

統合失調症患者の病名告知に関する多施設調査

賀古 勇輝, 大久保 亮, 清水 祐輔, 三井 信幸, 田中 輝明, 久住 一郎

Yuki Kako, Ryo Okubo, Yusuke Shimizu, Nobuyuki Mitsui, Teruaki Tanaka, Ichiro Kusumi :
A Multicenter Study Regarding Schizophrenia Patients' Notification of the Diagnosis

2002年に「精神分裂病」から「統合失調症」へと呼称が変更されてから10年以上が経過した。呼称変更後に病名告知が促進されていることは、医師に対する意識調査で示唆されているが、患者自身に対する実態調査では告知率の増加は明らかにされておらず、近年は多施設による告知率の調査も実施されていない。本研究では、北海道内の5つの医療機関において統合失調症患者とその主治医を対象として病名告知状況に関する調査を行った。対象患者全869名に対して主治医に対する調査票と患者に対する質問票により調査を行った。主治医から調査票を回収できたのは858名、患者への質問票を回収でき有効回答として利用できたのは529名であった。病名告知状況を調査するとともに、病名告知群と未告知群の背景を比較した。主治医調査票による病名告知状況の結果は、「統合失調症」と告知している患者が63.1%、「精神分裂病」と告知している患者が2.0%であり、合わせて65.0%であった。告知されているかどうか不明と主治医が回答した患者は18.4%であり、これを除外すると、「統合失調症」もしくは「精神分裂病」と告知している患者は79.6%に上った。患者質問票による病名の認識状況の結果は、「統合失調症」と回答した患者が55.2%、「精神分裂病」3.2%、その他の病名を答えた患者9.5%、病名を知らないと答えた患者17.4%、病名は知っていると回答したものの具体的には記載しなかった患者が14.7%であった。未記載の患者を除外すると、「統合失調症」もしくは「精神分裂病」と認識している患者は68.5%であった。病名告知群と未告知群との比較では、告知群は治療開始からの期間がより短く、調査時年齢もより低かった。治療開始時期が呼称変更された2002年より前の症例は未告知群で有意に多かった。この結果から、「統合失調症」への呼称変更や時代背景の変化により、病名告知がより積極的に行われるようになってきたことが示唆された。

<索引用語：統合失調症，病名告知，呼称変更>

はじめに

2002年に“schizophrenia”の日本語呼称が「精神分裂病」から「統合失調症」へと変更されてから10年以上が経過した。厚生労働科学研究として

行われた2002~2004年の医師に対する意識調査^{8,10,12,15,16)}では、呼称変更後に病名告知が進んだことが示唆されたが、患者自身に対する実態調査では病名認識率の増加は明らかにされておらず、

表 1 参加施設

施設名	施設のタイプ	対象患者	n		
			外来	入院	計
北海道大学病院	大学病院	入院・外来全例	405	12	417
市立室蘭総合病院	地方都市基幹総合病院	入院・外来 連続サンプル	57	40	97
市立稚内病院			67	31	98
倶知安厚生病院			101	9	110
石金病院	大都市精神科病院	入院全例	—	147	147
計	—	—	630 (72.5%)	239 (27.5%)	869

呼称変更前の 2000 年に実施された日本精神神経学会（以下、本学会）「精神分裂病の呼称を検討する委員会」の調査⁶⁾では自身の病名を“schizophrenia”と認識している割合が 56.1%であり、呼称変更後の 2003～2004 年に厚生労働科学研究として行われた西村らの調査⁹⁾では 55.2%と変化はみられなかった。その後、病名告知に関する国内での大規模な調査は行われておらず、呼称変更後の病名告知の状況はほとんど明らかになっていない。

今回われわれは、北海道内の 5 つの病院において治療中の統合失調症患者とその主治医を対象として、病名告知に関する実態調査を行った。

I. 対象と方法

本研究に参加した施設を表 1 に示す。全て北海道内の施設であり、北海道大学病院のほか、地方都市の基幹総合病院である 3 つの病院、札幌市内の単科精神科病院 1 か所、合わせて 5 つの医療機関で実施された。ICD-10 の F20 統合失調症の基準を満たす患者を対象とし、2009 年 12 月～2010 年 11 月の間に行われた。北海道大学病院では、入院、外来を問わず、治療中の統合失調症患者全例を対象とし、市立室蘭総合病院、市立稚内病院、倶知安厚生病院の 3 施設では入院患者と外来患者の連続サンプル各約 100 名、石金病院では入院統合失調症患者全例を対象とし、5 施設合わせて 869 名となった（外来 72.5%，入院 27.5%）。調査結果を一般化するためには全数調査が望ましいが、各

施設への負担を考慮して 3 つの総合病院精神科には約 100 例をお願いした。この 3 施設のサンプルについては、主治医が対象者を恣意的に抽出しないように外来患者についてはその担当医が診療した連続サンプルで収集し、入院患者を対象とする場合はその担当医が受け持っている患者全例をサンプルとするよう依頼した。北海道大学病院を含め総合病院精神科だけでは、長期入院患者の実態が反映されないと考え、精神科病院である石金病院では入院患者のみを対象として全数調査を行った。

