

精神科外来における病名記載の実態に関する検討 (第二報) —精神分裂病から統合失調症への呼称変更前後の変化—

高橋 徹^{1)*} 角田 美穂²⁾ 篠山 大明¹⁾ 天野 直二¹⁾

1) 信州大学医学部精神医学教室

2) 国見台病院

Diagnosis in Documents for Psychiatric Outpatients: Part II —Before and After the Term Change from “Seishin-Bunretsu-Byo” to “Togo-Shitcho-Sho”—

Tohru TAKAHASHI¹⁾, Miho TSUNODA²⁾, Daimei SASAYAMA¹⁾ and Naoji AMANO¹⁾

1) *Department of Psychiatry, Shinshu University School of Medicine*

2) *Kunimidai Hospital*

This study is a sequel to our previous report in 2006 which examined the discrepancies between the true diagnosis and the diagnosis recorded in externally submitted documents. The Japanese term for schizophrenia was changed from seishin-bunretsu-byo (mind-split-disease) to togo-shitcho-sho (integration disorder) in August 2002. We examined documents externally submitted in 2003 or later, and compared them with the result of our previous study which reported the recorded diagnosis in documents submitted in 2000 or earlier. While schizophrenia (seishin-bunretsu-byo) was recorded as the diagnosis in 70.5 % of the public documents in or before 2000, the number recorded as schizophrenia (togo-shitcho-sho) has risen to 94.7 % since 2003. Similarly, the figure rose from 5.9 % to 40 % in private documents. It is presumed that the rise in the frequency of recording schizophrenia as the diagnosis is affected by the fact that the rate of informing patients of the diagnosis of schizophrenia has increased due to the change in the Japanese name of the disease. The wider use of international classification systems, more patient participation in treatment, and medical welfare policy are also likely to have had an effect. *Shinshu Med J* 56 : 125–132, 2008

(Received for publication January 21, 2008 ; accepted in revised form February 19, 2008)

Key words : diagnosis of documents, psychiatric diagnosis, schizophrenia, depression,
changing the Japanese name of schizophrenia

書類病名, 精神科病名, 精神分裂病/統合失調症, うつ病, 呼称変更

I はじめに

筆者らは, 精神科外来診療録を対象に, 実際に診断された精神科病名と, 診断書や意見書等の外部提出書類に記載されている傷病名の実態を調査し, 2006年に「精神科外来における病名記載の実態に関する検討」と題してその結果を本誌に発表した¹⁾。本論はその第二報であり, 特に2002年8月に日本精神神経学会が提

起した「精神分裂病」から「統合失調症」への呼称変更後の外部提出書類を調査することで, 呼称変更が書類病名記載に影響を及ぼした可能性に関して検討した。呼称変更前に調査した第一報の結果と, 今回行った呼称変更後の調査結果とを比較することで, 呼称変更が与えた病名記載への影響や治療者側の病名告知に対する意識変化, 近年の精神科医療や福祉を取り巻く社会の変化などを, 間接的に読み取ることができるのではないかと考えた。

* 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

II 対象と方法

1. 第一報での調査から、診断病名「精神分裂病」と「気分障害」に関する結果を抽出して使用した。方法は以下の通り。

信州大学医学部附属病院精神科神経科（以下、当科）の外来診療録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、実際に主治医が最終診断した病名を「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-10²⁾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）」の二病名を対象とした。調査期間は1999年12月から2000年5月の半年間で行った。書類発行日は、1985年から2000年までのものが含まれる（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）。

さらに患者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と考えられた。このため公的書類と私的書類の各々に関して、最後に作成された書類のみを対象とすることで、1人につき公的書類と私的書類各1枚までとした集計結果も作成した。

2. 1の結果（2000年以前の書類が対象）と対比するために、「精神分裂病」から「統合失調症」への呼称変更後となる2003年以降の書類を対象として調査を行った。方法は以下の通り。

2002年8月に提起された精神分裂病から統合失調症への呼称変更が、翌2003年4月にはほぼ定着したものと考え、2003年4月から2006年3月末までの3年間に当科外来を初診した患者で、初診時に「F2 統合失調症」の確定診断がなされている患者を対象に、その提出書類を調査した。また比較対照の目的で、同期間の当科外来初診患者で、初診時に「F3 気分障害（ただし双極性気分障害は除く）」と確定診断された患者も調査対象とした。これら二病名の患者を対象として、1と同様の方法を用いて外来診療録に添付されていた外部提出書類に関して調査した。調査は2007年6月から同年8月までの期間に行った（2006年4月施行の自

立支援法に関する書類は公的書類に分類してある）。

3. 1（2000年以前）と2（2003年以降）の結果を比較した。特に、診断病名「精神分裂病」「統合失調症」における患者数を母数とした集計結果に着目した。また比較対照の目的で、「気分障害」における病名記載の変化に関しても、1（2000年以前）と2（2003年以降）の結果を用いて比較検討した。

III 結 果

1. 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「診断病名」の内訳は、精神分裂病が40.5%、気分障害が14.2%、てんかんが11.5%、神経症性障害が9.0%、その他が24.8%であった。

