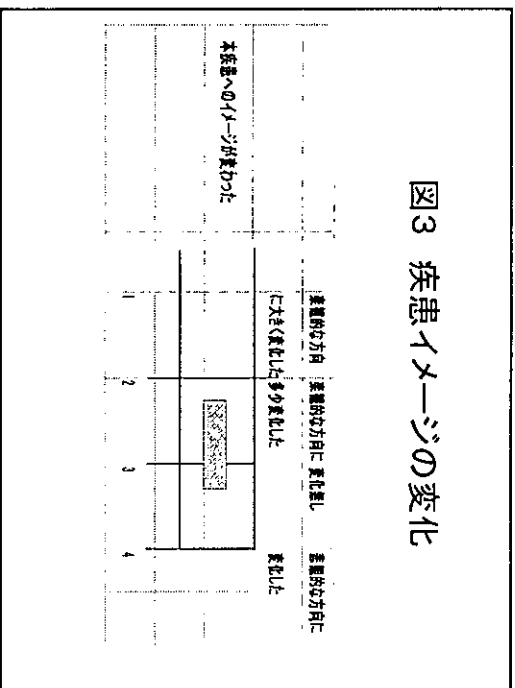
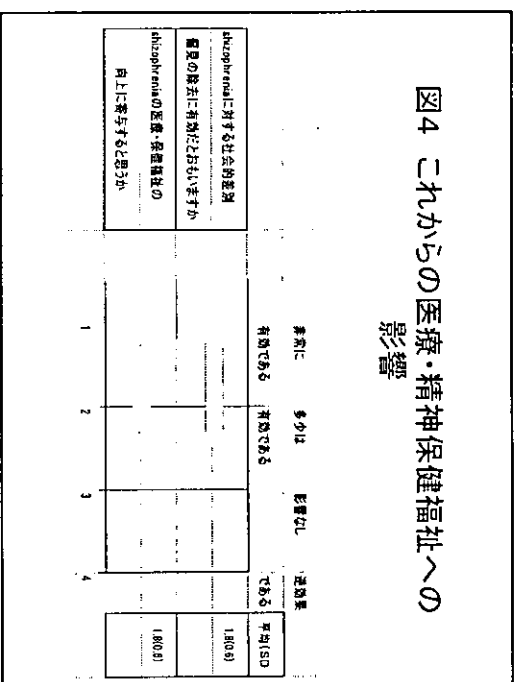


図4 これからの医療・精神保健福祉への影響



平成 15 年度 厚生労働省 障害保健福祉事業
「精神疾患の呼称変更効果に関する研究」 研究班

「統合失調症」病名変更に伴う病名告知のガイドラインに向けて

研究協力者： 松岡恵子

分担研究者： 金 吉晴

(国立精神・神経センター精神保健研究所)

統合失調症の患者に対し患者の自己決定に基づいた治療を行うためには、病名告知や医療情報の開示が必須であるが、現在においても適切な方法でみずからの病名を知らされていない患者が多いことも事実である。そこで本稿では、統合失調症の告知に関するガイドラインの試案を作成した。本稿では、最初の告知時に伝達すべき医療情報内容のほか、告知を行う際に配慮すべき患者の条件や、告知を行ったあとに治療や心理教育につなげてゆく必要性などについて述べた。また、初回告知時に伝えるべき内容についての初回告知説明用紙を作成した。

はじめに

本稿は、統合失調症の患者に対して病名告知および医療情報の開示を行う際に配慮すべきことがらを要約したものである。本稿の目的は、患者が自立した生活を送るための手助けとなるような告知が、より効果的に行われることを援助するものであり、そのために考慮すべき事項について検討した。これらの事項は告知をより円滑に推進し、その後の治療を向上させるためのものであって、こうした諸条件が満たされない場合に、板面に告知が遅延したり、制約されたりしてはならないことは言うまでもない。

実際に患者を受け持つ臨床家がこの本稿を参考として、患者への告知のあり方を柔軟に熟考し、よりよい告知のあり方を探求することが本稿を作成した目的であり、今後いつその議論を経てガイドラインとして完成させたい。