患者背景として、性別、調査時年齢、発症年齢、罹病期間、治療開始からの期間、入院歴、調査時の就労・生活状況、抗精神病薬の用量が調査された。主治医に対して調査票の記入を依頼し、病名告知状況と未告知の場合の理由が調査された。主治医調査票が実施された症例のうち、主治医がアンケートの実施が可能と判断し、本人の同意が得られた患者に対して患者質問票を配布した。質問票の内容は表 2 の通りである。

患者質問票は無記名であるが、回収後に患者を特定できるように通し番号が振られており、患者背景情報や主治医調査票と連結されて解析された。アンケート結果や患者背景をデータベースに入力する際に氏名は番号化した。患者には、アンケート結果は氏名が特定されない形で主治医調査票や診療録からの情報と突き合わせて解析されることや、主治医には回答内容は伝わらないこと、今後の治療方針に影響は出ないことを説明した。

患者質問票は原則として主治医から配布されたが、回収は主治医が直接は行わず、所定の回収ボックスなどが利用された。

全 869 名のうち、主治医調査票は 858 名（外来 73.3%，入院 26.7%）で回収され（回収率 98.7%），そのうち 648 名に患者質問票が配布された。主治

医がアンケートによって病状に悪影響を及ぼしたり、知的障害や思考障害のため実施不能と判断して配布を避けたり、質問票の受け取りを拒否した患者が 210 名に上った。患者質問票は 540 名で回収され、記入漏れなどのあったものを除く有効回答は 529 名であった（外来 78.6%，入院 21.4%。配布した患者の 81.6%，全対象患者の 60.9%）。

主治医調査票と患者質問票の結果を集計するとともに、両者の回答の一致度も調査した。また、患者質問票で「統合失調症」もしくは「精神分裂病」の病名を認識し、かつ質問 2（医師からご自身の病気の症状や原因、治療などについて詳しく説明を受けたことはありますか？）の回答が「はい」の症例を病名告知群とし、「統合失調症」もしくは「精神分裂病」の病名を認識していない症例を未告知群とし、両群の背景の違いを比較した。統計解析は、Fisher の直接法と t 検定を適宜用い、有意水準は $p < 0.05$ とした。

本研究は、北海道大学病院自主臨床研究審査委員会の承認を得て行われた。

II. 結 果

1. 患者背景（表 3）

主治医調査票の解析対象患者 858 名と患者質問票の解析対象患者 529 名の背景を表 3 に示した。

表 2 患者質問票

1) ご自身の精神科神経科の病名・診断名をごぞんじですか？	
・はい	・いいえ
2) 医師からご自身の病気の症状や原因、治療などについて詳しく説明を受けたことはありますか？	
・はい	・いいえ
※ 1) の質問で「はい」とお答えになった場合は以下の質問にもお答え下さい。「いいえ」の場合は以上で終了です。	
3) さしつかえなければ、ご自身の病名・診断名をご記入ください。	
4) 病名は誰から聞きましたか？（複数回答可）	
・医師から	・家族から
・看護師やその他の医療スタッフから	・他の患者さんから
・診断書などの書類で知った	・おぼえていない
・その他（_____）	

表 3 患者背景

	主治医調査票対象患者 n=858	患者質問票対象患者 n=529
女性	453 (52.8%)	280 (52.9%)
調査時年齢 (歳)	48.9 [14.3]	47.5 [13.8]
発症年齢 (歳)	26.7 [10.7]	26.9 [11.0]
罹病期間 (年)	22.2 [13.2]	20.6 [12.7]
治療開始からの期間 (年)	20.4 [13.4]	18.9 [12.8]
入院歴あり	722 (84.1%)	437 (82.6%)
就労・生活状況		
無職/入院	535 (62.4%)	332 (62.8%)
学生	18 (2.1%)	6 (1.1%)
リハビリ	109 (12.7%)	67 (12.7%)
就労/主婦	194 (22.6%)	122 (23.1%)
抗精神病薬 1 日用量 (haloperidol 換算 mg)	17.4 [15.5]	16.2 [14.5]

