

〔論 説〕

精神科医療における医師－患者関係 (2)  
——精神科医療の契約法・序説

北 山 修 悟

はじめに

第1章 診断のプロセス

第1節 面接の進め方とその内容

1. 初診から診断まで (以上第92号)
2. 患者への説明から初期治療まで
  - (1) 精神科診断の特徴
    - ① コミュニケーション
    - ② 理念型
    - ③ 責任と倫理
    - ④ 誤診について
  - (2) 患者・家族への説明
    - ① 説明の意義
    - ② 疾患別の説明内容
      - (a) 統合失調症
      - (b) うつ病
      - (c) 認知症
      - (d) 情報過多の患者 (以上本号)
  - (3) インフォームド・コンセント
  - (4) 入院をめぐる

第2節 「心の臨床」の深層

第2章 治療のプロセス

## 精神科医療における医師－患者関係（2）

### 第1節 治療の基本

### 第2節 薬物療法

### 第3節 精神療法

## 第3章 基盤としての精神医学

おわりに

## 第1章 診断のプロセス

### 第1節 面接の進め方とその内容（承前）

## 2. 患者への説明から初期治療まで

### (1) 精神科診断の特徴

#### ① コミュニケーション

医学領域のなかでも精神医学ではコミュニケーションの持つ意味がとりわけ大きい。精神医学とは「コミュニケーションの医学」だといって過言ではないほど、コミュニケーションは精神医学の基盤をなしている（滝川 2008:19）。以下で、このことを具体的にみていく。

#### (a) 身体科における客観性

近代医学（身体医学）では、症状に基づく代わりに「疾患部位（病巣）」「病因」「病理」の組み合わせによって、すなわち身体の「どこ」が「なに」によって「どう」なっているかを構造的にとらえ、その構造の同一性をもってひとつの「疾患単位」とみなす診断分類を編み出した。そして、その「病因」や「病理」を科学的手段によって取り除くのが治療であり、こうして診断と治療とが直接性を持ってつながるようになった。この原理の確立と実用化によって、近代医学は科学性に裏打ちされた学問・技術として社会に承認され、現代に至っている。この近代医学の原理に立てば、コミュニケーションは医療にとって第一義的な営みとは扱われない。近代医学において重要なのは、病巣・病因・病理を指し示す自然科学的な客観所見である。それによって診断が下され、それに応じた治療法が選択される。これが医学の本道とされ、患者の訴えに耳を傾けたり説明をするのは、あくまで第二義的・副次的な行為とみなされる（滝川 2008:19-20）。

### (b) 精神科における主観性

これに対して、外因性の精神障害を除けば、精神障害における病因や病理は、身体疾患のように自然科学的な客観所見（物質的所見）に拠って実証することはできず、あくまで理論的・仮説的な蓋然性に拠っている。このため、診察者の理論的・仮説的立場によって診断のずれや幅の違い、すなわち不一致が生じることがあり得る。そして、統計的手法を駆使してマスとして対象をとらえるいわゆる量的研究においては、こうした不一致は大きなネックとなる。また、医療保険や医療訴訟で「診断」の妥当性が問われたときにも、医学者の立場によって診断がずれてはまずい。このため、理論的立場を超えて診断（疾患名）の一致する診断分類の必要に迫られ、そこで用いられるようになったのが ICD や DSM など、症状を診断基準とした操作的診断分類である。病因や病理を問わず、「症状」だけで精神障害をカテゴライズすれば、理論的立場によるずれは生じない。複数の症状の「組み合わせ」によって分類し、かくかくの症状の組み合わせが揃えば理屈抜きにしらかの障害と診断する（名付ける）という方法が選ばれたわけである。これならば診断は一致して、その意味で「客観性」の高いものとなるであろう。ただし、これは一見すると科学的な手法に見えるけれども、症状によって疾患をカテゴライズすることは科学性に欠くとして打ち立てられた近代医学の原理に立つ限りは、前近代的な診断分類への後戻りを意味している。このことは、もし身体疾患が「症状の組み合わせ」によって分類され、かつ、それによって診断されたらどうなるか、と考えるならば明らかであろう（滝川 2008:21）。

### (c) 基盤としてのコミュニケーション

精神障害の「症状」は、自然科学的な客観所見として把握できないものがほとんどである。精神科医は患者の「言葉（陳述）」及び「行動」として現れるものからしかその症状をとらえられない。すなわち、精神医学診断の多くは、患者・家族とのコミュニケーションを介して下された診察者の「判断」に他ならない。精神医学が「コミュニケーションの医学」であることの最大の理由はここにある。そして、コミュニケーションは、主観と主観との間での相互的・双方向的なかわり（やりとり）をその本質としている。コミュニケーションを通してどんな知見が引き出されるかは、その相互性に大きく依存している。そこが、身体聴診や生化学検査や

MRIのように一方的に得られる知見との本質的な違いである。それでは、そうした知見に頼った診察者の判断である精神医学的診断の「信頼性」や「客観性」は、どうやって保証されるのであろうか。診察におけるコミュニケーションには、通常「言葉」が用いられる。しかし人間の言葉は、作った事実を語ったり、逆に事実を否定したり隠したり、そのつもりなら真っ赤な偽りも語れる性質を持っている。真である保証は言葉のどこにもない。にもかかわらず私たちの間で言葉への信が存在するのは、利害や対立が絡まない関係においては人間はむやみに事実を枉げては語らぬという社会的な相互信頼を共有しているためである。すなわち、言葉への信は社会的な共同関係への信に他ならない。わざわざ医者を欺こうとする患者は（特殊例を除けば）いない、わざわざ患者の不利益をはかろうとする医者は（特殊例を除けば）いない、という社会的な相互信頼が、精神科診察の場でのコミュニケーションの土台となっている。しかし、精神障害という事態は、ときに安全感の喪失や強い恐れや警戒、不安や不信などを生み出し、この相互信頼を揺るがす（逆にその揺らぎから精神失調の徴候を精神科医は読み取ることもある）。このため、目の前の相手との直接的な関係性・相互性のなかから「信」を、言い換えれば安全感や安心感を生み出す努力と配慮とが精神科臨床では欠かせないことになる（滝川 2008:21-22）。

### （c）言葉がもつ特質

以上を前提としたうえで、さらに次のような問題に出会う。すなわち、たとえ信頼してコミュニケーションできる関係にあっても、なお、そこで肝なことが語られるとは限らない。患者や家族が診察の場で何を語り何を語らないかは、診察者が何を語り何を尋ねるか、さらには診察者の何気ない姿勢や雰囲気のかんによって変わる。また、私たちは体験したこと、思ったこと、感じたことを、いつもの確に表現できるとは限らない。すなわち、言葉とは、語り手の内にあったものが出てくるというよりも、やりとりを通じて、つまり語り手と聴き手との「共同作業」によって初めてそこに生み出される、という性質を持っているのである。このような言葉の本質に立てば、相互的・双方向的なやりとりを通してこそ、患者がどんな体験のなかにおり、何を思い、何を感じ、それをめぐって何が起きているかを浮かび上がらせて、それを医師と患者との間で共有する可能性が

開ける。こうしたコミュニケーションの工夫と努力の如何が、結局、診断の信頼性を決めるというほかない（滝川 2008:22）。

さらに、言葉によるコミュニケーションは、その言葉が何を指しているのかという指示性や辻褓があっているかといった論理性にすべてを負っているわけではない。私たちは、言葉が指示する内容や論理だけではなく（あるいはそれ以上に）、発せられる言葉の音調や抑揚や間合いとか表情の動きやしぐさなどノンバーバルなもの、情緒的なものによってコミュニケーションし合っている。言葉への「信」や「納得」が生まれるかどうかには、このノンバーバルな力が大きく与っている。診察室でのコミュニケーションもこの力に深く左右される（滝川 2008:22）。