診断病名「精神分裂病」における書類病名の内訳を図1 aに示す。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。さらに公的書類と私的書類の各々に関し、最後に作成された書類のみを対象とすることで患者数を母数とした集計を作成した（図1 b）。患者数を母数とした図1 bと書類枚数を母数とした図1 aを比較すると、私的書類において神経衰弱状態と自律神経失調症の順位が逆転していたが、全体の傾向としてはほぼ似通ったものであった。

診断病名「気分障害」における書類病名の内訳を図2 aに示す。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。さらに患者数を母数とした集計を図2 bに示す。図2 aと図2 bを比較すると、公的書類において、抑うつ状態とうつ病の順位が逆転していた。

2. 2003年4月から2006年3月末までの3年間の外来初診患者数は計2,167人であった。初診時に統合失調症と診断された患者が182人、そのうち書類作成患者は54人、総書類枚数は111枚であった。初診時に気分障害（ただし双極性気分障害は除く）と診断された患者が472人、そのうち書類作成患者は119人、総書類枚数は500枚であった。書類病名に「精神分裂病」が使用されているものはなく、すべて「統合失調症」の病名記載で統一されていた。

診断病名「統合失調症」における書類病名の内訳

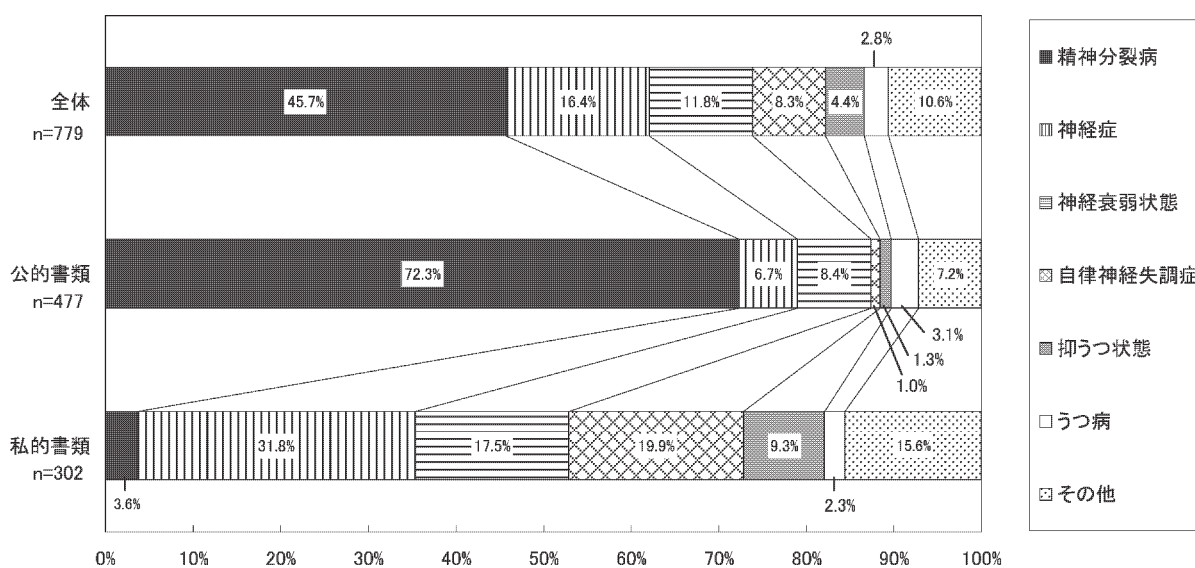


図1 a 診断病名「精神分裂病」における書類病名の内訳（母数：書類枚数）（～2000年）

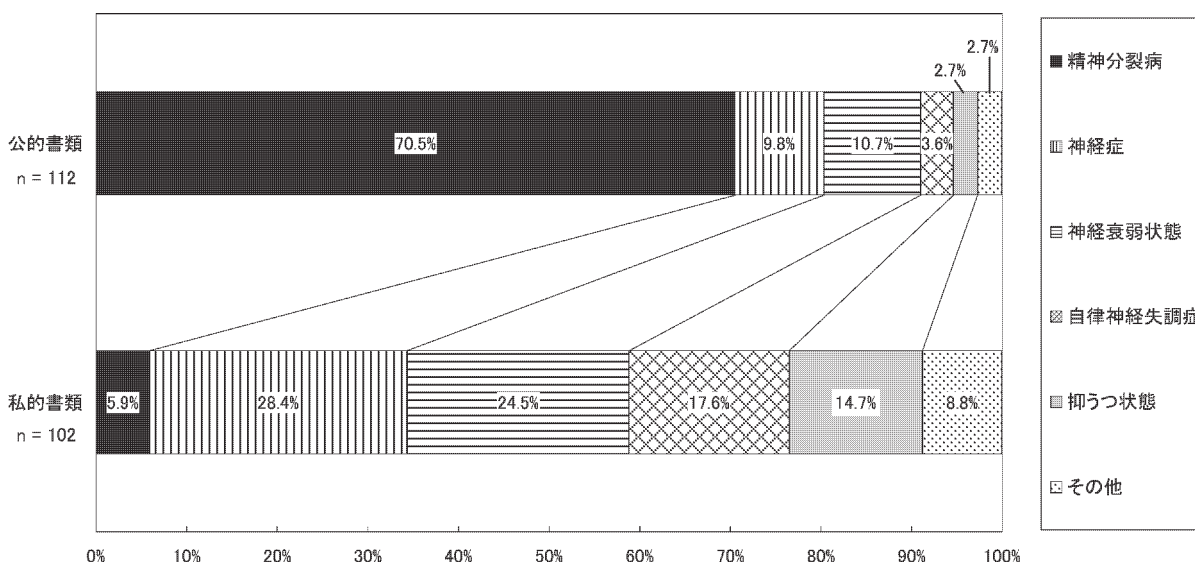