[] 内は標準偏差

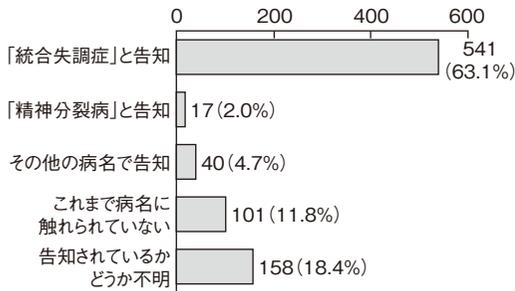


図1 主治医への調査による病名告知状況

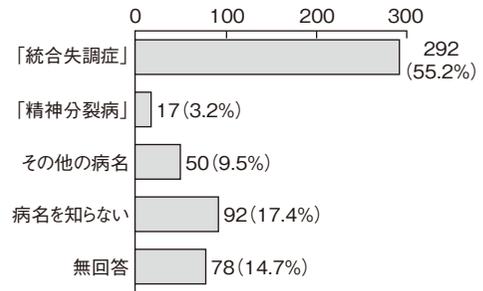


図2 患者の認識している病名

調査時の年齢は最少 15 歳，最高 84 歳と幅広く，平均 48.9 歳と 47.5 歳であった。罹病期間も 0.5 年から 58.2 年と幅広く，平均 22.2 年と 20.6 年であった。両群とも 8 割以上の患者に入院歴があり，就労・生活状況としては無職もしくは長期入院中が 6 割を超え，就労中もしくは主婦が約 23%，何らかのリハビリに参加中の患者が約 13% であった。

2. 主治医調査票の結果

各患者について主治医が認識している病名告知状況の結果を図 1 に示す。「統合失調症」と告知している患者が 541 名 (63.1%)，「精神分裂病」と告知している患者が 17 名 (2.0%) であり，合わせて 558 名 (65.0%) であった。その他の病名で告知している患者が 40 名 (4.7%) であり，その内訳は，「うつ病・うつ状態」が 10 名，神経過敏状態 7 名，神経衰弱状態 4 名，妄想状態・妄想性障害 4 名，自律神経失調症 3 名，遅発緊張病 3 名，統合失調感情障害 3 名，その他 13 名であった (重複回答あり)。「これまで病名に触れられていない」患者が 101 名 (11.8%)，「告知されているかどうか不明」158 名 (18.4%) であった。不明の患者を対象から除外した場合，「統合失調症」もしくは「精神分裂病」と告知されているとした患者の割合は 79.6% に上った。

「統合失調症」もしくは「精神分裂病」と告知されていない場合の理由については，「長年告知されてこなかったためあらためて告知する意義が乏しい」との回答が最も多く 70 名 (49.6%) であった。以下，「病状に悪影響を及ぼすと考えられたた

め」34 名 (24.1%)，「現在の病状が不安定であるため」24 名 (17.0%)，「患者の知的な問題のため (理解不能，疎通困難など)」24 名 (17.0%)，「家族の反対」12 名 (8.5%) などとなっていた (重複回答あり)。

主治医が患者へアンケートを配布することを避けた症例については，病名に関する質問を避けたい場合，つまり病名が未告知である場合が多い可能性が考えられたため，そのような症例のみを対象として主治医が認識している病名告知状況を調査した。主治医が患者質問票の配布を回避した症例 128 例のうち，「統合失調症」もしくは「精神分裂病」と告知している患者が 57 名 (44.5%) であり，それ以外の症例における割合 68.6% (730 名中 501 名) に比して有意に低かった ($p < 0.000001$)。

3. 患者質問票の結果

「ご自身の精神科神経科の病名・診断名をどう感じますか？」の質問に「はい」と答えた患者は 434 名 (82.0%)，「いいえ」92 名 (17.4%)，無回答 3 名であった。「医師からご自身の病気の症状や原因，治療などについて詳しく説明を受けたことはありますか？」の質問に「はい」と答えた患者は 307 名 (58.0%)，「いいえ」215 名 (40.6%)，無回答 7 名であった。

自身の病名を知っていると回答した患者に対して，具体的な病名を記入してもらったが (図 2)，「統合失調症」と回答した患者が 292 名 (全体の 55.2%)，「精神分裂病」17 名 (3.2%) であり，合わせて 309 名 (58.4%) であった。その他の病名

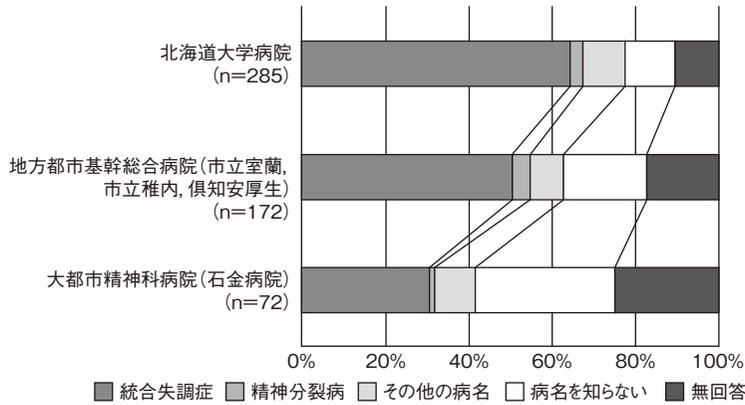


図3 患者の認識している病名の施設間比較

で認識している患者が50名(9.5%)であり、その内訳は、「うつ病・うつ状態」が15名と最も多く、以下、躁うつ病4名、自律神経失調症4名、神経衰弱状態4名、神経症3名、感情障害、不眠症、敏感状態、非定型精神病が各2名、その他21名であった(重複回答あり)。病名を知っていると回答しながらも具体的な病名を記載しなかった患者が78名(14.7%)と多く、これを除外すると、「統合失調症」もしくは「精神分裂病」と認識している患者の割合は68.5%に上った。