#### (d) 操作的診断の陥穽

以上のように、コミュニケーションとは複雑微妙なものである。物事を確かに伝えあうのは決してたやすくはない。症状把握がそうした微妙さや難しさを備えたコミュニケーションに頼るのだとすれば、たとえ病因・病理ではなくて症状のみをメルクマールに選んだとしても、診察者と患者・家族との相互関係や、診察者のコミュニケーションのとり方や技量の差によって、やはり診断にずれや幅が生じはしないだろうか。それを防いで診断の一致（客観性）を確保しようとするのが、ICD や DSM における「操作的診断」の主眼である。このため、診断の指標とする諸事象（症状）をあらかじめ網羅的に項目化しておいて、その諸項目を満たすかどうかだけをチェックすれば診断が下せるマニュアルが練られたわけである。マニュアルに従えば、誰が診察してもほぼ間違いなく同じ診断に達する仕組みである。確かに苦心の策ではあるけれども、精神医学の診察や診断がどこまでもコミュニケーションに拠っている事実をきちんと考える限り、ここには背理が潜んでいるのではないか。つまり、コミュニケーションにとって相互性・双方向性は欠かせない本質である。双方向的なやりとりを互いに積み重ねてこそ、深く確かな理解に達し得る。ところがこの方法は、その相互性・双方向性をできるだけ排して一方向的にすでに用意された項目の有無だけを選択的に拾い上げる仕組みだからである。その結果、コミュニケーションの質とそこから得られる理解は、一般に浅いレベルにとどまらざるを得ない。裏返せば、ごく浅いコミュニケーションと理解とに敢えてとどめることで「診断」の一致を図ったといえようか。なぜなら、患者に

ついでに理解が深まれば深まるほどに、患者それぞれの持つ個性や特異性や多様な側面や複雑微妙な綾が見えてきて、単純に「これは何々」と診断づけられなくなるからである（滝川 2008:22-23）。

### （e）診断することと理解すること

診断とは、患者からその人の個人性や個性や生活性を切り捨てて、既製の医学概念へと抽象化することである。これに対して治療的援助とは、患者その人への、個人性や個性や生活性に即したケアを具体化することである。両者はベクトルが異なっている。古典的な三分類法（外因・内因・心因）による診断分類では、その患者における病因と病理、なぜ、どんな背景からこの失調が始まり、今どのような問題がどのように起きているのかといった精神病理学的な推測や判断が診察者に要請された。そのため、診断のプロセスにおいて自ずとその患者の個人性・個性・生活性も吟味することになった。その際に何を重視し、どのようなカテゴリーに位置づけるかという「診断」においては不一致を招きやすかったかもしれないが、しかし、治療に結びつく具体的な患者理解をそれなりにもたすことができた。一方で、操作的診断の診断プロセスにはそれがないうえ、ともすれば治療的な患者理解に薄くなるという弱点を持つ。症状の理解においても、操作的診断では症状の「意味」は問わず、診断の指標として症状の「形式」しか扱わない。しかしながら、診断を治療へと繋ぐためには、なぜ今その症状が現れたのか、その症状はどんな成り立ちなのだろうか、その症状は患者にとってどんな意味を持っているのだろうか、そこまで考えたい。症状の理解に加え、この患者はどんな人なのか、なぜこの状態にあるのか、これまでどう生きてきたのか、今どんな体験のさなかにいるのか、これから何を必要とするのだろうか、それも考えてみたい。これらの問いを通して、患者の持つ個人的・個別的・生活的なあり方を全体的・構造的にとらえて、具体的な治療的援助へと結んでいく努力が大切となろう。精神障害は日々の対人関係的・社会的な生活そのものに直接的な失調や困難として現れるものがほとんどである（そういうものを「精神障害」と定義しているとも言えよう）。このため、医療的援助には患者の生活のあり方そのものへの個別的な助力が求められ、そのために必要な知見を集めたり、助力の方途を患者自身や家族との共同作業として探っていくのが診察である。そこでは、きわめて双方向性の高いコミュニカティブな作業

が求められる（滝川 2008:23-24）<sup>(1)</sup>。

#### (f) 今後の課題

精神医学は疾患単位のカテゴライズ法（診断分類）が身体医学とは原理的に異なり、しかも診断の大部分がコミュニケーションに依拠している。そこに精神医学の後進性を見てコミュニケーションに頼らない方法を追求するか、そこに精神障害が精神障害であるところの本質を見て精神医学独自の新たな原理を打ち立てていくかは、今後の課題であろう。当面大事なことは、この違いに自覚的なことである。また、精神医学がまさしくその上に成り立っているコミュニケーションという相互行為への理解を、研究や臨床に繰り込み続ける不断努力があつて初めて、その「判断にすぎない」ものの信頼性や臨床性が与えられていくに違いない（滝川 2008:24）。

#### ② 理念型

精神科における疾患（ないし障害）は、従来診断においても操作的診断においても、いわゆる理念型（ideal type）である。患者の言葉に耳を傾けながら、あるいは患者の様子を観察しながら、診察者が意味のあるものとして感じ取ったものを抽出し、そしてまとめあげられた精神的病像をめぐって、それがどのようなまとまりをもつのかを吟味する作業が続く。この一連の病歴聴取や問診、さらには精神科診断のプロセスで、われわれは類型を使っているのであり、この類型の性質は、一言でいえば理念型なの

---

(1) 本人の臨床症状とともに器具・機械を用いる物理・化学的検査によって病気の広がりや原因を確かめることが、身体疾患に共通する診断の方法である。それに対して、精神科の診察者は、身体科における聴診器や X 線装置や顕微鏡に代えて、人間として相手の訴えに耳をかたむけ、感情の波動をとらえ、こころの動きを知ろうとする。また診察される側も、黙って検査の結果を待つのではなく、自分の悩み・苦痛を言葉と表情と身振りで表わして、診察者の眼に耳にこころに自分の思いを伝えようとする。言い換えると、それは診察者と受診者がこころを通い合わせる人間同士の共同作業であつて、その作業を通して精神科の診断が進む。このような精神科の診断の共同作業が、同時に自然に治療につながる。みずからこころの悩み・苦しみを語り、その思いが聞き届けられ、理解されることを知る過程は、診断とともに救いと治療への道のりでもある（山下 2012:19）。このように、診断と治療の連続性が、精神科医療の特徴とされてきた。



である（古茶 2019:37-38）。

精神障害にはちょっとしたブームのようなものがいつの時代にもある。記憶に新しいものを列挙すると、ドメスティック・バイオレンスや性的虐待が世間で注目されると心的外傷後ストレス障害（PTSD）が話題に上った。猟奇的な殺人事件の犯人が奇妙なことを言い始めて、多重人格が話題にのぼったこともある。空気が読めない「KY」はアスペルガー障害と関連づけられたし、片づけができないといえば注意欠如・多動性障害が盛んにメディアで取りあげられた。少し前には双極Ⅱ型障害が、最近では発達障害が大ブームである。過重労働からの自殺、リストラ、ハラスメントといった社会的背景からは、ずいぶんと長く「うつ病」が流行している。身体医学では疾患の診断の決定打は身体的検査所見であるので、このようなブームが生じることはない。つまり、こういった精神障害の流行は、精神医学が理念型を診断に使っていることから派生する、特有の社会現象とってよいであろう（古茶 2019:42-43）。

### ③ 責任と倫理

医療においては一般的に偽陽性診断に寛容であるが、それは偽陽性と診断されることが、偽陰性と診断されて病気を見逃してしまうよりも患者の利益に直結するからである。しかし、精神科医療では、患者の利益になるという結果が逆転していて、偽陽性診断がかえって患者にとりかえしがつかない不利益をもたらすという危険が生じる。強制医療（非自発的医療）の存在と精神障害者に対するスティグマ・差別・偏見という問題があるからである。さらに、診断時点でのこのような過ちが生まれやすい前提となる事情がある。それは、精神科医療が対象としているものの中に、ある人の個人の苦しみではなく、本人がそれを異常と考えるかどうかとは別に周囲の人々や社会がある人の行動を正常から逸脱したものであると考えて、そのために精神科に連れてくる場合がある、ということである。これは、精神科医が診断するより先に、社会が診断しているということである。このような場合、精神科医のしていることは、その診断の正しさを追認して、専門家としてもっともらしいレッテルを貼りつけているだけ、ということにもなり得る（高木 2002:29）。

