

精神科外来における病名記載の実態に関する検討

角田美穂¹⁾ 高橋 徹^{1)*} 篠山 大明¹⁾ 中村 伸治¹⁾
 岡田 八束¹⁾ 今井 淳子²⁾ 鷺塚 伸介³⁾ 原田 謙²⁾
 野見山 哲生⁴⁾ 天野 直二¹⁾

- 1) 信州大学医学部精神医学教室
- 2) 信州大学医学部附属病院子どものこころ診療部
- 3) 信州大学健康安全センター
- 4) 信州大学医学部社会予防医学講座

The Diagnosis in Documents for Psychiatric Outpatients

Miho TSUNODA¹⁾, Tohru TAKAHASHI¹⁾, Daimei SASAYAMA¹⁾, Shinji NAKAMURA¹⁾
 Yatsuka OKADA¹⁾, Junko IMAI²⁾, Shinsuke WASHIZUKA³⁾, Yuzuru HARADA²⁾
 Tetsuo NOMIYAMA⁴⁾ and Naoji AMANO¹⁾

- 1) *Department of Psychiatry, Shinshu University School of Medicine*
- 2) *Department of Mental Health Clinic for Children, Shinshu University Hospital*
- 3) *Center for Health, Safety and Environmental Management, Shinshu University*
- 4) *Department of Preventive Medicine, Shinshu University School of Medicine*

The psychiatric diagnosis recorded in documents is often inconsistent with that in the medical record. The object of this study was, by comparing the true diagnoses and those recorded in documents, to investigate the issue of how the diagnosis is presented to the patient and how the psychiatric diagnosis may influence the patient and society. We examined the documents in the medical records of 2350 psychiatric outpatients at the psychiatric department of Shinshu University Hospital from December, 1998 to May, 2005. We classified the documents as public or private. The public documents are those submitted to public organizations, such as application forms for a handicapped pension. The private documents are those submitted to schools, offices, insurance companies, etc. such as hospitalization certificates. Patients with depression were mostly recorded as “depression” or “depressive state” in both public and private documents. Patients with schizophrenia usually were recorded as schizophrenia in public documents and “neurosis”, “neurasthenia”, “autonomic disorder”, or “depressive states” in private documents. Hesitation about telling the true diagnosis to the patient, and the influence of the written diagnosis upon the society around the patient may have contributed to the discrepancies between the true diagnoses and the recorded diagnoses in private documents. *Shinshu Med J* 54 : 387–393, 2006 (Received for publication June 13, 2006 ; accepted in revised form August 24, 2006)

Key words : diagnosis on documents, psychiatric diagnosis, schizophrenia, depression, epilepsy
 書類病名, 精神科病名, 精神分裂病, うつ病, てんかん

I はじめに

近年, 医療においてはインフォームド・コンセントが重視され, 精神科医療においても病名告知や心理教育, カルテ開示の問題が盛んに議論されている。しか

し精神科領域では, 病名告知一つにしても治療者によって様々な意見があり, 心理教育の一環として積極的に告知すべきとする考え方がある一方で, 病名が患者に与える心理的侵襲性を考慮し告知は控えるべきとする考え方も存在する¹⁾。また精神疾患に対する偏見が残る社会環境のなか, 精神科病名によってもたらされる社会的不利益も懸念されるところである。病名が

* 別刷請求先: 高橋 徹 〒390-8621
 松本市旭3-1-1 信州大学医学部精神医学教室

与える誤解と偏見を解消する目的で、2002年には日本精神神経学会が、「精神分裂病」にかわる病名として「統合失調症」への呼称変更を提起した。この「統合失調症」の病名は、医療者や患者、社会に浸透し、現在では論文、公文書等においても、ほぼ完全に「統合失調症」が使用されるようになっていく。

一方、精神科の病名告知やインフォームド・コンセントに関する調査²⁾⁻⁷⁾は、そのほとんどがアンケートによるものであり、そのような意識調査以外で、精神科医療における病名の取り扱いに関する実態を数値化した調査研究は少ない。今回、筆者らは、精神科の病名に関する問題の一端が、外部提出書類に記載される病名に反映されているのではないかと考え、職場や公的機関、保険会社に提出された提出書類の内容を調査することで、精神科病名記載の実態把握を試みた。治療者が記載する書類病名の傾向には、病名告知の問題やプライバシー保護、病名自体が与える社会的影響などの要因が反映し、特徴的な傾向が示されるのではないかと考えた。本研究の目的は、精神科における実際の医学的病名と書類に記載された病名とを比較することで、間接的に、精神科領域における病名告知の傾向、精神科病名が患者や社会に与える影響といった問題を明らかにすることにある。