図1 b 診断病名「精神分裂病」における書類病名の内訳（母数：人）（～2000年）

を図3 aに示す。公的書類では、2例を除くほぼ全例の患者で、統合失調症の病名が使用されていた。一方、私的書類では、神経衰弱状態（50％）、統合失調症（25％）、抑うつ状態（17.5％）、自律神経失調症（7.5％）の順となっていた。さらに患者数を母数とした集計を図3 bに示す。図3 aと図3 bを比較すると、患者数を母数とした図3 bで、私的書類における統合失調症の割合がより高くなっており、統合失調症（40％）と神経衰弱状態（40％）とが同数であるのが特徴的であった。

診断病名「気分障害」における書類病名の内訳を図4 aに示す。公的書類、私的書類ともにうつ病の使用頻度が最も高く、公的書類では、うつ病（79.7％）、

気分障害（10.2％）、抑うつ状態（8.5％）の順で、私的書類では、うつ病（57.8％）、抑うつ状態（29.5％）、自律神経失調症（9.3％）、気分障害（2.3％）の順であった（その他には、自律神経失調症・抑うつ状態（二病名併記）、抑うつ神経症、抑うつ反応、不眠症、心因反応が含まれる）。さらに患者数を母数とした集計を図4 bに示す。図4 a、4 bともにうつ病と抑うつ状態ではほぼ8割を占める特徴には変化がなく、またうつ病の使用頻度が最も高いことも同様であったが、書類枚数を母数とした集計（図4 a）よりも、患者数を母数とした集計（図4 b）のほうが、私的書類におけるうつ病の割合が若干低くなり（57.8％→48.1％）、かつ抑うつ状態の割合が若干高くなった

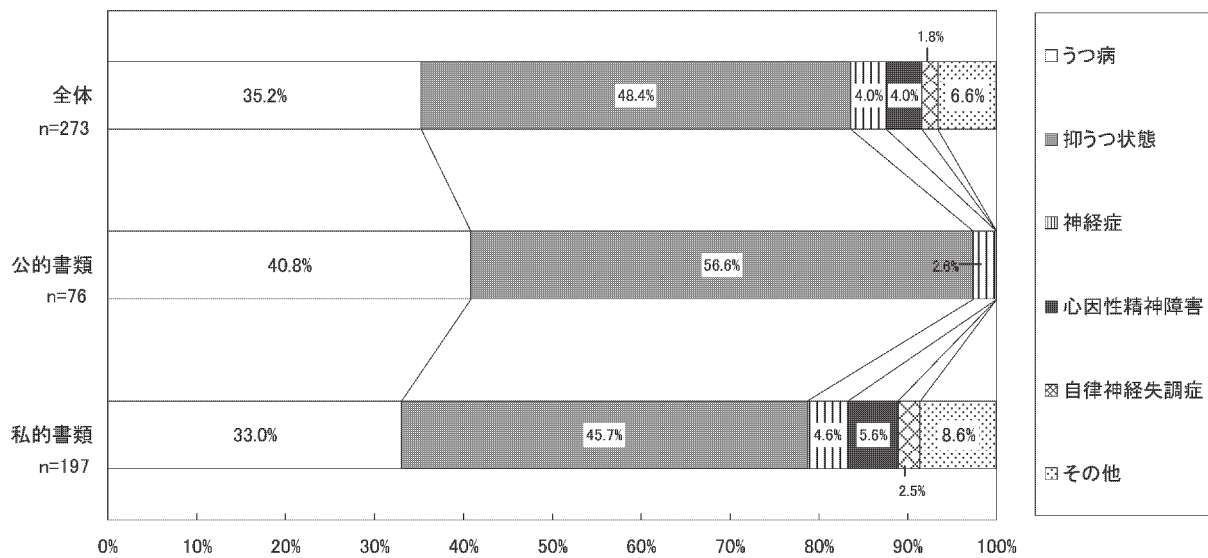


図2 a 診断病名「気分障害」における書類病名の内訳 (母数：書類枚数) (～2000年)