かつてこのようなことが問題となったのは、極端な性格をもつ者に対してつけられる「精神病質」という診断をめぐることであった。精神医



学は、それを「疾病」ではないが「正常からの偏倚」と定義することで医学の中に位置づけた。このようにして、逸脱者を排除せよという社会からの要請と妥協したのである。「精神病質」という診断は現在も各国の法律の中に生きており、精神医学の中では「人格障害」と名を変えて生き残っている。そして、「精神病質」「人格障害」と呼ばれるものは果たしてどこまでが「病気」として精神科の治療の対象なのか、あるいはそもそも治療できるものなのか、さらには仮に治療できるものだとしても性格を治療の対象としてよいのか等の議論については、現在も決着をみていない（高木2002:29）<sup>(2)</sup>。

精神医学的診断がもっているこのような曖昧な側面に無自覚であれば、知らず知らずのうちにってしまう過ちも大きいものになってしまうであろう。診断の結果が誤った非自発的医療や差別に結びつくことがあるからである。したがって、「診断する」ということは、きわめて倫理的な行為である。それは、曖昧さと危険を常に伴っていることを自覚しながら、患者の苦悩を和らげる手段となることを目指して行われる行為である（高木2002:30）。誤診はあり得ることであり、医療は常に誤りの危険性に曝されている。しかし、この不可避な間違いが治療の経過の中で修正されていく道筋が、医療行為自体の中に組み込まれていなければならない。これには病院という組織のあり方までも含まれているだろうが、もっとも要となるのは、医師－患者の関係における情報のフランクなやり取りが保証されていることである。個々人の医師は、個々の医師－患者関係を大切にするしかない。この中で、精神医学のもつ不確かさや精神医学的診断が患者の人生に及ぼすであろう影響まで含めて、当面の治療の方針としての診断を伝えながら話し合うことを大事にしなければならない（高木2002:32）。

#### ④ 誤診について

以下では、具体的な誤診例ということではなく、誤診を生み出す背景となっている諸事情をみていく。

---

(2) わが国の精神保健福祉法も、その第5条で、「この法律で『精神障害者』とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。」という、まったく時代遅れの定義を維持している。なお、「人格障害」は、現在では「パーソナリティ障害」に名称変更されている。

### （a）安易な操作的診断

ある程度の経験を有する精神科医なら、統合失調症を誤診することはないといわれてきた。統合失調症は、精神科医が精神科病院で最初に出会う疾病であり、最もなじみある障害である。その症状も、他の障害とは異なる際だった特徴をもっている。しかし近年、統合失調症を見逃したり、他の障害を統合失調症と診断してしまったりするケースが多くなっているように感じられる。そして、その背景には、要約して以下の問題が控えているように思われる。第1は、統合失調症概念の混乱、第2は、統合失調症の軽症化、第3は、操作的診断学の隆盛と精神病理学の衰退、第4は、過剰情報による受診者の予断的診断である（市橋 2012:67）。

統合失調症は、現時点では、おそらく複数の病因による症候群であると考えられている。そして、陰性症状を欠くもの、短期間で寛解するもの、気分障害を合併するもの、妄想だけが優位であるもの、自我境界の障害だけの症例など、さまざまな病型がある。また、統合失調症の特徴といわれる妄想、幻覚、自我障害、陰性症状も、実は統合失調症特有のものとはいえない。このように、この概念の混乱は依然として持続しているのである（市橋 2012:68）。

かつて長い間、統合失調症は「狂気」と刻印された障害であった。すなわち、激しい興奮、拒絶症、潜め眉やカタレプシー、反響言語に代表される奇矯な振舞いや姿勢、常同行為、激しい幻覚妄想状態、荒唐無稽な妄想、自我障害、無為・自閉、感情の鈍磨、思考の減裂など、ほとんど相貌診断によって統合失調症と診断できる時代が長く続いたのである。しかし、こうした典型的な患者は、現在では皆無とはいわないけれども、きわめて例外的となった。そして予後も良好になったのである。薬物療法の進歩も軽症化の要因ではあるが、初診で診る患者（すなわち薬物療法をまだ開始していない患者）が軽症化しているという指摘も、わが国では1980年代からなされるようになった。この軽症化の傾向は、先進工業国では世界的に観察されているものである（市橋 2012:68）。そして、1990年代後半になるとさらにその臨床的輪郭が薄れてゆき、統合失調症は、うつ病や不安障害の背後に隠れる時代になったとも言える。統合失調症は見過ごされてしまう程度に軽症化してしまったのである（市橋 2012:69）。

このような状況下では、目立った症候を拾い上げるという簡便な手法を用いるだけでは、統合失調症を見逃してしまうことも多くなる。たとえば

英語で anxiety (不安) という用語はさまざまな精神障害の記述につき出てくるが、どれも同じ意味で使われる。しかし、統合失調症における不安がこれから何か不吉な・恐ろしいことが起こるという予兆的な構造をもっているのに対し、うつ病における不安は将来に対する否定的色彩に彩られており、未来喪失と過去肥大という時間意識の不安である。緊張病や非定型精神病 (急性多形性精神病) では、不安は恍惚との混合物 (祝祭のさなか) であり、パニック障害では、間近の切迫した恐怖感情が特徴的である。このように、精神医学の用語概念は元来は疾病構造と不可分であり、症状は疾病の全体的構造の中で特定していかなければならないのであるが、操作的診断学は個々の症候 (症状) という点の集合を基準としており、症状抽出の時点で誤りを起こす事例が絶えない (市橋 2012:70)。

統合失調症は世界の相貌の構造的変化をともなう。世界の中心化が起こり、周囲の事象は励磁化されて自己に向かう。すべては自己に関連づけられ、意味が付与され、示し合わせたように符合し、事象が一斉に起こる。幻覚も妄想も自我障害もその中で立ち現れる。操作的診断学には、そうした障害を構造でみるという視点が決定的に欠けている (市橋 2012:71)。

DSM 診断学は有用であるが、この操作的診断学がわが国の精神医学で市民権を獲得してからは、症候学の背景にある精神病理学の知識を修得するものが少なくなり、症候のクライテリアをいくつ満たすかに関心が移り、最初の症候をとらえるところで失敗するのである。スタートで誤るから、治療も失敗する (市橋 2012:71-72)。

### (b) 操作的診断についての弁明

しかし、操作的診断基準を用いている医師からは、次のような反論がなされている。

いうまでもないが、今でも“精神医学の基礎は症候学”である。原因不明で客観的検査方法がほぼ存在しないという精神疾患の場合、できるだけ正確に、そして客観的にさまざまな精神症状を把握していく行為こそが、その後の適切な治療を生む。さらに言うならば、精神科症候学の正確な知識のうえに正しい治療が存在する。すなわち、「操作的診断基準」を使用する際には、その診断基準に記載された精神症状を正しく理解していること、つまり、精神科症候学を熟知していることが、まず必須の条件である (塩入 = 桑原 2012:36)。

このように、「操作的診断基準」を正しく使用するためには、まず精神科症候学に精通することが大前提であり、このことを怠れば、必然的に「誤診」も多くなってしまいます。したがって、「誤診」と「操作的診断」の問題は、「操作的診断（基準）」自体の問題というよりも、それを使用する者の問題——たとえば DSM の本体大型版ではなくその簡略小型版だけしか読んでいないというような——であることが多い、とされる（塩入＝桑原 2012:38）。

### （c）症候学を超えるもの

しかし、このような弁明に対しては、以下のような指摘が再反論となるように思われる。

すなわち、かつてはわが国内でも、地域や精神科医の出身大学が異なれば、診断名が違うと言われることがあった。ある地域の精神科医たちの間では統合失調症と診断されることが多く、隣の地域では神経症と診断されることが多い、と言われた時期があった。それは、それぞれの地域の精神科医が若い頃、それぞれの地域の大学で、教授や先輩の診察場面に陪席し、身についた診断法が異なったからである。しかし、DSM や ICD などの診断基準による操作的診断法が確立・普及して以来、隣の地域との間で診断傾向が異なるという現象はなくなった。確かに、操作的診断では、一定の訓練を受けたものの間ではその一致率が高くなる。それは、操作的診断基準という、まさに皆の意見が一致するように作られたものさしを使うからである。操作的診断はいわば「民主的診断法」である（西園 2012: 96）。