II 対象と方法

調査は、1998年12月から2000年5月までの期間に信州大学医学部附属病院精神科神経科を受診した外来患者2,350名のカルテを対象とした。書類発行年は、1985年から2000年までのものが含まれる。

2006年現在において、過去のデータ⁸⁾をあらためて論文化する意図は、2002年に精神分裂病が統合失調症と呼称変更され、本病名が定着した現在との状況を比較するためには、過去の調査結果を論文化しておくことが必要と考えたからである。

方法は、信州大学医学部附属病院精神科神経科の外来カルテ中に添付されていた書類に関して、提出先、提出書類に記載された診断名、実際の病名に関して調査した。公的機関に提出された通院公費負担申請書、精神保健福祉手帳申請書、障害者年金診断書、その他の意見書を「公的書類」とし、職場や学校、保険会社に提出された診断書、傷病手当意見書、入院証明書を「私的書類」として分類した。病名に関しては、実際に主治医が確定診断した病名を「診断病名」とし、それに対して書類に記載された病名あるいは状態像を

「書類病名」と呼ぶことにした。診断病名はICD-10⁹⁾により診断、分類し、特に「F2 精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害（以下、精神分裂病）」「F3 気分障害（ただし双極性気分障害は除く）」「F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害（以下、神経症性障害）」「G40 てんかん（ただし、てんかん性精神病を含む）」の四つのカテゴリーを抽出した。それ以外の診断名や診断保留の症例は一括して「その他」に分類した。なお統合失調症の呼称変更がなされる以前の調査であるため、精神分裂病の病名はそのままの形で記載した。

1人あたりの書類枚数が異なるため（平均3.92枚、最大33枚/1人）、患者数を母数とした集計も必要ではあるが、同一患者でも治療経過中に病像が変化した等の理由で書類病名が変更された例があり、患者数を母数とした集計は煩雑となるため提示しなかった。

III 結 果

外来通院患者2,350人中、提出書類の交付を受けていたのは491人（20.9%）、書類総数は1,923枚であった。そのうち公的書類に分類されるものが967枚、私的書類に分類されるものが956枚であった。

提出書類1,923枚の書類作成時の「診断病名」の内訳を図1に示す。疾患は精神分裂病が最も多く、ついで気分障害、てんかん、神経症性障害の順であった。

提出書類中の「書類病名」の内訳を図2に示す。（精神分裂病は精神分裂症と分裂病を、抑うつ状態はうつ状態と軽うつ状態を、神経衰弱状態は神経衰弱を含む）。20枚（1.0%）以下のものはその他に分類し、その内訳は精神遅滞、精神発達遅滞、心因性精神障害、不安神経症、非定型精神病、頭部外傷後遺症などであった。公的書類では精神分裂病が最も多く（35.8%）、次いでてんかん（16.6%）が多かった。一方、私的書類では、精神分裂病およびてんかんはそれぞれ1.2%、0.7%と少なく、逆に抑うつ状態、神経症、自律神経失調症の占める割合が高くなっていった。

各診断病名における公的・私的書類の割合を図3に示す。気分障害と神経症性障害では私的書類の割合が高く、てんかんでは公的書類の割合が高かった。

診断病名「精神分裂病」における書類病名の内訳を図4に示す。13枚（1.7%）以下のものはその他に分類し、その内訳は、精神遅滞、不安神経症、心因反応、反応性精神病、躁うつ病などであった。公的書類では精神分裂病の割合（72.3%）が最も高いのに対し、私的