なお、本稿で「告知」というとき、単に病名にとどまらず、患者が適切な医療を受け社会生活を営む上で必要とされる医療情報の開示も含めることとする。

1. 統合失調症の患者に対する告知の歴史

統合失調症の患者に対しては、告知が積極的に行われてこなかった歴史がある。たとえば厚生科学研究「精神科医療における治療同意のあり方に関する研究班」において 1995 年に精神科医に行ったアンケート調査によれば、この疾病に対する告知に積極的な医師は 18.9%にすぎなかった(高柳ら、1995)。また、1996 年の「精神分裂病の概念と用語に関するアンケート」調査報告によれば、「原則的に告知する」と回答した精神科医は 7.3%であり、「状況によって決める」と答えた精神科医が 51.9%ともっとも多かった。この報告では、患者に告知しない理由として「患者を絶望させることになるから」がもっとも多く(48.2%)、ついで、「病名のもつ響きが良くない」(40.0%)であった。

この疾病が「精神分裂病」と言われていた当時、統合失調症への告知は精神科における告知のうちでも侵襲度が高いといわれた。その理由は、こ

の疾病に対する「事実とは異なった、絶望的な情報」や「過剰に増幅された負のイメージ」によるところが大きいと考えられていた(金,2000; Kim et al., 2001; 金,2004)。その理由は、偏見による不安や悲観もあるが、当時「精神分裂病」といわれたこの病名自体がスティグマの温床となり告知を阻んでいた。実際、金らの調査によれば、この疾患が精神分裂病と呼ばれていた当時、自らの病名を知っていた患者は18%にすぎなかった(金ら,1997)。その後、「統合失調症」への病名変更によって告知率が上昇したことが示されている(大野ら,2003)。

確かに「統合失調症」であっても告知が侵襲的な性格をもつことは指摘されている(加藤,2004)。しかし多くの場合、患者はみずからの疾病について詳しく知りたいと願っている。加えて、多くの患者はみずからの疾病名や疾病についての知識を、市販の書籍や患者同士の話などから推察しているものである。告知や適切な心理教育を行わないまま、患者のもつ情報が先走ってしまった場合には、自分の疾病について誤った知識を得てしまうことが危惧される。

患者は治療に対する自己決定権を有しており、インフォームドコンセントの観点からも患者の判断能力に添った告知が行われるべきである。とくに、統合失調症では治療者側が一方的に患者情報を持ちながら治療行為を行い、患者にはその根拠となる告知を行ってこなかった背景があるので、告知に向けての努力を行うことが妥当であると考えられる。このような主旨のもとで、告知のあり方について、考えをまとめた。

2. 告知の際に考慮すべき条件

著者らは本研究班の昨年度の報告書で、従来の告知説明のマニュアルやガイドブック類を通覧したが、多くの場合に告知内容には触れているが、どのような条件を考慮すべきであるかについては触れられていなかった。がんの告知のように告

知をリーガルモデルに沿って進める場合には、患者の医学的な条件を考慮することなく告知を行うことが求められている。しかしこうした告知の方法を、精神症状を有する患者に対してそれをあてはめることは適切でない。確かに精神医学においては過剰な *parence patriae* のために告知が妨げられてきた経緯はあるが、実際の臨床においてこの側面をまったく無視することはできない。問題は、*parence patriae* に代表されるような配慮を、告知を初めとする患者の医療上の権利の制約としてではなく、その保証のための手段として、どのように生かしていくかということであろう。

言うまでもなく、この疾病の同意に基づいた治療を行うためには、告知が必要であり、いたずらに告知を遅らせて同意のない治療を必要以上に長期にわたって行うべきではない。

以下に具体的な項目を示しつつ、この問題を考えてみたい。

1) 疾病経過と病歴

告知にあたっては、自分の疾病について患者がすでに何らかの先行理解を持っているかどうかによって、その受容の仕方が変わってくる。初発エピソードの初期であれば、こうした先行理解、知識は比較的少ないと思われるが、すでに慢性の経過をたどったり、再発の場合には、そうした先行理解の影響を考慮する必要がある。こうした理解は必ずしも医療者からもたらされた知識に依拠しているとは限らず、家族や、メディアからの二次情報に基づいている場合もあるが、経過が長いほど、こうした非一医療的な知識、情報を取り入れている可能性は高くなる。また、近親者に同じ疾病を有する者がいないかどうか、重要な要素であろう。