1980 年、アメリカ精神医学会で操作的診断法にもとづく DSM-III 診断分類が採択された時、同診断分類から神経症という診断名は破棄された<sup>(3)</sup>。しかし、その結果は単純ではない。神経症の診断と治療が精神科

---

(3) DSM-I と DSM-II は、操作的診断基準という形式を用いておらず、また、その内容も当時までアメリカ国内で隆盛であった精神分析学派の影響を色濃く反映したものであった。そして、両者とも精神医学界において省みられたり利用されたりすることはほとんどなかった。したがって、1980 年公表の DSM-III は、操作的診断基準の導入、及び、精神分析学派の一扫という 2 つの点で、画期的なものだった。この点について詳しくは、本稿の「第 3 章 基盤としての精神医学」で扱う。

医の間で一定の関心事であった頃、よく「神経症を知る人は人間を知る人である」といわれたものである。神経症を起こすには、その人の人間としての悩みや生き方が関わっているという理解である。したがって、神経症の本質を知って治療するには、人間そのものを知らねばならない、ということである。この神経症という診断名がなくなったことは、ただ、神経症領域の見解が変化したことにとどまらない。診断をする精神科医の疾病観が症状レベルにとどまり、患者の人間としてのあり方や生き方にまでは及ばなくなるといった結果を起こしているように思われる（西園 2012:96-97）。

精神科医の素養として患者の症状のみならず、その人の現在の生活上のこと、生活史上の問題点、眼前の精神科医への態度などを十分に把握する能力の上に、操作的診断がなされてはじめて、精神科診断は納得いくものになるであろう。精神科医には、患者の症状把握のみならず、人間、ないしは生活者としての理解が求められるのである。誤診を精神科疾患の病名づけの誤りだけに限定すべきではないだろう。もちろんそれも重大な問題であるが、精神科診断はそれだけではない。実際の診断アセスメントにあたっては、操作的診断法にもとづく臨床症候群の同定は当然のことであるが、そのほかに次のようなことが把握されるべきである。症状あるいは障害がもたらしている生活上の困難、それについての当事者の判断、家族や学校、職場での人間関係、治療動機、治療関係を維持することの可能性などである（西園 2012:97）。

#### (d) 薬物療法の偏重

抑うつ症状が主症状である場合につき、その重症度に応じて鑑別を行うと、抑うつ状態の軽い順から、抑うつを伴う適応障害、気分変調症、非定型うつ病、軽症大うつ病、中等度大うつ病、重症大うつ病となる。このうち、「適応障害」は、明らかなストレス因子によって始まるが、大うつ病（Major Depressive Disorder）を満たすような抑うつ状態ではない。また、「気分変調症」は、ほとんど1日中抑うつの日が2年以上続くが、一方では大うつ病には至らない例である。「非定型うつ病」は、大うつ病や気分変調症の診断基準を満たし、かつ、楽しいことがあれば気分が改善するという状態である。基本的に、重症なうつ状態になればなるほど、大うつ病の診断は行いやすい。しかし、うつ状態も軽くなればなるほど、慎重

な鑑別診断が求められる。具体的には、適応障害や気分変調症や非定型うつ病との鑑別が必要となってくる（富高 2012:50-51）。

また、最近では、大うつ病性障害と双極性障害（躁うつ病）との鑑別が問題となるケースも多い。全体的な経過を見ながら診断していくしかないが、躁状態もうつ状態と同じように軽症になればなるほど診断が難しいので、そのことを理解したうえで評価していくしかないであろう（富高 2012:53）。

しかし、そもそも気分変動をはじめから「病的」とみなすならば、その視点自体が間違いである。すなわち、気分変動は、それ自体正常な生理反応である。気分変動は、生体の恒常性維持機構の1つにすぎず、酸・塩基平衡がアルカローシスとアシドーシスとのあいだを往復するように、軽うつと軽躁とのあいだを往復することは生理的な現象である。そして、軽うつも軽躁も、多くは一過性にとどまるから、長期にわたる薬物療法は必要ない。軽うつに対して抗うつ薬の長期投与が必要ないのと同様に、軽躁に対しても薬物療法は必要ない。抗うつ薬が必要なのは、重度のうつ状態で、口もきけない、食事ものどを通らない、トイレに行くことすら辛いというような「大うつ病」と呼ばれる重症例だけである。また、躁状態についても、薬物療法の対象とすべきは躁うつ病（双極Ⅰ型）だけであり、軽躁状態のみを伴う双極Ⅱ型については、軽率な薬物療法は事態を悪化させるだけである（井原 2012:103）。

このように、本来、気分変動は自然な現象であるのに、その振幅が不自然に増幅するとしたら、必ずそこに生活リズムの乱れがある。睡眠の絶対量の不足、不安定な睡眠相、アルコール乱用などの生活習慣の乱れが、例外なくひそんでいる。しかし残念ながら、精神科医の多くは、これらの生活習慣の変化に着目せず、ただ薬を出すだけしかしない。また、精神科薬物療法は「完全断酒」が原則なのに、そのことを指導しない精神科医もいる。まして、睡眠量の確保や起床・就床時刻の一定化については、具体的な指導をする精神科医は稀である。抗うつ薬もその他の薬剤も、4時間しか眠らない人のうつやイライラを治すことはできない。いかなる気分調整剤も、起床・就床時刻がてんでばらばらの人の気分を安定させることはない。さらには、酒と一緒に飲んで効果の出る精神科薬は皆無である。それらをめぐる指導をしないままに薬物療法を行えば、うつ状態はこじれる。生体がうつから治ろうとして、勢い余って軽躁になると、今度は新たに別



の薬剤も加えられる。こうして事態はますます昏迷の度合いを深めていく(井原 2012:103)。

また、近年、いくつかの薬剤で適応疾患が拡大されたことによって、一部の精神科医の間で診断を軽視する傾向が出てきているのではないか。それによって、詳細に症状や生活史を尋ねるといふ診断確定の作業が減り、診断が軽視される傾向が気になる。現場の臨床で感じるのは、「複数の適応疾患をもつ薬剤であるから、厳密に診断しなくてよい」という医師の思い込みから、精神科医が面接での情報聴取と性格・環境面への対応を軽視している可能性である<sup>(4)</sup>。これも、「薬物療法偏重精神医学」の出現といえるであろう(宮岡 2014b:120-121)。

さらに、不眠についても検討しておくべきである。安全で良質の睡眠が得られる睡眠薬が発売されたという製薬メーカーの宣伝のままに、患者が「眠れない」と言うとすぐに睡眠薬を処方する医師が少なくない。「不眠を呈する疾患の鑑別診断」を考えれば、当然、むずむず脚症候群のような疾患や、服薬している薬剤の副作用、精神疾患の有無などの問題が検討されるはずであるし、その前に生活習慣へのアドバイスも不可欠である。不眠に対してすぐ睡眠薬と考える医師の思考には、診断の段階がない、あるいは「不眠→睡眠薬が第1の治療になる不眠症→睡眠薬処方」という不適切な思考過程が働いているのであろうか。これも誤診である(宮岡 2014b:128-129)。

### (e) 過度の医療化

診察を終えたならば、まずは、治療や援助が必要かどうかの判断が重要である。治療や援助は無前提によいものではない。それどころか、不用意な治療や援助は、医原的な精神症状や境界パーソナリティ障害様の症状をつくることがある。したがって、過度に医療化する必要はない。医療化(medicalization)とは医療の対象にすることをいうが、医師は「どこから医療の対象とするか」という説明に大きな責任を負っているという自覚が必要である。そして、医師が治療や援助をしたほうがしないよりもよいと判断しない限り、治療や援助は行うべきではない。これは当たり前のこと

(4) 疾患 A であるのか疾患 B であるのか区別が難しいが、その両方に適応(=適用可能)の薬剤 P があるので、取り敢えず薬剤 P を処方しておく、A なのか B なのかはそれ以上追求しない、といったケースを意味している。