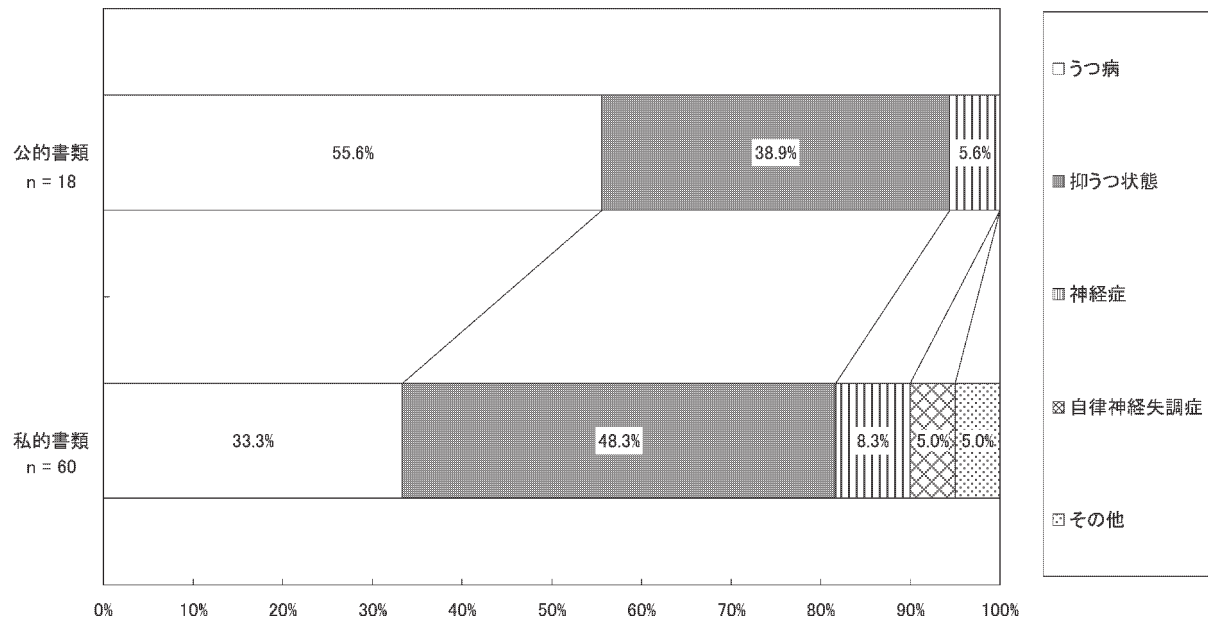


図2 b 診断病名「気分障害」における書類病名の内訳 (母数：人) (～2000年)

(29.5%→35.8%)。

3. 統合失調症に呼称変更された時期を境として、その前後の病名記載の変化を比較するために、特に図1 bと図3 bを比較した。公的書類においては、精神分裂病もしくは統合失調症の病名が最も使用頻度が高いことに変化はなかったが、2000年以前の書類(図1 b)では精神分裂病が70.5%で、それ以外にも神経症や神経衰弱状態などの使用がなされていたのに対し、2003年以降(図3 b)では、統合失調症が94.7%とほぼ全例での使用となっていた。私的書類では、2000年以前(図1 b)で最も使用頻度の高かった神経症が、2003年以降(図3 b)ではなくなり、精神分裂病の

5.9%が統合失調症の40%へと著明に増加、神経衰弱状態が24.5%から40%へと増加、自律神経失調症が17.6%から5%へと減少していた。

また比較対照として、気分障害に関しても図2 bと図4 bを用いて比較した。公的書類においてはうつ病、次いで抑うつ状態の使用頻度が高いという傾向に変化はなかったが、2000年以前の書類(図2 b)と2003年以降の書類(図4 b)を比較すると、うつ病が55.6%から79.3%に増加、抑うつ状態が38.9%から13.8%に減少していた。また私的書類に関しても、うつ病と抑うつ状態の二病名で全体の8割以上を占める傾向に変化はなかったが、うつ病が33.3%から48.1%に増