精神科外来における病名記載の実態

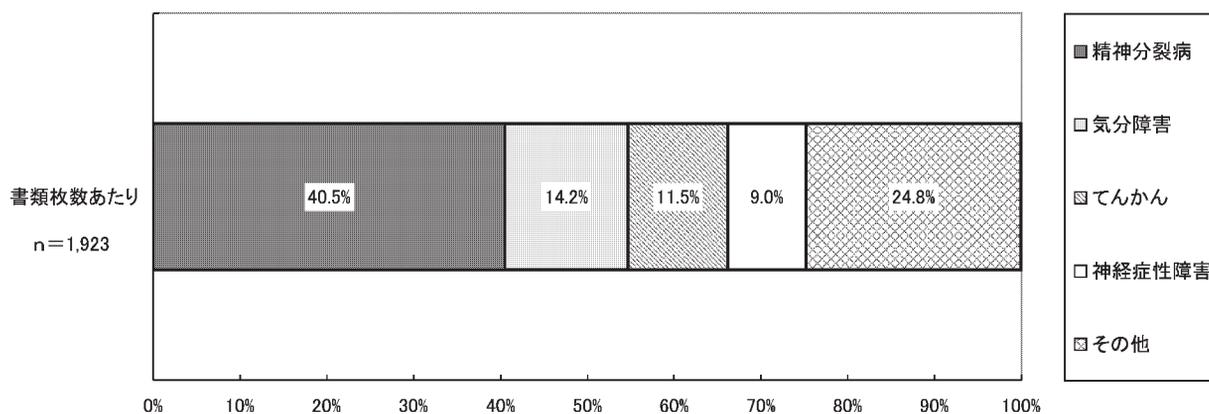


図1 診断病名の内訳

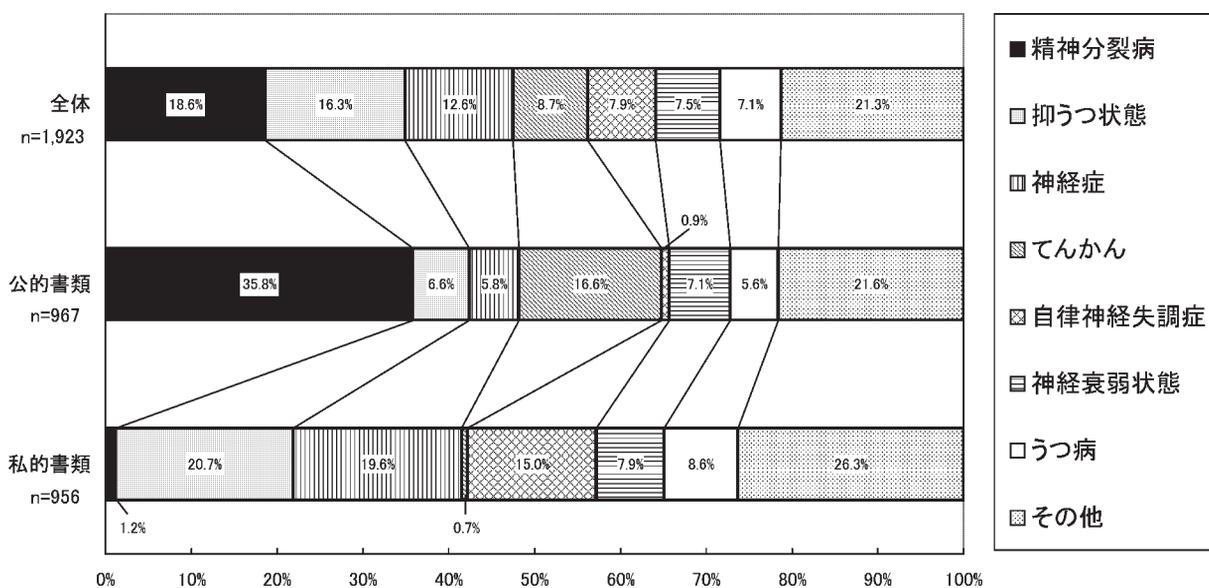


図2 書類病名の内訳

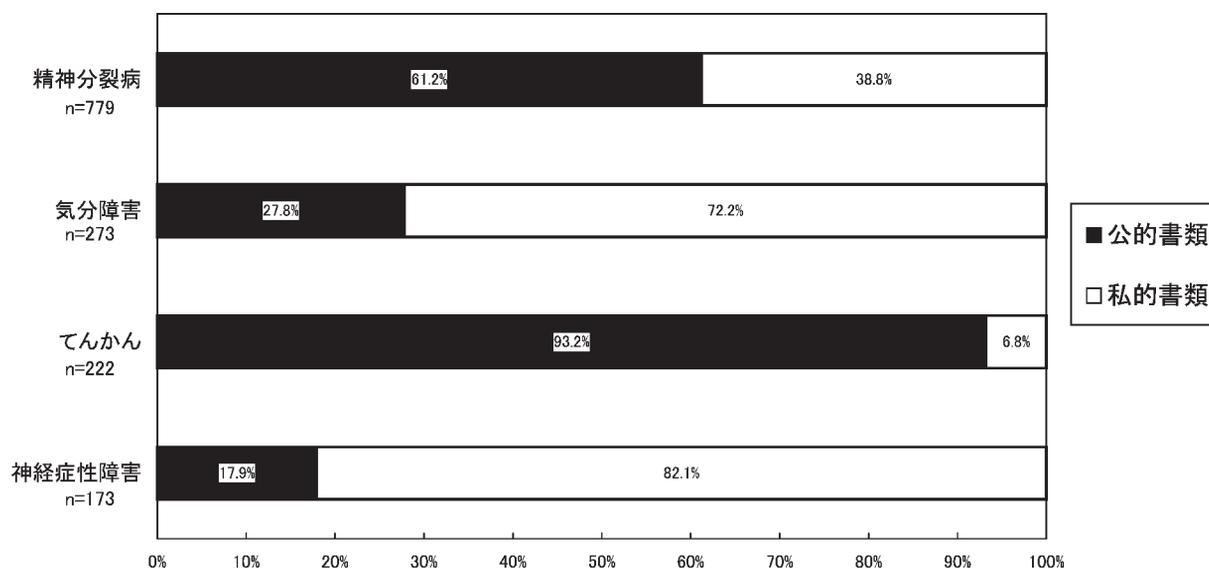


図3 各診断病名における公的／私的書類の割合

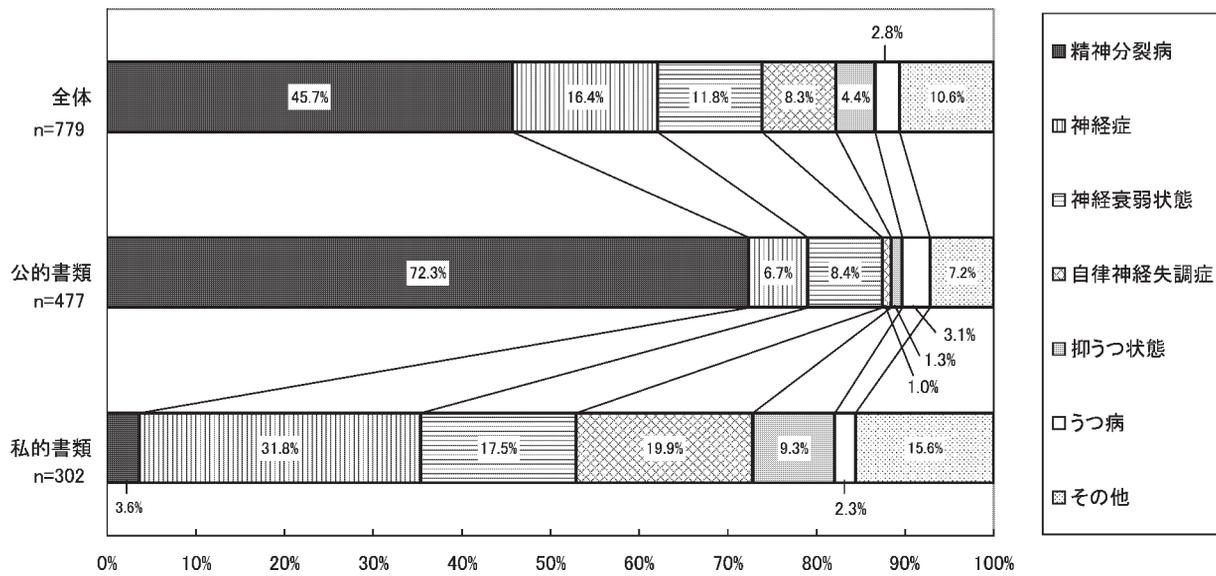