「統合失調症」もしくは「精神分裂病」と認識している患者309名に対して、その病名を誰から聞いたか尋ねたところ(重複回答可)、「医師から」が212名(68.6%)と最も多かったが、「診断書などの書類から」知った患者が89名(28.9%)にも上っていた。以下、「家族から」31名(10.1%)、「看護師やその他の医療スタッフから」4名(1.3%)、その他6名(1.9%)、「覚えていない」6名(1.9%)であった。

病名の認識状況については施設間で差があり(図3)、「統合失調症」もしくは「精神分裂病」と認識している患者の割合は北海道大学病院で最も多く67.4%であり、病名を知っていると答えながらも具体的な病名が空欄の患者を除外すると75.3%であった。次いで3つの地方都市基幹総合病院の54.7%(同じく無回答除外すると66.2%)、大都市精神科病院(石金病院)の入院患者では

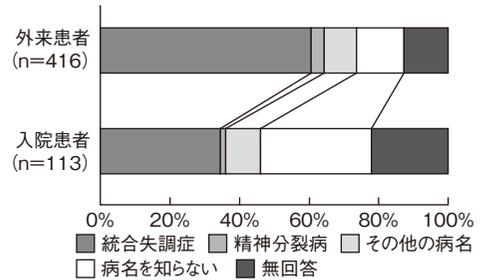


図4 患者の認識している病名の入院・外来患者比較

31.9%(同じく42.6%)であった。

外来患者と入院患者で結果が異なることが考えられたため、両者を分けて解析したところ(図4)、「統合失調症」もしくは「精神分裂病」と認識している患者は外来患者で64.4%(416名中268名)(無回答除外すると73.8%)、入院患者で36.3%(113名中41名)(無回答除外すると46.6%)であり、外来患者で有意に高率であった($p < 0.000001$)。

2002年に「精神分裂病」から「統合失調症」へと呼称変更されたが、治療開始された時期が呼称変更の前か後かによって病名の認識率が変化しているかを明らかにするために、2001年以前に治療開始された症例392名と2003年以降に治療開始された症例119名の2群で患者質問票から病名の認識状況を解析した(2002年に治療開始された症例は除外)。その結果、2001年以前治療開始群では

「統合失調症」と認識している患者が52.0%であり、「精神分裂病」4.6%、合わせて56.6%であった(無回答除外すると67.3%)。一方、2003年以降治療開始群では「統合失調症」と認識している患者が66.4%であり、「精神分裂病」は1人もいなかった(無回答除外すると74.5%)。有意な差は認めなかったが、2003年以降治療開始群のほうが病名の認識率がやや高い傾向があった(p=0.07)。

4. 患者と主治医の病名の一致度 (図5)

患者質問票と主治医調査票の両方に病名告知状況についての記載があった患者386名について、患者と主治医の認識の一致度を図5に示した。主

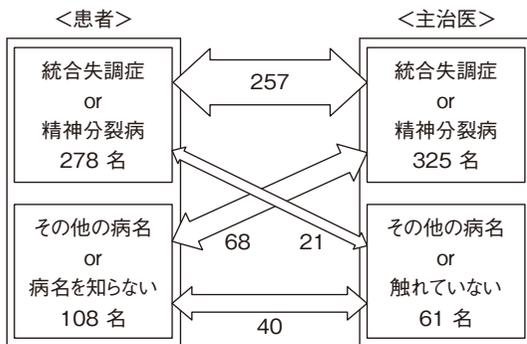


図5 患者と主治医の認識している病名の一致度

治医が「統合失調症」もしくは「精神分裂病」と告知していると考えていた患者325名のうち、患者もその病名を認識していたのは257名(79.1%)にとどまり、主治医の認識と一致せず、他の病名を回答したり、病名を知らないと答えた患者が68名(20.9%)であった。逆に、主治医は本来の病名を告知していないと考えていた患者61名のうち、21名(34.4%)は病名を認識していた。

5. 病名告知群と未告知群の比較 (表4)

患者が「統合失調症」もしくは「精神分裂病」と認識しているだけでは、主治医から「告知」されたかどうかは不明であるため、さらに医師から症状や原因、治療などについて説明を受けたと答えた患者を病名告知群とし、正しい病名を認識していない患者を未告知群として比較した。

病名告知群のほうが調査時年齢と発症年齢がともに有意に低く、罹病期間と治療開始からの期間が有意に短かった。就労・生活状況としては、病名告知群のほうが無職・長期入院の割合が有意に低く、何らかのリハビリに従事している患者の割合が有意に高かった。性別や入院歴の有無、抗精神病薬の用量には有意差は認めなかった。