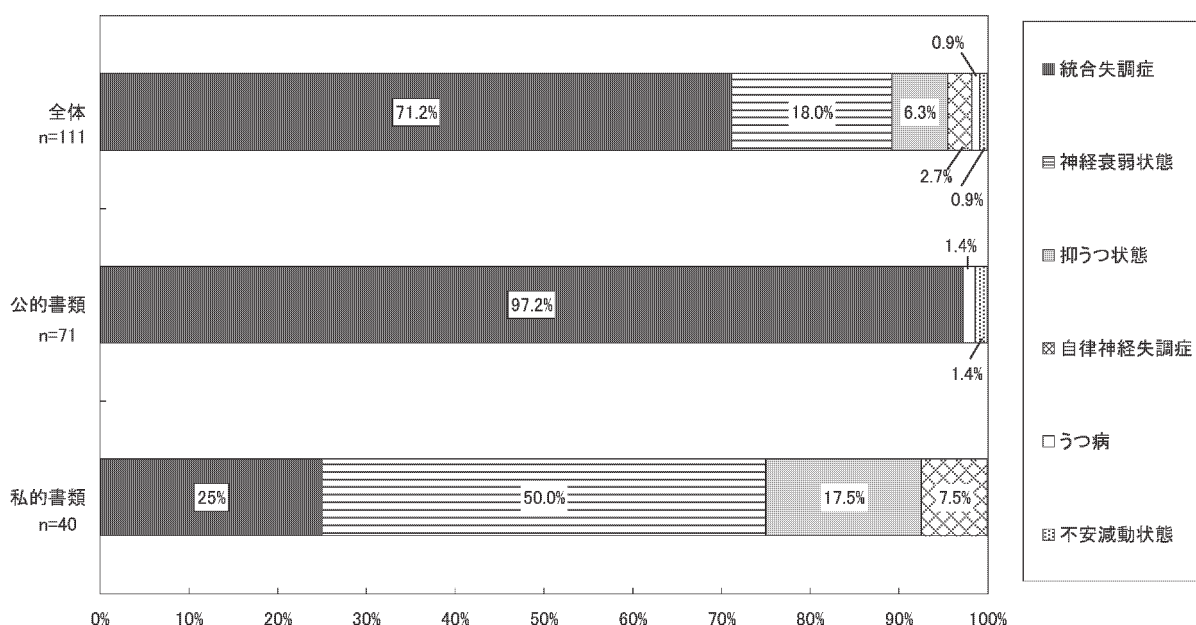


図 3 a 診断病名「統合失調症」における書類病名の内訳（母数：書類枚数）（2003年～）

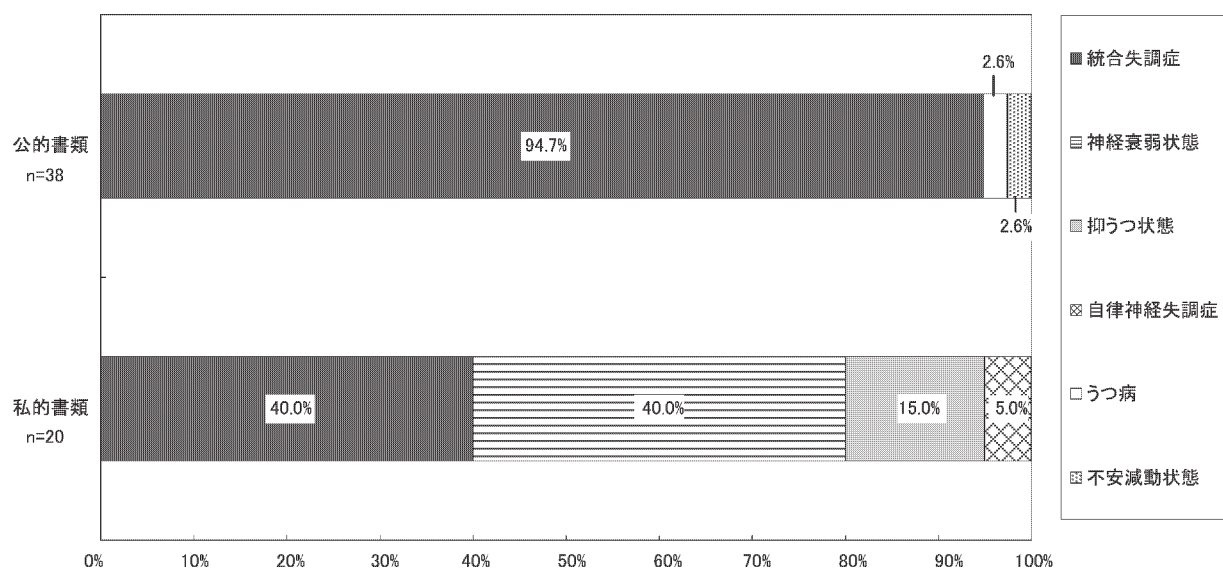


図 3 b 診断病名「統合失調症」における書類病名の内訳（母数：人）（2003年～）

加，抑うつ状態が48.3％から35.8％に減少しており，抑うつ状態とうつ病の順位が逆転し，うつ病の使用頻度が増加していた。

IV 考 察

前回の報告では，書類枚数での解析のみを行ったが，今回，2003年4月から2006年3月末までの3年間の結果を追加し，それと比較するにあたって，患者数を母数とした結果を追加作成した。その理由は，特に後者3年間の結果において，母数が少ないこともあり，書類枚数を母数とした結果と患者数を母数とした結果と

の間に乖離が生じたことがある。特に私的書類の統合失調症の書類病名において，その変化率が大きかった（図3a：25％，図3b：40％）。1人の患者に，同じ病名での書類が数多く作成されている場合があるため（例えば傷病手当意見書は1カ月ごとに提出されるため，同様な内容の書類が多数作成されることになる），病名記載の実態をより正確に評価するためには，患者1名につき書類1枚として集計した結果（今回は，公的書類と私的書類において，各々最後に作成された書類のみを対象とすることにした）も必要であると考えられた。