図4 診断病名「精神分裂病」における書類病名の内訳

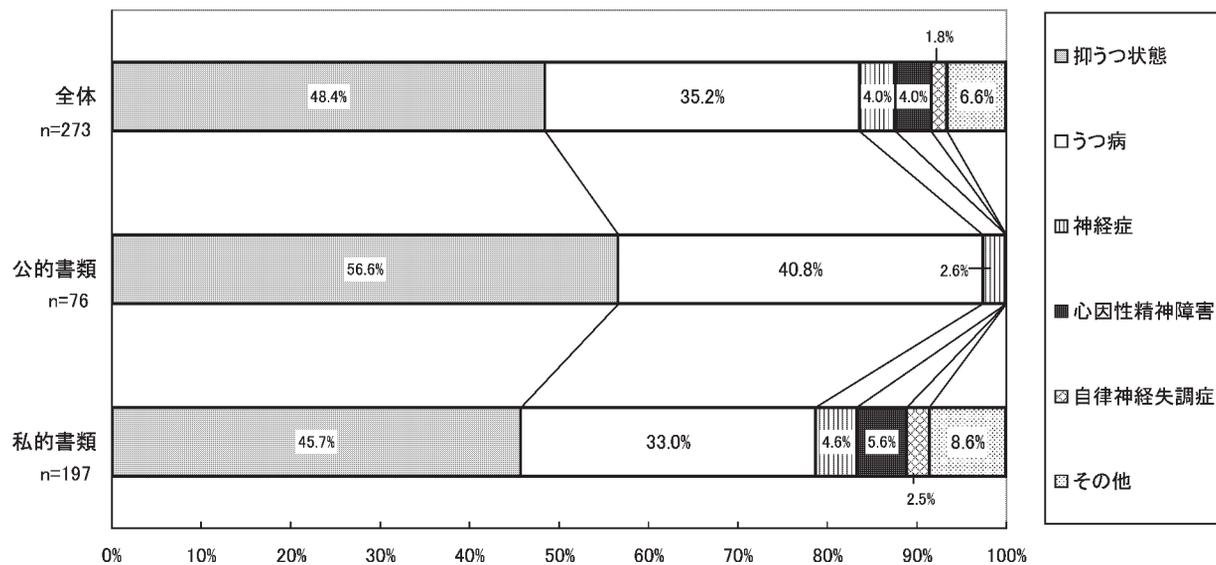


図5 診断病名「気分障害」における書類病名の内訳

書類では神経症 (31.8%)、自律神経失調症 (19.9%)、神経衰弱状態 (17.5%)、抑うつ状態 (9.3%) の順で、精神分裂病は3.6%と極端に少なく、公的書類と私的書類の間で著しく異なる傾向が認められた。

診断病名「気分障害」における書類病名の内訳を図5に示す。1枚以下のものはその他に分類し、その内訳は、仮面うつ病、内因性うつ病、不眠症、二つの病名が併記されたもの (自律神経失調症、抑うつ状態など) などであった。公的書類、私的書類ともに抑うつ状態とうつ病の占める割合が高く、両者間でその傾向

に大きな隔たりはみられなかった。ちなみに双極性感情障害 (診断病名「その他」に分類してある) の24枚は、公的書類4枚、私的書類20枚で、抑うつ状態が7枚、神経衰弱状態が6枚、自律神経失調症が4枚、躁うつ病が3枚、躁うつ状態が1枚、躁状態が1枚、頻回性 (急速交代性) 気分障害が1枚、抑うつ反応が1枚であった。