ここでも呼称変更前後での比較をするために、

表4 病名告知群と未告知群の比較

	病名告知群 n=215	未告知群 n=146	p
女性	118 (54.9%)	75 (51.4%)	0.521
年齢 (歳)	43.5 [13.1]	53.1 [13.5]	0.000
発症年齢 (歳)	25.9 [9.1]	29.8 [13.4]	0.001
罹病期間 (年)	17.6 [12.2]	23.2 [13.2]	0.000
治療開始からの期間 (年)	15.7 [12.2]	21.5 [13.7]	0.000
治療開始が呼称変更前 (2001年以前)	144 (68.2%)	111 (80.4%)	0.014
	[呼称変更年 (2002年) の症例除外]		
入院歴あり	181 (84.2%)	115 (78.8%)	0.262
就労状況			
無職/入院	118 (54.9%)	97 (66.4%)	0.028
学生	4 (1.9%)	1 (0.7%)	0.652
リハビリ	44 (20.5%)	10 (6.8%)	0.000
就労/主婦	49 (22.8%)	38 (26.0%)	0.531
抗精神病薬1日用量(haloperidol換算mg)	16.0 [13.7]	14.4 [13.3]	0.272

[] 内は標準偏差

2001年以前に治療開始された症例と2003年以降に治療開始された症例の割合を調査した。その結果、未告知群のほうが2001年以前の治療開始例の割合が有意に高かった。

Ⅲ. 考 察

1. 医師に対する病名告知状況の調査

主治医への調査では“schizophrenia”を告知していると考えられていた患者は65.0%であり、告知状況が不明の患者を除くと79.6%に上った。「統合失調症」と告知している患者が大多数であったが、「精神分裂病」と告知している患者も少数認めた。調査時の2009～2010年において、「統合失調症」を用いずに「精神分裂病」のみを告知に使用する医師は皆無であると思われ、この結果は調査時に「精神分裂病」と説明しているということではなく、過去に「精神分裂病」と告知し、その後あらためて「統合失調症」として告知し直してはいないという患者を意味するものと思われる。

過去に行われた医師に対する病名告知の調査は、告知に対する意識調査がほとんどであり、本調査のように個別の患者について主治医をアンケート調査した報告はほとんどない。このため過去の調査との比較は難しいが、ある程度高い割合で“schizophrenia”が告知されている実情が個別の調査でも明らかにされたといえる。一方で、「告知されているかどうか不明」との回答が18.4%と予想以上に多く、大きな問題であると感じた。医師の異動が多く、主治医交代の多い病院の場合、病名告知状況や心理教育実施の有無などの重要な情報が適切に引き継がれず、主治医も把握できない状態になっていることが懸念された。未告知の理由についても、「長年告知されてこなかったためあらためて告知する意義が乏しい」との回答が約半数と最多であったが、穿った見方をすれば、前任の主治医から未告知のまま患者を引き継いだ場合、告知に消極的になってしまっている可能性が推測される。

これまでの医師への意識調査については、厚生科学研究または厚生労働科学研究の一環として行

われたり、本学会の委員会の調査として大規模な調査が繰り返し行われている^{1～3,10,12,15,18}。1990年の370名の医師を対象とした調査³では、「精神分裂病」を「原則的に本人に告知する」との回答が18.2%、「状況により本人に告知する」56.3%であり、1995年の458名の医師を対象とした類似の調査¹⁸では、「原則的に本人または本人と家族に告知する」との回答が19%、「状況によって決める」45%であった。1996年に本学会会員469名に行われたアンケート調査²では、「原則的に本人に告知する」8.7%、「状況により本人に告知する」42.4%であった。「精神分裂病」から「統合失調症」へ呼称変更された2002年からの数年間は、本学会会員約4千人を対象とした大規模なアンケート調査が3回にわたって行われている。2002年の調査^{11,15,16}では、呼称変更前は「本人に原則的に知らせる・時々知らせる」47.6%、「原則的に知らせない・ほとんど知らせない」33.8%であった。2003年（呼称変更1年2ヵ月後）の調査¹⁰では、「患者本人に告知する」65.0%、「告知しない」21.3%であり、2004年（呼称変更2年2ヵ月後）の調査¹²では、「患者本人に告知する」69.7%、「告知しない」15.2%であった。

「統合失調症」への呼称変更や時代背景の変化により、医師の告知に対する意識が徐々に変化し、「告知しない」という考えの医師は少なくなってきたようである。今後は医師に対する意識調査だけでなく、本研究のような実際の告知状況の調査報告が重要となっていくものと思われる。

2. 患者本人に対する病名認識の調査

患者本人へのアンケートでは58.4%が“schizophrenia”を認識しており、無回答のケースを除くと68.5%に上った。患者本人に対する多施設での大規模なアンケート調査は過去にも少なく、近年では呼称変更前後に本学会の委員会や厚生労働科学研究で実施された調査のみである^{6,7,9}。単一の施設で行われた調査^{4,5,13,14,17}も認めるが、各施設の病名告知に対する方針が調査結果に大きな影響を与えるため、統合失調症患者全般には当てはめ