また告知にあたって、症状や経過についての知識の説明が含まれることになるが、これも患者がどの段階にいるのかによって、詳述すべき項目は

当然工夫が必要となるはずである。

2) 告知による衝撃

告知を受ける患者は多くの場合、白紙の状態では病名を知るのではなく、「統合失調症」に対して何らかの先入観を有しているところに病名を知らされるのであるから、この病名について誤った先入観を有していた場合、病名告知によって衝撃を受けることは十分に予想出来ることである。

特に予後に関して絶望的なイメージを抱いている場合、確かに一部に難治化する患者がいるのも事実であるが、過去の「精神分裂病」という誤った病名により予後の不安が増強されている可能性も考えられるので、それが間違った病名であることを伝える必要があるだろう(金, 2000; Kim, et al., 2001; 金, 2004)。

こうした悲観的なイメージは古くは早発痴呆モデルが優勢だった頃から引き継がれたものと考えられるが、こうしたイメージが完全には払拭されていない以上、変更された病名による告知であっても、それがある程度侵襲的な性格をもつ可能性はある。したがって、告知を行う際には、患者の抑うつ状態や不安に配慮すべきである。これらの症状が強い患者に告知する場合には、後述するようなソーシャルサポートをはじめとする治療や支援が必要となる。

3) 告知を受け入れるための理解力

統合失調症ではしばしば陽性症状や陰性症状によって認知機能が低下する。これらの障害が強い場合には、患者が告知を受けても理解できなかったり、細部を正確に記憶できなかったり、あるいは告知の用語を誤解して必要以上に否定的な受け止め方をする可能性がある。

したがって、患者の認知機能低下が甚だしいために告知の内容を理解できないような場合、時間をじゅうぶんにかけてかみ砕いた説明を工夫し、

場合によっては繰り返し説明を行うことが必要になろう。また、当事者同士が率直に話し合える場を設けるなどの援助で補うことも一案として考えられる(大場ら, 2004)。

3. 告知に対する医療連携

告知が治療のスタートであるという認識に立てば、治療の責任者である医師が告知にも責任をもつべきである。告知されるものが「疾病名」であり、病名が医学的診断基準であることを考えても、医療の専門家である医師が告知をリードするのが望ましい。そのうえで、告知はその仕方によっては精神的衝撃を患者にもたらす場合もあり、また告知だけで放置したのではその後の治療や社会適応への努力に結びつかないことを考慮し、医師だけではなく看護師・保健師、精神科ソーシャルワーカー(PSW)、医療心理従事者など、患者の治療生活をともに支える複数の医療従事者がそれぞれの立場から、単に病名だけではなく、告知された医療情報について患者と話し合い、具体的な医療や支援の受け入れに結びつけていく努力が不可欠である。

告知を行うのは医師であるにしても、その場に看護師・保健師、PSW、医療心理従事者等の治療者側のキーパーソンとなりうる者を同席させることで、告知の内容を共有し、患者の告知後の医療や生活を支える連携を促進する配慮が必要である。ただし、多職種が関わることで告知内容や医療情報の守秘に混乱が生ずることがないように、日常的な協力関係が必要であろう。

また、告知する際には、患者の告知後の生活を支えるソーシャルサポートが充分であるか考慮する必要がある。ここでソーシャルサポートとは、専門家と非専門家の双方を含み、例えば表1に示されるような職種や人員のことである。

表 1 統合失調症の患者のソーシャルサポート

専門職種	非専門職種
医師	家族(親、配偶者、兄弟など)
看護師	友人関係
保健師	学校もしくは職場でのサポート
作業療法士	疾病に関連した仲間
精神科ソーシャル ワーカー(PSW)	疾病を介した家族同士のサポート
精神科ホームヘルパー	近隣住民のサポート
医療心理技術者 など	など

統合失調症の告知が行われる際には、患者の告知後の生活を支えるこれらのソーシャルサポートが、すべてではないにしても十分に存在しているような配慮が望ましい。また、患者だけではなく、家族に対するサポートも充分であるか、検討する必要がある。それが充分でないと判断された場合に告知を行う際には、主治医は患者や家族が必要なソーシャルサポートを得られるように努力しなくてはならない。

具体的には、病院内の看護師や PSW とのつながりの強化、精神保健福祉センターからの情報提供、デイケア、訪問サービス、時には作業所や家族会への紹介などを行うと、家族・介護者の孤立感を弱め、家族へのソーシャルサポートが得られるきっかけとなることが期待される。