診断病名「てんかん」における書類病名の内訳を図6に示す。3枚 (1.4%) 以下のものはその他に分類し、その内訳は、EPILEPSIE、意識消失発作、てん

精神科外来における病名記載の実態

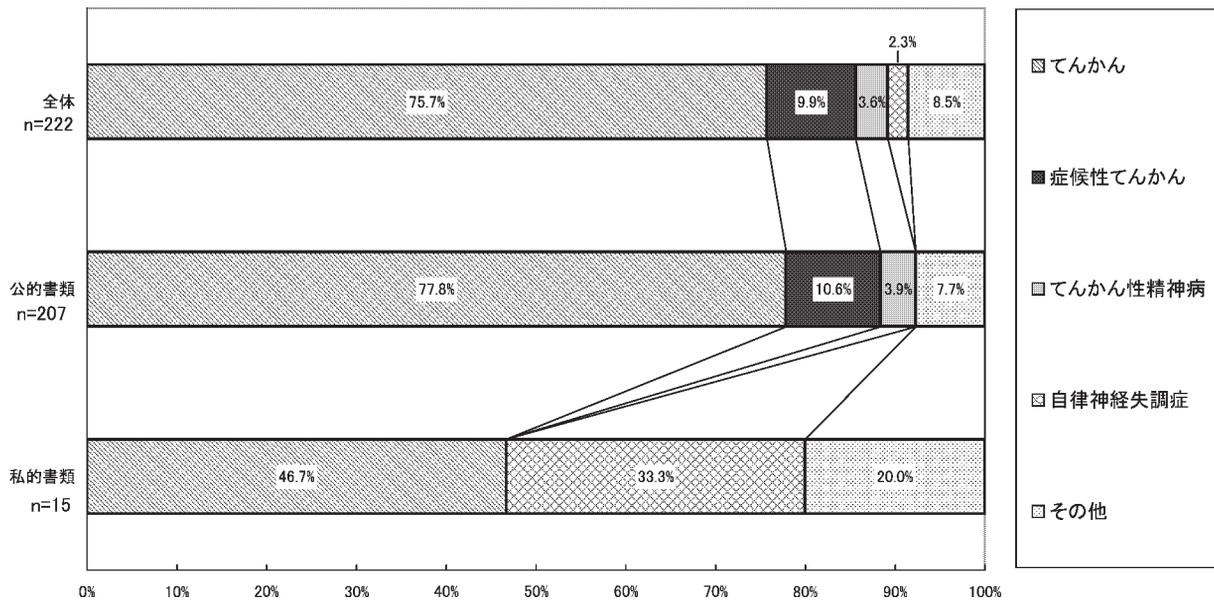


図6 診断病名「てんかん」における書類病名の内訳

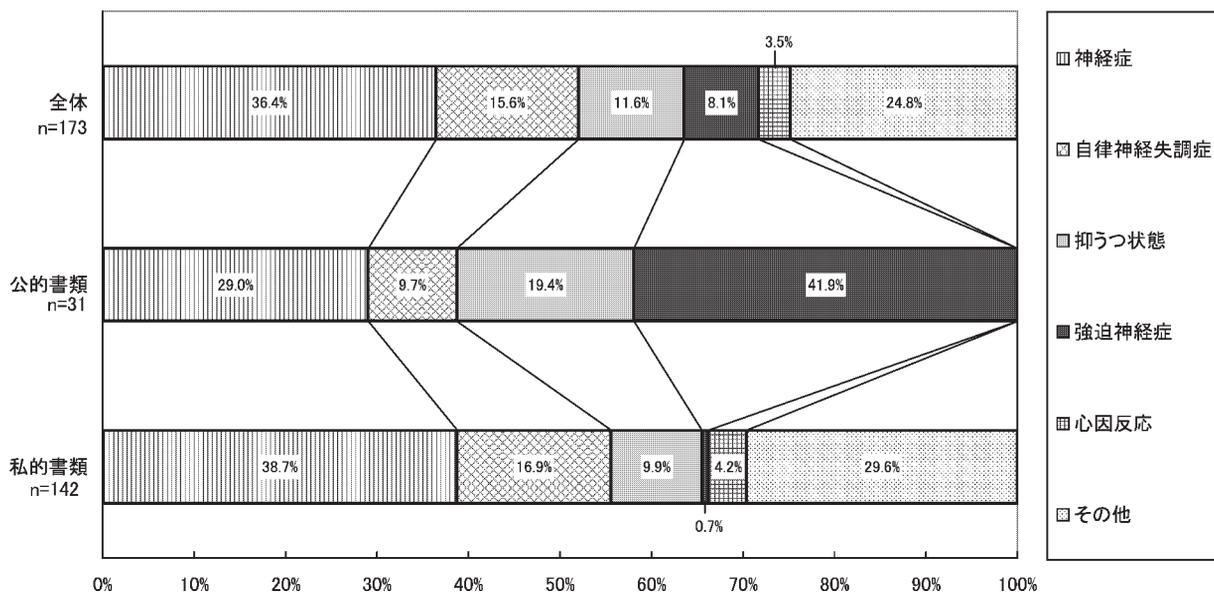


図7 診断病名「神経症性障害」における書類病名の内訳

かん症、てんかん症候群などであった。公的書類ではてんかん（77.8%）が最も高いのに対し、私的書類ではてんかんの割合が公的書類ほど高くなく（46.7%）、自律神経失調症の33.3%が目立つ結果となった。

診断病名「神経症性障害」における書類病名の内訳を図7に示す。神経症性障害は少数例の病名が数多くあり、4枚以下の病名は「その他」に分類した。その内訳は、4枚（2.3%）が不安神経症、心身症、心因性精神障害、3枚（1.7%）以下の病名が、急性胃炎、

心因性構音障害、心因性食欲不振、心気不安、神経性胃炎、睡眠障害、パニック障害、反応性うつ状態、抑うつ神経症、抑うつ反応などであった。公的書類で強迫神経症の占める割合が高かったことを除けば、公的書類、私的書類ともに、神経症、自律神経失調症、抑うつ状態の三病名で全体の約6割を占める傾向に大きな隔たりはみられなかった。