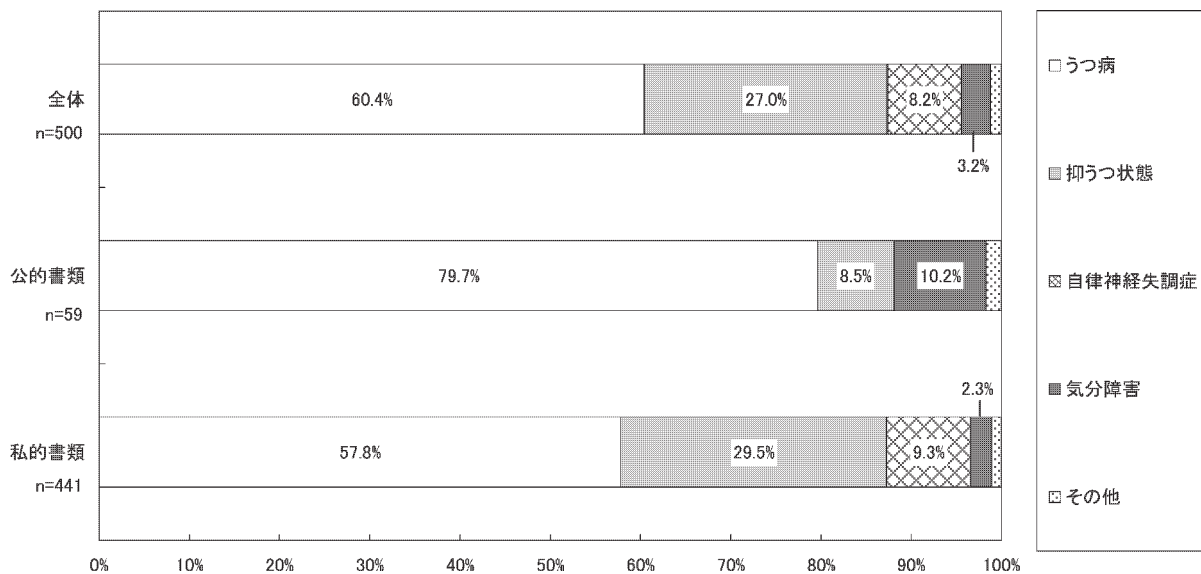


図4 a 診断病名「気分障害」における書類病名の内訳（母数：書類枚数）（2003年～）

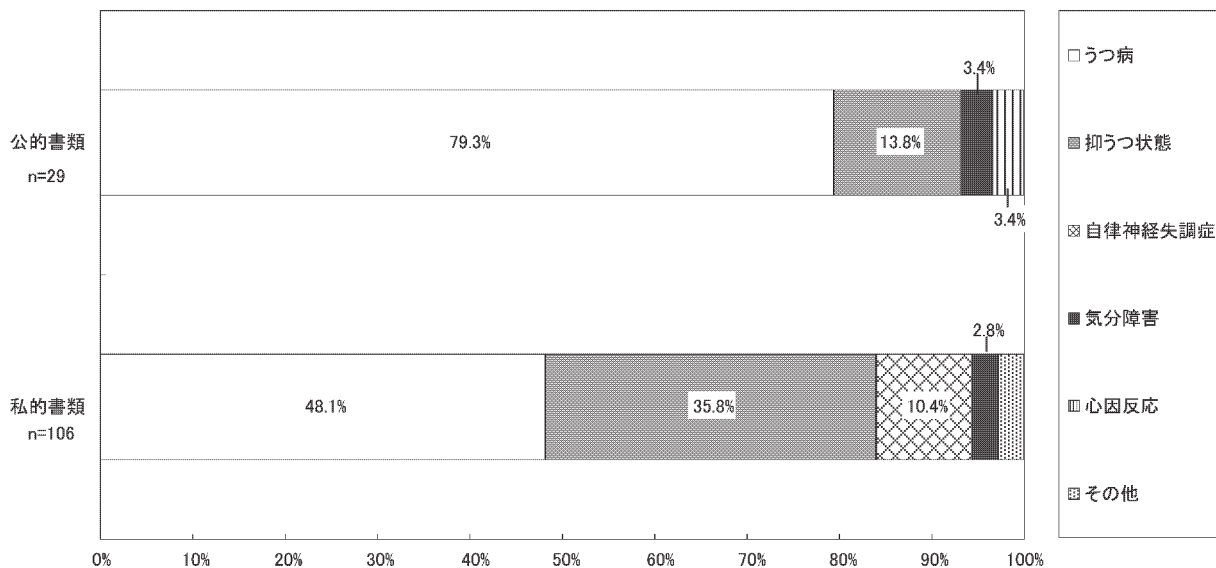


図4 b 診断病名「気分障害」における書類病名の内訳（母数：人）（2003年～）

まず、気分障害における書類病名に関して検討する。2000年までの結果（図2）と2003年以降の結果（図4）を比較すると、両者とも「うつ病」と「抑うつ状態」の二病名で全体のほぼ8割前後を占める傾向には大きな変化を認めなかったが、全ての集計結果において「うつ病」の使用頻度が増加しており、かつ「抑うつ状態」の使用頻度が減少していた。特にこの傾向は公的書類において顕著であった。このように書類病名「うつ病」の使用頻度が増加傾向を示した理由には幾つかの要因が考えられる。一つは、近年のうつ病患者の増加があげられる。厚生労働省の調査によると、この10年近くでうつ病などの気分障害の受診者数は2倍以上になったとされる³⁾。職場におけるうつ病の増加、

