

巻 頭 言

病名「心因反応」をめぐる

池上秀明 日本精神神経学会理事
Hideaki Ikegami

浅学の身を顧みずにあえてこのテーマを選んだのは、精神科の診断学や疾病分類学がいかに高度に展開していることが、病名に対しての精神科特有の配慮の重要性には変わりがなく、と自戒を込めて再認識したからです。

実はつい先日、ある精神障害者の方についての自立支援医療の診断書で、病名を「心因反応」、ICDコードをF2（統合失調症、統合失調症型障害、および妄想性障害）として提出したところ、審査する側からその診断書が直接こちらに差し戻されました。その理由は、「心因反応」は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）ではないかということでした。

「心因反応」はICD-10にもDSM-IVにも本学会の用語集にも登場しない病名で、解釈に幅があり、いわば慣用的に使用されています。私はこの病名をほとんど使ってきませんでした。自分の中に一抹の不全感を抱きながらも、使いたくなくなってしまいう状況が少なからずある病名です。

私の側の対応としては、まだ病名告知が不十分な段階での病名記載であることを事情説明した上で、おおよそ以下のような主旨のコメントを付した文書を添えて診断書を再提出しました……

——ある成書では、「心因反応」とは、広義には心因によって生じた精神障害、すなわち神経症も含まれるが、狭義には心因性精神病であり、その多くは急性一過性精神病性障害でF2に含まれる、とされています。しかし、その一方で、比較的新しい成書では、急性ストレス反応、外傷後ストレス障害、適応障害（もちろんいずれもF4）を「心因反応」と位置づけています。また、ストレス性障害（F4）を「心因性反応」と表記し、「心因反応」との混同を避けていると思われる成書もあります。いずれにしろ、心因反応イコールF4とする判断が優先される歴史的事情はないと考えられます。「反応」を、「心因」との了解的関連が崩れて精神病性変化を来すような変化ととらえるのか、あくまでも了解的関連を維持する過程ととらえるのか、

が解釈の分岐点になるようです。

また、診療報酬請求の保険審査においては、レセプト傷病名を「心因反応」とした場合、常にはありませんが、「統合失調症」に読み替えられて審査される傾向があり、抗精神病薬の処方査定を受けないことも少なからずあります。——

……最終的に審査はとりあえず通りましたが、私はこれを機に病名「心因反応」を使うのをやめることにしました。

本学会の主導で病名「統合失調症」が公的に定着し、精神科病名の標準化にこれまで多大なる努力が注ぎ込まれ今後も注ぎ込まれるであろう現在、慣用的な病名はなるべく避けるべきとは思いますが、一方、保険用治療薬の適応症さえ未整備な現状では精神科病名に関してまだまださまざまな状況で、病名開示と説明責任との間での思わぬ混乱が予想されます。

健康保険の分野では、審査基準の透明化公平化、審査較差の解消を目指す意味で、ICDに準拠して標準病名マスターが作られ、それに基づいた傷病名で保険請求する医療機関がかなり増えています。しかし、そのような医療機関でも、病名マスターに含まれていないいわゆる未コード化傷病名（慣用病名に相当する）の使用が目立ち、特に精神科領域では非常に多く、全レセプトの半数近くにのぼると見られます。「抑うつ状態」、「うつ状態」はその代表格です。うつ病や不安障害が急増しているのは製薬会社の過剰なプロモーションのためだとする議論がありますが、このような慣用病名が頻用されている現状とも無縁ではないでしょう。

何のために病名をつけるのかといえば、それは統計や研究のためばかりではなく、適切なインフォームドコンセントを実施し、患者さんに対して十分な説明責任を果たし、高い治療効果を得るためでもあります。その点ではまだ心もとない現況にあると言わざるを得ません。