であるが、しかし現実にはなかなか難しい判断である（青木 2014:37、宮岡 2014:105-106）。

#### （f）患者を診る視点

最後に、直接に誤診につながるわけではないが、重要と思われる指摘を掲げておく。

精神科医は概してひきこもりがちであると言えるであろう。診察室で患者と1対1の状況にいることが多いせいも、患者の支援を自分1人で担っているかのような錯覚に陥りやすい。しかし、地域で暮らす患者は実は多くの支援者に支えられていることが多いし、また、そうなることが望ましい。診察室の中でできることは限られているのだから、地域の支援者を支援する役割を担うという視点が、精神科医にはもっと必要なのではないだろうか、とされる（宮岡 2014b:195）。

そして、これに関連して、次のような指摘もなされている。

すなわち、自分の目の前のその患者の姿は、あくまでもその人の一面ではないか、と考える必要がある。家族の前で現す姿、職場の上司や同僚の前で現す姿、精神科医の前で現す姿、これらは異なっており、いずれもその人の真の姿ではあるが、あくまでも一面であるという認識が必要である。そう考えた時に、はじめて精神科医と家族、職場の上司や同僚、専門家が、意味のある連携をすることが可能になる。これまでの診断では、家族や職場の情報も参考にはされたが、何よりも目の前の患者を診察することが重要視されてきた。しかし、これからの診断では、家族や学校や職場での情報が非常に重要になってくるのではないかと思われる。そして、自分の目の前の患者の姿とそれらの情報を総合して、患者をより広く深く理解していくという姿勢が求められている。そういう意味で、他の人たちとの連携が重要になってくるのである（青木＝村上 2012:62）。

#### （2）患者・家族への説明

次に、診察が終わり治療を開始する段階でなされる、医師から患者（及びその家族）への説明の内容についてみてゆく。これは、1990年代から2005年頃までの精神科領域でのインフォームド・コンセントの議論が盛んだった時期にはインフォームド・コンセントの一環として論じられていたが、その後はむしろ、心理教育（psycho-education）という名で呼ばれ

るようになっているものである。

### ① 説明の意義

精神疾患を持つ人には、自らの不安や苦悩が精神疾患からもたらされたものだという疾病認識に乏しい場合が多く見られる。それらの人々が疾病認識を獲得し治療動機を持っていくようにするためには、適切で十分な説明が必要である。また、精神科医は日頃の臨床の中で、同一の患者に対して同じ薬が別の精神科医によって処方された場合に、その治療効果が異なったり、副作用の現れ方が異なったりするのを経験することがある。このような現象が現れる根底には、医師－患者関係の問題がある。患者に対する敬意に満ちた医師－患者関係から生じる患者の満足感、精神薬理学的な効果に協働的な効果をもたらす。このような治療的に有益な医師－患者関係を築き・維持するためにも、適切で十分な説明が必要である。さらに、精神疾患は一般に長期経過をたどるものが多いので、患者が主治医と共に病気と取り組むようにするために、病状や治療について十分に説明する必要がある。すなわち、説明の必要性は、第1に患者側の自己決定のためであり、第2に患者の治療動機を高めるためであり、第3に医師－患者関係を樹立し維持するためであり、第4に患者の治療への意欲を高めるためであると言えよう。このように、説明することは単にインフォームド・コンセントの法的義務を果たすためだけでなく、患者や家族などと協働して治療ないしリハビリテーションを円滑に進めるために欠かせない臨床技術となっているのである（江畑 2005:447、江畑 2015:68-69）。

巧みな要約であるが、以下に若干の補足を加えておこう。

まず、こころの病気は、病気として患者本人の責任を超えた部分（これを仮に「本来の病気」と呼ぶ）と、患者本人の病気に対する気持ちや態度という本人の側の部分（これを仮に「本人の対処行動」と呼ぶ）との両方が関与し、それが複雑に絡まりあいながら病気の経過というものを形づくっているとと言える。診断をするとき、本来の病気自体は基本的に免責されるものであると伝えるとともに、病気に対する本人や家族の対処行動がその経過に影響するものであることも伝えなければならない（青木 2002: 9-10）。そして、そもそも精神科の治療とは、一方的に治療者に治してもらおうというものではなく、治療者も努力をするが、患者にも家族にも努力してもらわなければならないことがあること、などを話すと、いくらか精

神科の治療というもののイメージが変わってくる。治療者と、患者と、家族のそれぞれが抱く「治療」のイメージはしばしば大きく異なっているものであり、したがって、それぞれが「治療」というもののイメージを共有していくことこそが、しばしば「治療」そのものになる。「自分の努力も必要なんだな」と感じられるようになることは、治療のひとつの目標でもある（青木 2002:12）。

また、患者・家族への説明は、当然、患者・家族からの質問に答えることをも包含している。すなわち、医師には、患者や家族の不安に耳を傾け、そこから出てくる疑問に対して、誠実でかつ希望を失わないように答えることが求められる。彼らに不安をもたらしている疑問としては、次のようなものをしばしば耳にする。それらは、「はたして治るのか治らないのか」「治るのにどれくらいの時間がかかるのか」「学校へ行けるのか」「結婚できるのか」「就職できるのか」「子どもをもっても良いのか」などである。それらは、病状の将来的な見通しであり、それが患者と家族の人生経路に与える影響についての質問である。それらの質問は、インフォームド・コンセントの法理念から回答を義務づけられた質問ではない。しかし、それらの質問への回答は、彼らとの治療関係を樹立し、彼らの治療動機と治療意欲を高めるためには、避けては通れない（江畑 2015:72）。

さらに、病名の告知に関しては、次の項（「② 疾患別の説明内容」）で詳しく見るが、一般論として、次のようなことがいわれている。

病名告知にあたって、治療者の側が目指しているものは、診断の見立て、診断名、治療法について患者に伝え、おそらくは長期にわたるかもしれない療養生活において、患者が現在とるべき行動の方向性と希望を示し、患者の生きる勇気、病気に対する無理のない構え、安心感を引き出してくることだと思う。病名のみを伝えることでは意味がないばかりか、かえって反治療的となることもあり得る。何よりも、患者やその家族ができるだけ正確な情報を得て、主体的にみずからの歩むべき方向を決めることを支えることが大切である（池田 2002:59-60）。

気分障害や不安障害などの神経症圏の精神疾患や、物質関連障害などの場合には、初診時から病名を知らせ、病気についての説明を手際よくすることで、治療契約を結び、その後の治療へと導入してゆくことが不可欠となっている。また、これらの場合には、初診時からの病名告知を患者側も冷静に受け止めてくれることが多い。そして、特にアルコール依存症や薬

物依存症では、病名の告知と同時に医師の役割と患者の役割を明らかにし、さらには司法的な問題への初診時からの言及などを通じて治療構造を明確にしないと、治療契約を結べないことすらある。逆に、初診時からの病名告知がためられるのは、その病名で示されるものがきわめて重篤な響きや回復不能のイメージを伴っている場合や、不純なあるいは不実な病気といった個人の価値判断に傾きやすいイメージを伴っている場合である。前者の例が「精神分裂病」や「アルツハイマー病」といった場合であり、後者の代表が「ヒステリー」や「人格障害」である、とされる（池田2002:59-60）<sup>(5)</sup>。

## ② 疾患別の説明内容

次に、統合失調症、うつ病、認知症という代表的な疾患ごとの説明内容を見てゆく。なお、認知症は、高齢化社会の進展に伴って、近年急速にその精神科領域での受診者・入院者が増えている。

### (a) 統合失調症

#### (i) 病名の告知

2002年8月、日本精神神経学会が「精神分裂病」を「統合失調症」に呼称変更した。その背景には、全国精神障害者家族会連合会からの要望と、疾病概念の変化があった（茅野2005a:465）。そして、「統合失調症」がまだ「精神分裂病」と呼ばれていた当時から、次のようなことが言われていた。

分裂病の病名を患者に告知しない理由として医師から挙げられるものには、「本人が説明を理解できない」「病名にスティグマがある」「分裂病の概念があいまい」「告知することで自殺に追い込んだり、自暴自棄にさせたりすることがある」「病名を知ることの利点がない」などがある（高木1995:107）。逆に、分裂病という病名を告知することに積極的な医師は、それが患者との話し合いをスムーズにし、服薬の継続の必要性を納得させやすく、他の治療者との連携を容易にする、といったメリットを挙げる。