表 5 過去の報告との比較

	調査年	対象	n	患者が認識している病名			
				統合失調症	精神分裂病	その他の病名	知らない
西村ら ^{6,7)}	2000	精神科医 119 名の外来患者	684	—	56.1%	29.2%	13.6%
				56.1%			
西村ら ⁹⁾	2003~2004	11 の医療機関の外来・入院患者	154	48.1%	7.1%	27.3%	17.5% (無回答含む)
				55.2%			
本研究	2009~2010	全体	529 (451)	55.2 (64.7) %	3.2 (3.8) %	9.5 (11.1) %	17.4 (20.4) %
				58.4 (68.5) %			
		大学病院全患者	285 (255)	64.2 (71.8) %	3.2 (3.5) %	10.2 (11.4) %	11.9 (13.3) %
				67.4 (75.3) %			
		地方都市基幹総合病院 外来・入院患者	172 (142)	50.6 (61.3) %	4.1 (4.9) %	8.1 (9.9) %	19.8 (23.9) %
				54.7 (66.2) %			
		大都市精神科病院入院患者	72 (54)	30.6 (40.7) %	1.4 (1.9) %	9.7 (13.0) %	33.3 (44.4) %
				31.9 (42.6) %			

※本研究の () 内は無回答患者(「病名を知っている」と回答したが具体的な病名を記載しなかった患者)を除外した場合の数値

にくいものと思われる。

呼称変更前の 2000 年に本学会の委員会が実施した調査^{6,7)}では、本学会会員 119 名が治療している統合失調症外来患者 684 名にアンケートが行われ、「精神分裂病」と認識している患者が 56.1%、その他の病名で認識している患者 29.2%、病名を知らない患者 13.6%であった。呼称変更後の 2003~2004 年に厚生労働科学研究で行われた調査⁹⁾は、11 の医療機関で行われ、154 名(回収率 9.9%) (外来患者 69%、入院患者 31%)へのアンケートの結果、「統合失調症」と認識している患者が 48.1%、「精神分裂病」と認識 7.1%、「気分障害(うつ病、躁うつ病)」7.1%、その他の病名 20.1%、わからない・無記入 17.5%であった。

この 2 つの研究と本研究の結果を比較したものを表 5 に示す。3 つの報告で対象となった患者層やアンケートの方法などが異なるため、安易な比較はできないが、呼称変更後「統合失調症」の病名が浸透してきていることや他の病名で認識している患者が減っていること、その一方で病名を知らないとする患者がまだ少なからず存在すること

などがいえるものと思われる。本研究では、「病名を知っている」と回答しながら具体的な病名を記載してもらえなかった患者が 14.7%と多く、これを除外した上での比率も表に記載した。これは、アンケート用紙は無記名であったものの解析の際に個人が特定できるように通し番号がつけられているため、具体的な病名を記入することをためらった可能性などが考えられた。

本研究では、患者へアンケート用紙を配布するかどうかは主治医の裁量に任ざれており、病名に関する質問を避けたい患者、つまり未告知の患者に対しては配布を避ける可能性が考えられる。実際にアンケートを主治医が回避した 128 名での主治医への病名告知状況の調査結果は告知率 44.5%と低いものであった。この患者群にアンケート調査を行ったと想定した場合の結果への影響については査定が難しいが、同じ確率でアンケートが回収でき(81.6%、104 名)、具体的な病名の記述を避ける患者が同じ割合で存在し(14.7%、15 名除外)、患者質問票での病名認識の結果が主治医調査票での告知状況の結果から同じ割合で下回ると

仮定した場合 (72.3%→68.5%)，“schizophrenia”と認識している患者の割合は68.5%から64.1%へと変化すると推定された。

3. 患者と主治医の病名の認識の違い

図5に示すように、主治医が“schizophrenia”の病名を告知しているつもりでいる患者の2割以上が全く別の病名を答えたり、病名を知らないと回答していた。一方で、病名告知していないと主治医が考えていた患者の約3分の1が実は病名を知っていたという結果が出た。患者毎に主治医と患者両者からのアンケートを突き合わせて解析した調査は過去にほとんど実施されておらず、貴重なデータであると思われた。

病名告知していないと主治医が回答した患者は大部分が十分な心理教育ができないで治療されている可能性が高く、にもかかわらず病名だけ認識してしまっている患者が3分の1以上もいるということは大きな問題であると思われた。「精神分裂病」から「統合失調症」への呼称変更によって、「病名告知しやすくなった」「診断書に記載しやすくなった」としばしばいわれるが、十分な心理教育なしに病名だけが一人歩きしていくことにはくれぐれも注意しなければならない。

4. 病名告知群と未告知群の比較

表4に示すように、病名告知群のほうが平均年齢が低く、治療開始からの期間が短く、呼称変更後に治療開始された患者の割合が多かった。限られたデータではあるが、これらの結果から病名告知が呼称変更や時代背景の変化によって徐々に積極的に行われるようになってきたことが示唆された。

また、病名告知群のほうが何らかのリハビリテーション（デイケアや就労支援事業所など）に参加している患者の割合が高く、無職でリハビリにも参加していない患者や長期入院中の患者の割合は未告知群のほうが高かった。これは、社会機能障害が重篤な患者には告知がされにくく、リハビリに参加する患者には告知が必要になる場合が