また年間3万人以上の自殺者数の推移など、うつ病に関連した社会問題がマスコミ等で取り上げられる機会が増え、「うつ病」の病名が社会一般に広く浸透し、病名に対する敷居が低くなった可能性が考えられる。また治療者側の要因としては、近年、DSM診断⁴⁾に代表される操作的診断基準が広く使用されるようになった影響から、臨床現場における「うつ病」の疾病概念が、以前よりも広く適応されるようになった可能性がある（一方で、かなり雑多な病態を、安易に「うつ病」として一括しているのではないかとするDSM診断に対する批判的な意見は、精神科医のなかでも少なからず存在していると思われる。牛島⁵⁾は、DSM診断に関連して、「容易に精神疾患の診断が付されるこ

とによって、安易に向精神薬が投与される土壌が形成された。ことに製薬企業の販売戦略の対象にさえる危険がある」と指摘している）。

またこれに加えて、福祉行政の影響も考慮しておく必要がある。身体障害、知的障害、精神障害を一元化する障害者自立支援法が2006年4月より施行となったが、これに伴い精神科医が作成する医療診断書には、病名欄にICDカテゴリーの項目が追加され、国際疾病分類²⁾であるICD-10コードの記載が必要となった（同法の施行は2006年4月からだが、準備期間として前年度より、同法に関する書類作成は開始されていた。またそれに先立ち2004年から既に、公的書類の一部でICD-10コードの記載が開始されている）。よって事務的な理由ではあるが、抑うつ状態や神経衰弱状態といった状態像での病名記載、あるいは非定型精神病や抑うつ神経症、心因反応といった従来診断での病名記載が、特に公的書類で難しくなったことの影響は大きいと思われる。

次に、本調査研究の主たる目的である「統合失調症」の書類病名に関して検討する。公的書類、私的書類ともに、2000年以前の「精神分裂病」よりも、2003年以降のそれにかわる「統合失調症」の割合が増加していた。2003年以降の公的書類では、2例を除くほぼ全例で「統合失調症」の書類病名が使用されていた。また私的書類では、2000年以前で5.9%であった「精神分裂病」の使用頻度が、2003年以降には「統合失調症」での40%の使用にまで増加していた。

このような変化が起こった要因の一つには、当然、schizophreniaの日本語呼称を精神分裂病から統合失調症へと変更したことがまずはあげられる。「精神分裂病」の病名が持つ否定的イメージ⁶⁾⁷⁾や、そこから生じる偏見や差別を改善する目的で、2002年8月の日本精神神経学会において、schizophreniaの日本語呼称を統合失調症に改めることが承認された⁸⁾⁹⁾。この呼称変更の背景には、単に不適切な訳語を改変するという意味以外にも、生物学的研究成果や薬物療法の発展、心理教育や病名告知、生活技能訓練などの心理社会的介入といった精神医学の進歩に基づく包括的医療を、病名変更を機により浸透させたいという意図があった。社会的反応も迅速であり、医療福祉関連の公式文書への使用を厚生労働省がいち早く承認し、また報道機関への周知も図られたため、かなり短期間のうちに新呼称への移行が為されている。

西村¹⁰⁾¹¹⁾大野と西村¹²⁾らは、日本精神神経学会会員の精神科医を対象としたアンケートを行い、呼称変更に伴う病名告知率の変化を調査している。呼称が精神

分裂病のときの患者本人への告知状況は、告知群が47.6%、不告知群が33.8%、どちらもいえないとする保留群が18.5%であった¹²⁾。統合失調症に変更されてからの告知状況を、2002年12月（変更直後）、2003年12月（1年後）、2004年（2年後）で調査したところ、告知群はそれぞれ36.7%、65.0%、69.7%と上昇を示し、不告知群は44.0%、21.0%、15.2%と年々減少していたと報告している¹⁰⁾¹¹⁾（西村らの報告は、病名告知状況を5段階評価：1＝原則しない、2＝殆どしない、3＝どちらもいえない、4＝時々する、5＝原則的にする、で自己申告させる自己記入式アンケート調査票を用いており、1、2を不告知群、4、5を告知群に分類している）。西村らの報告からもわかるように、統合失調症への呼称変更は、精神科医療者の意識にも大きな影響を及ぼしたと考えられ、精神科臨床における病名告知とインフォームド・コンセントの推進が、書類病名の変化にも関与したものと予想される。

また日本と北米の精神科医を対象とした病名開示に関する1992年の論文¹³⁾では、気分障害と不安障害に関しては、両群とも90%以上で病名が伝えられていたが、schizophreniaもしくはschizophreniform disorderに関しては、北米で90%、日本では30%以下しか病名が伝えられておらず、また日本では神経衰弱といった曖昧な病名が代わりに使用されていたと報告している。西村らの報告と合わせて、これらのアンケート調査の結果は、我々の調査結果を、間接的に裏付けるものと考えられる。