---

(5) 現在では精神分裂病は統合失調症と呼ばれるようになり、人格障害はパーソナリティ障害と呼ばれるようになっており、また、ヒステリーは正式な疾患名ではないが、しかし、この文が書かれた2002年時点での「スティグマ性」を示すものとして、原文のままとした。

また、隠し事をしているという意識から家族を解放して家族間における緊張を和らげ、結果的にも再発防止につながる、という（高木 1995:108）。

しかしながら、分裂病の治療や援助の場合は、これまでのような入院中心のものから外来・地域医療中心に変わりつつある。そのような変化に伴って、病院と地域のあいだの連携はもとより、それぞれの内部においても多くのスタッフや職種間で協力することが必要とされるようになった。そして、そのような治療や支援を、患者や家族みずからが選択し利用していくためには、当事者自身が病気についてどう理解しているかということが重要となる。分裂病治療には、長期的・継続的な医療・援助を必要とすることが多く、患者や家族がみずから医療に参加するということなくして、この長い道のりを歩みきることは難しい。したがって、いま求められているのは、もはやその是非ではなく、分裂病の病名告知という治療実践に対する具体的な方法論であり、指針であるといえよう（高木 1999:87-88）。

このように、地域連携や異業種間連携のためには、患者が自身の病名を知っていることが前提となる。また、高木は、分裂病の病名告知の自身の方法を、以下のように紹介している。

まず、第一の原則としていることは、自分の病気について知りたいという姿勢を患者の側につくり出すように心がけることである。これなしに、何ら心の準備のない患者に無造作に病名を投げつけるようなことはしない。具体的には、できれば初診か数回目の診察のうちに次のように伝える。「今は病気のまっただ中でそんな余裕はないと思うが、今後治療を始めてから自分の病気について疑問に思ったり考えたりするようになれば遠慮なく聞いてほしいし、その方が治療にも役立つ」と。こうすると、その場で反応があることはほとんどないが、落ち着いて思考にまとまりが出た頃になって、かなりの患者が病気に関する説明を求めてくる（高木 1995:109、高木 1999:92-93）。

次に、分裂病という診断を告げる時には、これが現代の医学的な知識の範囲内のもので、自分が主治医としての責任で採用する診断である旨を前置きする。これによって、スティグマをもったレッテルを社会から貼られたという感じを和らげ、どんな病気であっても治療者として責任をもつことを伝える（高木 1995:110、高木 1999:93-94）。

最後に、アフターケアを怠らないことである。告知をしたその次の面接でもできるだけ病名についてとりあげ、たとえば「分裂病という病気がま

だ世間では誤解されているし、知らされてショックだったろうね」と話しかける。この時不思議と「冷静に受け止められた」という人が多いようだという。「分裂病という名前がひどいね」との高木の問いかけに、ある患者は「でも病名はただの記号ですから」と答え、高木の方が救われたような気になったことがある、ともいう（高木 1995:110、高木 1999:94）。

以上のような病名を伝える工夫をしてゆくなかで、高木は、自分自身が患者からいくらかのことを学んだ、という。分裂病者は病気に翻弄され混乱しているだけの「同意無能力者」ではなく、欠けていたのは患者に理解できるように語る医師側の言葉だったのではないかという視点も、その1つであるという（高木 1995:111）。この点については、病名告知にまつわるさまざまな問題は患者の側の問題のように見えるが、高木が指摘するように、実は医師の側の問題として捉えかえさなければならない、との賛意が表されている。そして、病名を伝える場合に障壁となるのが、患者や家族に病名を伝えると彼らが立ち直れなくなってしまうのではないかという医療者側の思い込みや偏見の問題であるが、しかし、告知によって彼らが一時期動揺を見せたとしても、それを支える覚悟と治療関係がなくてどうして主治医と言えるのであろうか？、と強調されている（西尾 1997:39）。

以上のような「精神分裂病」告知の高木の方法論を（明示的にではなくても）引き継ぐようなかたちで、最近では「統合失調症」告知につき、以下のように論じられている。

すなわち、病名告知という作業も治療の一環であるから、治療上プラスになるのであれば告知はすべきであるし、マイナスになるのであればすべきではないということになる。しかし、現在のわが国の精神医療において、患者が地域で生活し、リハビリを目指して治療に主体的に参画し、さらにはスティグマ（社会のスティグマだけでなくセルフスティグマも含む）を克服していこうとするためには、病名告知はマイナスよりもプラスが上回ることはほぼ間違いないのではなかろうか。そして、家族の反対や患者のセルフスティグマなど告知への障壁がある場合には、その障壁を少しずつ取り除いて告知を目指すのが、医師のあるべき姿であろう（賀古 2020:1075）。

たしかに、病名告知には副作用もあり得る。患者や家族の絶望感が強まったり、時として自殺のリスクを高めたりすることも懸念されており、



実際に告知を契機に自殺に至った症例の報告もある。ひと昔前には、告知に消極的な医師の主たる理由の1つが、患者の絶望感や自殺のリスクであった。しかし、適切に対処すればそれは一時的な副作用のことが多く、それを理由にして一律に告知をしないというのは、現代においては主治医としての責任を果たしていないことになるのではないだろうか。すなわち、統合失調症の病名告知にあたって最も重要なのは、主治医としての覚悟である。病名告知はどのような精神障害においても重要な治療場面であるが、統合失調症の病名告知は、うつ病や不安障害のそれよりは非常に重い意味を持つことを認識しなければならない。医師は、初発の患者を担当した際には、診断を確定させて患者・家族に伝えることの重大性を理解し、「自分が病名告知したからには…」という責任感を持つべきである（賀古 2020:1076）。

それでは、具体的にはどのように告知がなされるべきか。

まず、告知の時期である。これは、重症度によってさまざまであると思われるが、発症後初回治療の初診に告知するということはまず考えにくい。初診だけでは確定診断に至らない場合も多く、患者との十分な治療関係も構築されないままで病名告知することは不適切である。最も典型的な時期は、急性期を乗り越えて回復期に差し掛かり、今後のリハビリテーションなどを検討するようなタイミングではないだろうか、とされる（賀古 2020:1076）。

すなわち、急性期の患者（特に初診の場合）に対する病名告知には慎重さが必要である。たとえば被害妄想が活発な急性期の患者に、それが妄想であると指摘することには慎重でなくてはならない。このようなときに、患者の妄想を安易に妄想であると指摘すると、患者の医師に対する信頼を失わせてしまう。これと同様に、病気であるという告知にもタイミングが必要である。患者の立場からみれば、妄想を現実だと信じて自分の辛さを必死に訴えているのに、妄想あるいは病気と片付けられてしまっただけでは、医師を信じることができなくなるからである（五味渕 2009:28、茅野 2005:465）。そこで、幻覚や妄想はたいがい不安や緊張あるいは何らかの身体症状を伴っているのもので、まずはそれらを治療の対象として説明すると、治療開始への同意が得られやすい（茅野 2005:465）。

したがって、病名の告知は、統合失調症の症状が安定し、患者自身が自分の病気を振り返ることが可能な時期（回復期、安定期）に、ということ



になる。この時期は、病識が出現してくる時期と重なることも多い。病識が出現してくる時期は自殺の可能性が高まる時期であり、周囲の用心深い対応が必要であるといわれている。したがって、告知後、医師のみならず医療チームがサポートできる態勢にあるかが重要な点である（五味渕 2009:28）。

また、病名を告げる前に、患者本人が自身の一連の病状をどう解釈し、どのような病名を想定しているのか尋ねるところから始めるのがよい。そのやり取りの中で患者自身のスティグマや病名受容への心の準備状況を推測し、その後の説明の仕方にもアレンジを加えることができる（賀古 2020:1077）。また、病名告知をするときには、患者・家族の統合失調症についての知識を確認しながら説明を進めることが重要である。すなわち、統合失調症についてまったく知識をもっていない患者・家族は少なくない。一方、統合失調症について誤った知識をもっている患者・家族も少なくはない。したがって、患者・家族の記憶や知識に不適切な点があれば修正することが必要である（五味渕 2009:31）。そしてまた、病名告知は医師から患者と患者家族に対する一方的なものではない。これから治療という長い道のりをともに歩むための重要なステップといっても過言ではない。そこでは統合失調症についての問題意識を共有することが大切である。また、病名告知は1回ですむものではなく、治療経過のなかで、何度か繰り返し告げる必要も出てくるであろう、とされる（五味渕 2009:27）。