Ⅳ 考 察

気分障害、神経症性障害では、休職に伴って職場に提出する診断書、傷病手当意見書が多いため私的書類の割合が高くなっている。一方、精神分裂病とてんかんでは、年金書類や通院公費負担申請書類が多いため、公的書類の割合が高かった。

てんかんと神経症性障害は、公的書類と私的書類との割合に差が大きく（図3）、単純に公的書類と私的書類の両者を比較することは難しい。ただし神経症性障害（図7）では、公的書類の枚数自体が少ないため統計的な意味はないと考えられたが、公的書類で「強迫神経症」の比率が高いという特徴がみられた。てんかん（図6）では私的書類の割合が低いため、これもいちがいに比較はできないが、公的書類にはない「自律神経失調症」が私的書類の3割を占めており、私的書類では公的書類に比べ、てんかんの病名記載が使用されにくい傾向が示唆された。（ただしこの診断病名「てんかん」には、てんかん性精神病が含まれているため、神経内科や脳神経外科で加療されているてんかん症例とは異なった、精神疾患としての要因が書類病名に影響している可能性がある。）

本調査における最も特徴的な結果は、精神分裂病における公的書類と私的書類での書類病名「精神分裂病」の使用頻度の差である（図4）。予想された結果ではあるが、公的書類では精神分裂病の病名記載が最も使用頻度が高いのに対し、患者本人に手渡され、また職場や民間保険会社に提出されることになる診断書や入院証明書といった私的書類では、「神経症」「神経衰弱状態」「自律神経失調症」「抑うつ状態」が、「精神分裂病」に比べ使用される頻度が高いという結果が示された。気分障害の書類病名と比較すると、さらに精神分裂病の特徴が明確となる。気分障害では、ほぼ「抑うつ状態」と「うつ病」の二つの書類病名に集約され、公的書類と私的書類の内容に大きな差がみられず、治療者が「うつ病」の病名を公とすることにためらいがないことがわかる。

岩館ら²³⁾は精神科医に対するアンケート調査で、書類に関する精神科医の意識調査を行い、障害年金診断書に関しては、「患者または家族に説明し了承を得て、できるだけ精神分裂病と書く」が59.1%、「患者または家族の意向に関係なく精神分裂病と書く」が33.6%、「原則として精神分裂病という病名は使わない」が6.4%という結果を報告している。また職場へ

の診断書に関しては、「原則として精神分裂病という病名は使わない」が53.6%、「職場の理解が得られていれば、できるだけ精神分裂病と書く」が40.9%、「患者または家族の意向に関係なく精神分裂病と書く」が4.5%という結果であった。このアンケート結果は、我々の調査結果の傾向を裏づけるものであり、職場に提出される書類に関して、記載された病名が患者の社会的不利益につながるのではないかという危機感を、精神科医が持っているものと推測される。

またドイツのLindenとChaskel⁴⁾は、外来の分裂病患者を対象とした調査で、病名を正しく知っていた患者は52%であり、その次に使用されていたのはNervous breakdownの25%であったと報告している。（それ以外の病名としては、Depression, Sleep disturbance, Psychogenic illness, Restlessness, Mania, Neurosis, Neurological disease, Compulsive neurosis, Hearing voices, Fancy, Silly thoughts, Convulsory crying, Blackout.）病名を知った経路に関しては、医師からが51%、法的、行政上の手続き（入院書類、収容令状、障害者診断書など）が30%以上、それ以外は友人、看護婦、本からであったと報告している。LindenとChaskelの報告は、患者が自分の病名を書類から知る可能性があり、特に私的書類が間接的に病名告知の意味を持つ場合があることを示している。

前述した岩館ら²³⁾の精神科医に対するアンケート調査では、精神分裂病の病名告知に関して、「状況によって知らせるかどうか決めている」が51.9%と最も多く、「原則として知らせている」は7.3%にすぎなかった。高柳⁵⁾の調査では、精神分裂病の病名を患者に説明するほうが良いと答えた精神科医は25.3%であり、金ら⁶⁾の調査では、精神分裂病の病名を正確に答えたのは全患者の18%、家族でも31%にすぎなかったと報告している。一方、アメリカの精神科医246人を対象としたGreenとGantt⁷⁾の調査では、躁うつ病と単極性うつ病においては、病名を患者と家族に伝えるとの返答が約90%であったのに対し、分裂病の病名を本人に伝えるのは58%、家族に伝えるのは76%という結果であった。私的書類の作成に際しては、記載病名が患者自身に対する病名告知につながるという側面があり、このことも精神科医が私的書類の病名として精神分裂病の使用を躊躇する一因であると考えられる。