ただしこのような書類病名の変化は、単に呼称変更がなされたことだけに起因するものではなく、それ以外にも複数の要因が影響していると考えられる。前述の気分障害の項でも述べたように、臨床現場において国際分類や操作的診断基準が浸透した影響、あるいは2003年に導入されたICD診断に基づく包括医療制度（精神科医療は現在のところ対象外だが導入に向けた動きはあり、また既にICDコードの記載欄があるDPC確認表は全科共通のものが使用されている）も遠縁として影響しているかもしれない。さらに近年推奨されている医薬分業制度においては、薬局からの薬剤情報提供が積極的になされ、抗精神病薬の作用や副作用情報も患者側に提供されている。また急速に普及したインターネットも、疾患や治療に関する情報収集を容易としており、患者や家族の治療参加に対する意識変化は、インフォームド・コンセントや病名告知を促進させた大きな要因と考えられる。また2006年4月に施行された障害者自立支援法では、公的文書におい

てICD分類の記載が求められており、今後は益々、公的文書で「統合失調症」以外の病名が使用される頻度は少なくなると予想される。

一方で本調査の結果からは、書類病名における「統合失調症」の使用頻度が増しているとはいえ、私的書類に関しては、いまだ半数以上で、「神経衰弱状態」「抑うつ状態」「自律神経失調症」といった傷病名が使用されていることもみてとれる。私的書類の病名記載では、間接的な患者本人への病名告知につながる可能性があるため、病名を告知していない患者の私的書類においては、治療者が「統合失調症」の病名を使用しない可能性が考えられる。ただし、西村らの調査結果からもわかるように、統合失調症の病名告知の割合は年々上昇しており、私的書類における統合失調症の使用頻度の低さは、それだけでは十分に説明しきれないと思われる。おそらく最大の要因は、職場に提出されることが多い診断書や傷病手当意見書といった私的書類において、その記載された病名によって生じる可能性がある患者の不利益を、治療者側が懸念しての結果ではないかと考えられる。現在の日本の厳しい雇用環

境や、決して手厚いとはいえない社会福祉環境、また精神障害に対する偏見や差別の問題なども、本調査の結果を読み解くうえで考慮する必要があるといえるだろう。

V 結 語

精神分裂病から統合失調症への呼称変更前後の書類病名の変化に関して調査、考察を行った。統合失調症は、精神科医療のなかでも中核を占める疾患の一つであり、今回の呼称変更は、日本の精神医学の歴史において特筆すべき出来事として位置付けられる。昨今、精神科医療に関連して、医療観察法や自殺対策基本法の成立、精神科専門医制度の導入といった出来事があり、また精神科医療にとどまらず、医学教育システムの変更や医療財政の問題など、医療環境全体が大きな変革期にあるといえる。それら複数の要因が複雑に影響し合っているため、本結果を単純に説明付けることは難しいと考えられるが、医療者や患者の主観的な意識調査にとどまらない客観的なデータとして、本調査結果は意義のあるものと考えられる。

文 献

- 1) 角田美穂, 高橋 徹, 篠山大明, 中村伸治, 岡田八束, 今井淳子, 鷲塚伸介, 原田 謙, 野見山哲生, 天野直二: 精神科外来における病名記載の実態に関する検討. 信州医誌 54: 387-393, 2006
- 2) World Health Organization: The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders; Clinical descriptions and guidelines. WHO, 1992—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
- 3) 職場のうつ 復職のための実践ガイド. 朝日新聞社, 東京, 2007
- 4) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed (DSM-IV). APA, Washington D. C., 1994 (高橋三郎, 大野 裕, 染谷俊幸: DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き. 医学書院, 東京, 1995)
- 5) 牛島定信: 精神科臨床の今後を考える. —DSM 診断がもたらしたもの—. 精神経誌 105: 1107-1119, 2003
- 6) Ono Y, Satsumi Y, Kim Y, Iwadate T, Moriyama K, Nakane Y, Nakata T, Okagami K, Sakai T, Sato M, Someya T, Takagi S, Ushijima S, Yamauchi K, Yoshimura K: Schizophrenia: is it time to replace the term? Psychiatry Clin Neurosci 53: 335-341, 1999
- 7) Kim Y, Berrios GE: Impact of the term schizophrenia on the culture of ideograph: the Japanese experience. Shizophr Bull 27: 181-185, 2001
- 8) 佐藤光源, 金 吉晴: 「統合失調症」で何が変わるのか. 精神経誌 106: 311-312, 2004
- 9) 高木俊介: 病名変更への道のりと今後の課題. 精神経誌 106: 332-334, 2004
- 10) 西村由貴: 病名告知とインフォームドコンセント. Schizophrenia Frontier 7: 40-44, 2006
- 11) 西村由貴: 呼称変更で病名告知の実態は変わったか? 3年間の追跡結果. 精神経誌 108: 50-56, 2006
- 12) 大野 裕, 西村由香: 精神分裂病の呼称変更と医師の病名告知に関する研究. 精神経誌 106: 313-316, 2004
- 13) McDonald-Scott P, Machizawa S, Satoh H: Diagnostic disclosure: a tale in two cultures. Psychol Med 22: 147-157, 1992

(H 20. 1. 21 受稿; H 20. 2. 19 受理)