多いことを示しているのではないかと推測された。

5. 調査結果に影響を与えるバイアスについて

今回の調査では、結果が統合失調症患者全体に一般化できるよう対象患者の選択や調査方法を工夫した。参加施設は5病院のみであったが、大学病院、地方都市基幹総合病院、大都市精神科病院と特性の異なる施設で実施された。しかし、大学病院の患者が約半数を占めており、精神科クリニックや単科精神科病院の外来患者などは含まれていない。北海道大学病院精神科神経科は、開放病棟と閉鎖病棟の2病棟を有し、72床という大学病院としては比較的多いベッド数であり、長期間患者をフォローアップする傾向があるが、入院が長期化するような症例は他施設へ転院していく場合が多く、最重症例は少ないものと思われる。石金病院の対象患者は入院患者全例としたが、長期入院患者が多く、単科精神科病院の患者の中でもより重症例といえる。3つの総合病院はいずれも地方都市の中核病院であり、周辺に居住する患者の多くが集まる施設であり、人口移動も比較的小さいといえる。一方で、北海道大学病院は札幌市にあり、周辺には精神科医療機関も多く、患者の移動が比較的激しいと考えられる。図3は施設毎のデータをグラフ化したものであるが、施設間で結果が異なっており、参加施設の特性や症例数のバランス次第では結果はやや異なったものとなったと思われる。

外来患者と入院患者（特に長期入院患者）で結果が異なることが考えられ、本研究でも病名の認識率に有意差を認めた。このため、対象患者の外来・入院比率が結果に大きな影響を与えるものと思われる。本研究では、主治医調査票の解析対象患者で外来73.3%、入院26.7%、患者質問票の解析対象患者で外来78.6%、入院21.4%であったが、2011年の厚生労働省の調査によるわが国の医療機関を受診する統合失調症圏（ICD-10のF2）の患者数は71.3万人、うち入院中の患者は17.2万人（24.1%）であり、本研究の対象者の外来・入院比率は大きく外れた値ではなかった。

また、病名告知は主治医の特性や病院の方針が大きく影響を与えることが予想されるが、今回の参加施設では病名告知に対して特定の方針をもっているということではなく、各医師は自身の判断に基づいて病名告知を行っていた。各医師の病名告知に対する考え方や医師の年齢、経験年数もさまざまであり、これらの要因がバイアスとして結果に大きな影響を与えてははいないものと思われた。ただし、参加施設では数年間という比較的短期間で異動する医師が比較的多く、そのため主治医の交代を繰り返してきた患者が多く、主治医調査票で「告知されているかどうか不明」との回答が多かったことの主な要因であったものと思われる。

選択バイアスを少なくするため、その施設での全例調査としたり、連続サンプルとするなどの工夫を行った。しかし、前述の通り、主治医が病名に関する質問を避けたい患者、つまり未告知の患者に対してはアンケートを避ける傾向があり、正しい病名を認識している患者の割合は調査結果よりも低い可能性がある。一方で、前述のように「病名を知っている」と回答しながら個人が特定されることを懸念して「統合失調症」もしくは「精神分裂病」と記載しなかった患者も存在するものと推測され、これは病名を認識している患者の割合の調査結果を実際よりも低くする方向に働いている可能性もある。

おわりに

2009～2010年に北海道内の5つの病院において、統合失調症患者の病名告知状況に関するアンケート調査を行った。病名の認識状況についての患者アンケートでは、自身の病名を「統合失調症」と回答した患者55.2%、「精神分裂病」と回答した患者3.2%で合わせて58.4%であり、無回答の患者を除外すると68.5%であった。病名告知群と未告知群の比較や過去の報告との比較から、「精神分裂病」から「統合失調症」への呼称変更や時代背景の変化などにより、病名告知が促進されてきている可能性が示唆された。

統合失調症の病名告知は、常に古くて新しい問

題であると思われる。呼称変更から10年以上経過し、「統合失調症」が定着してきたことで、病名告知について以前ほど取り上げられなくなってきている印象があるが、告知の是非や患者に与える影響、告知の方法やその時期などいずれも十分議論されたとは言い難い。今後、病名告知に関する実態調査や実証的な臨床研究が積み重ねられることが期待される。

本研究は平成21～22年度文部科学省科学研究費補助金を用いて実施された。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