## （ii）心理教育

統合失調症はある意味で慢性疾患であり、再発も多く、治療も長期にわたるので、患者本人が病気についての十分な情報をもっていないと、治療へのモチベーションも不十分になるであろう。医療スタッフと患者・家族が統合失調症についての共通の理解をもち、協力し合って治療していくことが原則になりつつある（五味渕 2009:27）。

統合失調症では、病名の告知だけでなく、病名を告知した後に、患者の病状をわかりやすく説明して、治療についてどのような説明をするかが大切である。その際のポイントは、脳の神経伝達系の障害による治療可能なありふれた（珍しくはない）病気だということ、幻覚や妄想といった現実検討能力の弱まった状態を特徴とする病気、薬物療法と心理社会的療法をバランスよく組み合わせて治療すれば初発患者の過半数が治ること、た

だし再発しやすいので回復後の再発予防が大切なこと、治療目標は社会（家庭、学校、職場など）で普通に生活できること、といった事項である。このようなプロセスで、わかりやすく説明し、患者や家族からの質問にも答え、情報を共有することにより、統合失調症を治療していくうえで医師と患者・家族が共通の基盤に立つことになる。そしてこのときに大切なのが、統合失調症に対する医師の前向きの姿勢である。すなわち、統合失調症は侮れない病気ではあるが、油断せずに治療すれば決して予後不良ではないのであって、患者・家族が絶望に陥ることがないようにサポートし、将来に対する希望の灯を消さないように、患者・家族に注意深く接することが重要である、とされる（五味渕 2009:30）。

また、以上のような説明は、単に主治医からの一方的なものにするのではなく、随時患者に自身の体験を語ってもらい、疑問に答えながら進めることが望ましいとされる。患者・家族から出る質問には、症状や原因、治療などの医学的問題だけでなく、社会的な問題（学校、就職、飲酒、自動車運転、結婚、妊娠など）に関するものも多く、それらの疑問や不安に的確に答える準備をしておかなければならない。一般的な医学的知識で回答できるものもあるが、「この病気は治るのか?」「薬は一生飲まなければならないのか?」といった、即座に簡潔に答えることが難しい質問もあり、患者の特徴に見合った回答をある程度用意しておかなければ言葉に窮することもある、という（賀古 2020:1078）。

### （iii）非自発的な入院治療

統合失調症の急性期（初回エピソード）であったとしても、必ずしも入院治療が必要となるわけではない。身体の状態が危機的ではなく、初診時の説明で治療の必要性について理解し納得してもらえる場合には、外来のみで急性期の治療を行うことも頻繁にある（村井 2019:103-104）。しかし、場合によっては、患者の自発的意思によるのではない非自発的な治療が行われざるを得ない場合も生じる<sup>(6)</sup>。

非自発的な入院治療となる場合としては、たとえば（a）自傷他害のお

---

(6) しばらく前までは、患者本人の意思によるのではない治療や入院を「強制治療」「強制入院」と呼ぶことが多かったが、最近では「非自発的な治療」「非自発的な入院」と呼ぶことが多くなっているようである。いずれにしても、法文上の正式な呼称ではなく、便宜的な呼称である。

それがあり、警察官に通報されて受診し、措置入院になるとき、あるいは(β)精神運動興奮、幻覚妄想が激しく、家族に連れられて受診し、医療保護入院になるとき、がある<sup>(7)</sup>。患者の興奮が激しくてまったく意思疎通がとれないことも稀ではないが、受診前に不眠であったり、数日間拒食が続き、脱水状態となっている患者も少なくない。そういった場合には、身体診察をしたうえで、「心身が疲れているので、しばらく病院に入院して休みましょう」と、病状と治療について端的に告げると入院に納得してくれることがある。このような身体状況についての言葉は比較的患者に通じやすいし、ここで患者に納得してもらえると、後の入院治療が軌道に乗りやすくなる。また、入院に納得してもらえず、やむを得ずにフルニトラゼパム(商品名サイレース)などを静注して入院になる場合も多い。しかしその際にも、鎮静がある程度効いてきて、患者が入眠する前に、医師が「入院が必要なのでしばらく入院しましょう」と告げるのが普通である。このように告げても、患者の記憶に残っていないことも多いのであるが、あくまで告げるのが原則であろう。そのようにしないと後の治療がなかなか軌道に乗りにくくなる(五味渕 2009:32-33)。

鎮静されて入院になる場合には、その後、隔離室入室になったり、拘束されて点滴される場合も多い。隔離拘束のときには、その理由をきちんと説明することが必要である。隔離拘束、特に拘束は患者、特に初発の患者にとってはきわめて侵襲的で、心的外傷となりがちな体験である。これは患者の気持ちを少しでも考えてみれば容易にわかることである。患者は自分が統合失調症だとは考えていない。被害妄想により、自分は周囲から迫害されている被害者であるにとらえている。被害者であるにもかかわらず家族に病院に連れられてきて、理不尽にも医師からは入院が必要と言われた、悪いのは周囲で、自分は何も悪くない、薬なども必要ない、と患者は感じている。このような患者が、目が覚めたときには保護室で拘束をされていたとすれば、それはカフカの不条理の世界であり、患者に大きな恐怖心を引き起こすに違いない。医師をはじめとする医療スタッフは、このような患者の気持ちを少しでも受け止める必要がある。「興奮が激しく、身の安全が確保できないので、しばらく拘束をします」と、拘束はあくまで

---

(7) 措置入院と医療保護入院は、どちらも精神保健福祉法で規定が設けられている非自発的入院形態である。これらについては、本稿の後の部分(「(4)入院をめぐって」)で詳しく取り上げる。

も医療上の処置であることを告げる必要がある。このときに「申し訳ないけれども」と一言付け加えることも大切である。また、拒食、拒薬があり、点滴が必要になる場合も多い。その際には、「精神科の薬が必要ですが、飲んでくださらないので、点滴に入れています」という説明が必要になる。拘束や点滴は医療上の処置であり、現在の患者の病状を考えると必要ではあるが、あくまでも一時的なものであることを知らせ、できるかぎり早急に拘束を解除できるように努力する必要がある。保護室も短期間の使用であるに越したことはないが、その使用が必要な患者には、丁寧に明白に説明をすることが必要になる。医師、医療スタッフは、患者が病識がない、あるいは興奮しているからという理由で、患者への病状や治療の説明をおろそかにすべきでない。むしろこのような時期だからこそ、医療スタッフの人道的で丁寧な対応が必要になる。患者はこの時期の医師の患者に対する対応を覚えていることが多いのであり、それが後の治療段階での病名告知をはじめとする心理教育的なアプローチにも有効に作用するのである（五味淵 2009:33-34）。

統合失調症の代表的症状である幻覚や妄想には、自分自身でそれが幻覚や妄想であるとは気づかないという、他の病気では見られることが少ない独特の特徴がある。そのために、実際には「自分の悪口を言う声が一日中聞こえている」ということがあっても、患者が、医師の前ではそれを口に出さない、ということがある。医師と患者の間の信頼関係は医療のどの分野でももちろん大事であるが、統合失調症が持つこうした特徴、つまり「患者の言葉に頼らなければ病気の証拠を得る術がない」、「患者は自分の病気を病気と認識できない場合がある」という2つの特徴のために、統合失調症の診療では、信頼関係が損なわれてしまったら、治療どころか、診断さえもまともにできなくなる。そういう意味でも、精神科医は医師－患者間の信頼関係を非常に大切にする（村井 2019:77）。

しかし、できるならば非自発的入院ではなく、自発的入院によるべきことは疑いない。

すなわち、現実的なさまざまな制約の中ではあっても、医師は患者に対して、入院治療の合意を得るべく最大限の配慮・説得を試みる必要がある。この場合、患者が入院を拒否する心理については十分に誠意をもって向き合う必要がある。患者は、病状そのものや病識の乏しさから入院を拒否するというだけでなく、日常生活や社会から隔離されることへの不安や