また、家族のなかに、患者以外の生活弱者がおり特にソーシャルサポートが不足していると考えられる場合には、通院医療費公費負担制度、障害年金、精神障害者福祉手帳など制度上の手段があることを伝えることも考慮されなくてはならない。

4. 告知後の治療

告知は患者の自己決定権に基づいた治療を行うための第一歩であり、心理教育のもっとも最初の段階である。したがって告知内容には治療動機を促進する配慮が求められる。また、告知のあとも患者が病名や医療情報について継続的に説明を受けられ、それによって必然的に生じる患者からの疑問点について患者と治療者が率直に話し合うことを可能にするような体制が望まれる。

具体的には、告知に関する内容についてふたたび患者と医師が率直に話し合う場を設ける、あるいはより詳しい医療情報を提供するために心理教育に結びつける、などが考えられる。告知後の患者の服薬状況や精神症状の変化について観察することで告知が患者の治療生活に与えた影響を検討し、場合によっては告知時に伝えた内容を再び伝えることも必要となるだろう。

5. 告知の内容について

初回告知の内容は、今後の治療に希望を持たせ、患者自身で対処してゆく気持ちをもたらすことが大切である。現時点までに心理教育で行われている内容の展望によれば、心理教育の内容は大きく分けると表 2 のように、「疾病の知識に関する説明」「治療内容に関する説明」「経過に関する説明」「対処行動に関する説明」「制度に関する説明」へと分類出来る(金ら、2003)。このうち、最初に伝えるべき情報は疾患名および、経過と治療に関する大枠であると考えられる。表 2 では「経過に関する説明」「治療内容に関する説明」にあたる。

そこで、初回告知において説明されることが望ましいと思われる項目を選択し、初回告知説明用紙を作成した(表 3)。それぞれの項目について、主治医が自分の言葉で伝え、その内容についての理解度をチェックするような様式となっている。告知の日時だけでなく、告知に要した時間、同席者についても記入する様式となっている。なお、

この用紙は診療録の一部として保存されることを念頭に置いており、そのためにカルテに記されている病歴や診療内容については記入しないものとなっている。

参考までに、われわれの告知案を提示する(表4)。ここに示されているように、初回は予後と治療の大枠を示すことに徹し、患者がみずからの今後や治療について理解を深め、そのうえで治療を受けることの援助を目的としている。

おわりに

本稿は、望ましい告知の試案であり、次年度はこれをもとに多方面の意見を聞き、臨床現場からのフィードバックを受けてより完全なものになりたい。

文献

- 1) 岩館敏晴、牛島定信、大野裕、他:「精神分裂病の概念と用語に関するアンケート」調査報告。精神神経学雑誌 98: 245-265, 1996.
- 2) 加藤敏: 行為遂行的発言としての病名告知。特集—治療の一環としての病名告知。精神科治療学 19(2): 203-210, 2004.
- 3) 金吉晴、喜多等、小石川比良来、他: 告知と説明に関する、精神科患者・家族・医師の意識調査。精神神経学雑誌 99: 1159, 1997.
- 4) 金吉晴: 「精神分裂病」の呼称変更に関する中間報告、および名称に関する国際的動向について。精神神経学雑誌 102: 964-968, 2000.
- 5) Kim Y, Berrios GE: Impact of the term schizophrenia on the culture of ideograph: the Japanese experience. Schizophrenia Bulletin 27: 181-185, 2001.
- 6) 金吉晴、安西信雄、佐藤さやか、松岡恵子: 呼称の変更を踏まえた統合失調症の告知と心理教育の検討。平成 14 年度 厚生労働省
- 7) 金吉晴: 統合失調症の呼称と概念。医学と薬学 51: 385-391, 2004.
- 8) 大場真理子、丹羽真一: 病名告知—統合失調症の場合。特集—治療の一環としての病名告知。精神科治療学 19(2): 185-191, 2004.
- 9) 大野裕、西村由貴: 精神疾患の呼称変更と効果に関する研究。精神分裂病の呼称変更と医師の病名告知に関する研究。平成 14 年度 厚生労働省 障害保健福祉事業 「精神疾患の呼称変更効果に関する研究」研究班報告書、2003.
- 10) 高柳功、他: 精神科領域におけるインフォームドコンセント。精神科医療における治療同意のあり方に関する研究班、厚生科学研究、1995.