謝辞 本調査にご協力いただいた5つの施設の医師と患者の皆様様に深謝いたします。

文 献

- 1) 岩館敏晴, 牛島定信, 大野 裕ほか:「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
- 2) 岩館敏晴, 牛島定信, 大野 裕ほか:「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
- 3) 亀井啓輔: 精神科医からみたインフォームド・コンセント: アンケートから読みとれるもの. 精神医学, 34; 1301-1310, 1992
- 4) 菅野圭樹: 精神分裂病の病名告知. 精神科治療学, 14; 1334-1336, 1999
- 5) 松林 実: 総合病院精神科における精神分裂病患者への病名告知に関する検討(第1報). 精神経誌, 101; 203-204, 1999
- 6) 西村由貴: 精神分裂病の呼称変更にむけて: 当事者アンケート結果から. 精神経誌, 102; 969-974, 2000
- 7) 西村由貴: 「統合失調症」への呼称変更で告知はどのくらい進んだか. 精神科看護, 146; 38-42, 2004
- 8) 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
- 9) 西村由貴, 岩館敏晴: 当事者に対する呼称変更の普及効果に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合事業)「精神疾患の呼称変更と効果に関する研究(主任研究者: 大野 裕)」平成15年度総括・分担研究報告書. p.21-26, 2004
- 10) 西村由貴, 大野 裕: 精神分裂病の呼称変更と医

師の病名告知に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合事業)「精神疾患の呼称変更と効果に関する研究(主任研究者:大野 裕)」平成15年度総括・分担研究報告書. p.13-20, 2004

11) 西村由貴, 大野 裕: Schizophrenia の日本語呼称の変更と医師の病名告知. 慶應保健研究, 22; 41-44, 2004

12) 西村由貴, 大野 裕: 精神分裂病の呼称変更と医師の病名告知に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合事業)「精神疾患の呼称変更と効果に関する研究(主任研究者:大野 裕)」平成16年度総括・分担研究報告書. p.5-13, 2005

13) 大場真理子, 丹羽真一: 病名告知と情報開示—統合失調症を中心に: 大学病院の場合. 日精協誌, 23; 186-194, 2004

14) 大場真理子, 丹羽真一: 病名告知—統合失調症の場合. 精神科治療学, 19; 185-191, 2004

15) 大野 裕, 西村由貴: 精神分裂病の呼称変更と医師の病名告知に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合事業)「精神疾患の呼称変更と効果に関する研究(主任研究者:大野 裕)」平成14年度総括・分担研究報告書. p.13-19, 2003

16) 大野 裕, 西村由貴: 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

17) 坂口信貴: 精神分裂病の社会復帰と病名告知. 精神科 MOOK No. 22 分裂病のリハビリテーション. 金原出版, 東京, p.85-95, 1988

18) 高柳 功, 江畑敬介, 亀井啓輔ほか: 精神科領域におけるインフォームド・コンセント 現状と課題. 精神医学, 38; 997-1005, 1996

A Multicenter Study Regarding Schizophrenia Patients' Notification of the Diagnosis

Yuki KAKO, Ryo OKUBO, Yusuke SHIMIZU, Nobuyuki MITSUI,
Teruaki TANAKA, Ichiro KUSUMI

Department of Psychiatry, Hokkaido University Graduate School of Medicine

Over 10 years have passed since the Japanese term for “schizophrenia” was changed from “seishin-bunretsu-byo” to “togo-shiccho-sho” in 2002. An awareness survey targeting doctors suggested that notification of the diagnosis has been encouraged since the Japanese name for schizophrenia was changed. However, no heuristic surveys targeting patients themselves have clarified an increased notification rate, and no multicenter studies of the notification rates have been conducted in recent years. This study targeted schizophrenia patients and their attending physicians to investigate the status of notification of the diagnosis at five medical facilities in Hokkaido, Japan. Questionnaires were distributed to the attending physicians of a total of 869 patients; in addition, the patients themselves filled out questionnaires. Questionnaires were collected from 858 physicians, and valid responses were recovered from 529 patients. This study investigated the status of notification of the diagnosis and compared the attributes of patients who were notified (notified group) with those of patients who were not notified (un-notified group).

The results of the survey of attending physicians regarding notification of the diagnosis of

schizophrenia indicated that a total of 65.0% patients had been notified, with 63.1% of patients being notified that they had “togo-shiccho-sho” and 2.0% of patients being notified that they had “seishin-bunretsu-byo.” Physicians were unsure whether patients had been notified in 18.4% of cases. On excluding these cases, the results indicated that over 79.6% of patients had been notified that they had either “togo-shiccho-sho” or “seishin-bunretsu-byo.” The patient questionnaire results regarding patients’ awareness of the name of their disease showed that 55.2% answered “togo-shiccho-sho,” 3.2% answered “seishin-bunretsu-byo,” 9.5% answered the name of another disease, 17.4% answered that they did not know the name of their disease, and 14.7% answered that they knew the name of their disease but did not include any specific details. On excluding these unspecified answers, 68.5% of patients were aware that they had either “togo-shiccho-sho” or “seishin-bunretsu-byo.”

Comparison of the notified with the un-notified group revealed that the period from treatment initiation in the notified group was shorter than that in the un-notified group, and the mean age of the notified group at the time of the survey was lower than that of the un-notified group. Furthermore, significantly more patients started treatment before 2002, when the Japanese name for schizophrenia was changed, in the un-notified group. The results of this study suggested that the change of the Japanese name of schizophrenia to “togo-shiccho-sho” and historical background resulted in more active notification of the diagnosis.

<Authors’ abstract>

<**Keywords** : schizophrenia, notification of diagnosis, informed consent>