さらに精神疾患の診断に関しては、診断を確定する

ための客観的検査法が確立されておらず症状による分類診断に依拠せざるをえないこと、縦断的に経過を追う中で最終的な確定診断に至ることが少なくないこと、どの症状を主症状とするかで医師により病態の評価が異なる場合があること、comorbidity (「ある限定された期間において1人の個人に二つ以上の specific な障害が存在すること」)¹⁰⁾の存在、どんな定義によっても精神疾患の概念に正確な境界線をひくことができないこと¹¹⁾、よって診断確定には慎重さが求められ、横断的評価としては状態像をもちいた病名記載が最も妥当である場合が少なくないこと等の事情も存在している。また精神疾患の分類は時代により変遷し続けており、診断基準の改定が繰り返されている。このような精神科診断学の置かれている状況が、病名記載の背景には存在していることも考慮しなくてはならないだろう。

V 結 語

書類病名を調査することで、精神科医が、患者や社会に対して病名を公とする際の特徴を考察した。特に私的書類の書類病名に影響を及ぼしている要因として、記載病名によって生じる社会的影響という観点と、患者に対する間接的な病名告知という観点が存在していると考えられた。これは、精神疾患に対する社会の偏見や理解、コンセンサスの程度を少なからず反映しているものと考えられる。今後、統合失調症の病名が社会に浸透していく中で、本調査で認められた傾向がどのように変化していくかが注目されることになるだろう。

本論は、2000年に第19回信州精神神経学会において発表した内容⁹⁾を基に作成した。今後、同様の方法で現在の状況を調査し、本論の結果と比較する予定である。

文 献

- 1) 尾久裕紀：分裂病の病名告知 総論 (特集 分裂病の病名告知). 精神科治療学 14 : 1311-1316, 1999
- 2) 岩館敏晴, 牛島定信, 大野 裕, 岡上和雄, 金 吉晴, 堺 俊明, 薩美由貴, 佐藤光源, 染矢俊幸, 高木俊介, 中根允文, 森山公夫: 「精神分裂病の概念と用語に関するアンケート」調査報告. 精神経誌 98 : 245-265, 1996
- 3) 岩館敏晴, 牛島定信, 大野 裕, 岡上和雄, 金 吉晴, 堺 俊明, 薩美由貴, 佐藤光源, 染矢俊幸, 高木俊介, 中根允文, 森山公夫: 「精神分裂病の概念と用語に関するアンケート」調査報告: その2. 精神経誌 99 : 588-613, 1997
- 4) Linden M, Chaskel R: Information and consent in schizophrenic patients in longterm treatment. Shizophr Bull 7 : 372-378, 1981
- 5) 高柳 功: 精神科領域におけるインフォームド・コンセントの現状. 精神経誌 96 : 996-1001, 1994
- 6) 金 吉晴, 喜多 等, 小石川比良来, 水川六郎, 古庄史郎, 岩崎俊司: 告知と説明に関する, 精神科患者・家族・医師の意識調査. 精神経誌 99 : 1159, 1997
- 7) Green RS, Gantt AM: Telling patients and families the psychiatric diagnosis: A survey of psychiatrists. Hosp Community Psychiatry 38 : 666-668, 1987
- 8) 角田美穂, 高橋 徹, 今井淳子, 鷲塚伸介, 天野直二: 信州大学精神科外来における病名記載が必要な外部への提出書類の傾向について (学会抄録). 精神経誌 103 : 318-319, 2001
- 9) World Health Organization: The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders; Clinical descriptions and guidelines. WHO, 1992. 一融 道男, 中根允文, 小見山実 (監訳): ICD-10—精神および行動の障害, 臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院, 東京, 1993
- 10) 塩入俊樹, 染谷俊幸, 高橋三郎: DSM-III, IVと Comorbidity—多軸診断・重複診断の観点を含めて—. 精神科治療学 12 : 761-767, 1997
- 11) 高橋三郎, 染矢俊幸: DSM-III, DSM-III-RそしてDSM-IV. 臨床精神医学 25 : 269-273, 1996

(H 18. 6. 13 受稿; H 18. 8. 24 受理)