恐怖、また精神科への嫌悪、偏見などにも大きく左右されていることがある。これらをよく受け止めたうえで、それでも入院が必要と判断することを、丁寧に説明する。具体的には、現状の見立てと入院理由、今後の見通しや入院の利点などについて説明するが、患者が説明をどう受け取るかを常に想像して、反応を見ながら対応してゆく。もちろん、患者と対立的にならぬように心がけるわけだが、一方で、医師としてのある種の自信や覚悟を備えておく必要もある。こうしたプロセスをいかに扱うかが、その後の治療の行方を大きく左右すると言える。説得とは、「医師を信用してもらう行為」であって、「患者に病気を認めさせる行為」ではない（吉川 2005:569-570）<sup>(8)</sup>。

そのためには、たとえば、精神科救急において受診時すでに、興奮状態や自他への攻撃性のために、警官や家族によって拘束下にあるようなことも稀ではないが、たとえ薬物による鎮静が急がれる場合でも、少なくとも入院理由や治療の見通しを告げ、「強制力を用いることについての遺憾の意」を簡潔に説明するべきである。また、患者が幻覚妄想状態にある場合には、よく言われるように、幻覚妄想そのものではなく、背後にある迫害的な不安や恐怖に焦点を当て、患者の苦悩や疲弊をいたわり、粘り強く休養を勧める姿勢が必要である。特に統合失調症の急性期、とりわけ初発の場合などでは、より慎重かつ支持的な対応が求められる。慢性の幻覚妄想状態の場合には、入院歴のあることも多く、比較的円滑に入院に応じる患者がいる一方で、非常に強く拒否を示す患者も少なくない。拒否の強い患者ほど、同時に迫害感や孤立感も強いことが多く、あきらめずにそうした患者の気持ちを汲み、「心のうぶ毛」を大切にするように心がけねばなら

- 
- (8) 精神科治療のもつ強制的な側面は、たとえ治療者が法律（精神保健福祉法など）を遵守し「ひどい」ことをしたつもりはなくても、しばしば患者にとって外傷的となる。精神科病院への入院体験がフラッシュバックしてくる患者、十数年前の入院日とそのときのつらい体験を克明に語る患者もいる。では治療が外傷的、破壊的となるのをどのようにしたら避けられるか。たとえば、医療保護入院などの非自発的入院の場合でも、できるだけ本人の納得のいくような過程を経ることが大切である。問答無用の入院が外傷的になるのはいうまでもない。患者の話聞きとろうとし、治療への接点や合意を粘り強く探る。病的体験の活発な急性期で混乱し興奮していても、自分の不安や恐怖がいくらか伝わったと感じられることは、患者にとっても、その後の治療においても重要である（青木 2017:219-220）。

ない。その上で、逸脱行動が続けば結局は患者の不利益となることなどを説明する（吉川 2005:570）。

ここでいう「心のうぶ毛」とは、中井久夫による有名な言葉である。以下に抜粋する。

急性精神病状態の入院治療は、たしかに楽ではない。しかし患者にとってはいっそう苦痛な、おそらく身の置き場のない状態であろう。そして彼らにとってこそ（われわれには多少の職業的馴れがあるが）未曾有の事態であることは確かである。この時期に、彼らが「心のうぶ毛」とでもいうべきものを摩り切らせないことが大事なのだ。彼らの繊細さ、やさしさ、そして人への敏感さを。なぜなら、この「心のうぶ毛」のようなものこそ、彼らの社会復帰——というべきか加入というべきか——におけるもっとも基礎的な資本であると私は思うからである。彼らが社会に生きる上でおおむね不器用な人であるとかりにいわれても、彼らの「心のうぶ毛」とでもいうべきもの——私にはそれ以上うまく表現できないが——は必ず、世に棲む上で、共感し人を引きつける力をもつであろう。それを世間的な意味での立ち回り上手よりも高く評価する人間は、社会の側に必ずいると私は思う。急性期において、われわれのまずめざすべきものは患者の心身の休息であり、保存に努力すべきものは「心のうぶ毛」であるといいたい（中井 2014: 186）。

これは、「統合失調症の患者は、実はわれわれ日常を生きる者よりも、はるかにまともな人であるということ、『超正常』とでもいうべき人たちであること、こうした臨床家がひそかに感じ取っていること」（内海 2005: 148）というのと同旨であろう。

ともあれ、意思の機能が低下している人に自己決定を迫っても現実的ではないが、かといって、精神症状のある人は意思能力を喪失していると考えて、自己決定の機会まで奪ってしまうのもいきすぎだろう。患者ごとに、意思の能力がどこまで残っていて、どのように障害されているかを見極め、患者が適切な意思決定ができて、意思を行動に移す力を取り戻せるようになるまで付き合おうと考えれば、パターンリズムの是非をめぐる論争も決着がつくであろう。精神科の医療者に求められているのは、患者に意思決定を迫るのでもなく、意思決定権を奪うのでもない、ソフトなパ



ターナリズムであるといってもよい。ただし、それを日本で実行するのは意外に難しく、結果的に今でもハードの極に近い医学的な管理が行われていることは、欧米諸国に比べて隔離・拘束時間がはるかに長いという現実の示すとおりである。患者を入院治療に導入するための説明について考えるにあたっては、以上のような現状認識と問題意識が必要である（宮本＝松岡 2009:176）。

#### (iv) 家族への説明

初診の患者の場合であっても、その家族はそれまでずいぶんと本人の面倒を見てきていて、ついに限界を越えたために受診となった、という場合が少なくない。入院に至るまでの間の家族の苦悩や疲弊には計り知れないものがあるだろう。そこで、まずはその苦労を十分にねぎらい、家族にもゆっくりと休養してもらうことが基本である。また、特に患者が非自発的入院となった場合には、家族の中にはある種の安堵感が生じる一方で、迷いや不安、無力感や罪悪感などの複雑な思いが交錯していることが多いので、医師としては、そうした家族の状況をしっかりと把握することが必要である。そして、これは入院後の対応が中心となるであろうが、家族が家族としての役割を担い、医師と患者と共同して治療に取り組んでゆけるようになるための配慮が求められる（吉川 2005:571、宮本＝松岡 2009:180-181）。

#### (b) うつ病

##### (i) 「従来型うつ病」の場合

まず、主にメランコリー親和型性格あるいは執着気質とされる中高年者が呈する・いわば「従来型うつ病」における患者本人ならびに家族への説明の原則を中心に述べる（坂元 2009:41）。

##### ○ 病の認識

気の持ちよう、過労、自律神経失調症、更年期障害、神経症、心因反応、適応障害などと誤診せず、正しくうつ病と診断することがすべての出発点である。家族は患者の意欲がわからない状態を病気ではなく患者の怠けだとみなし、むしろ厳しく接してしまうことがある。患者も自分の努力が不十分なためにこうなったと考えたり、自らの性格の弱さの露呈であるとして自分を責めて苦しんでいることが多い。そうではなく、医学的治療で



治すことができる「うつ病」という疾患であることを患者にも家族にもよく説明し、病気は患者の責任ではないことを十分に理解させ、患者の精神的負担を軽減させることが大切である。ただし、医学的治療で治せるといっても、数週間以内という短期間に治るわけではなく、通常3か月程度を要し、ときには6か月以上にも及ぶこともあり得るという説明をしておくことも忘れてはならない（坂元 2009:41-42、衛藤＝中込 2005a:468）。

#### ○ 休養の重要性

うつ病患者にとっては日常の社会生活は重い負担となり、回復の妨げとなることが多い。休養を可能なかぎりとり、患者の負担を軽減させることが重要である。しかし、すぐに休養をとる決断ができないのがうつ病患者である。むしろ直ちに休養に同意する場合には、うつ病という診断に疑問が生じるほどである（坂元 2009:42）。

#### ○ 治療方針

治療の基本は休養と薬物療法であることを説明する。薬物療法に抵抗感を抱く患者やその家族は少なくない。可能であれば、抗うつ薬の作用機序のあらましを説明するべきである。特に抗うつ薬は、十分量を服用することが重要であり、不十分量の漫然投与がうつ病エピソードを遷延させる事例も少なくないことも説明する。また、抗うつ薬の処方時には、期待される効果だけでなく、その副作用に関する情報を適切に伝えることも重要である。特に、中断症候群は数十％と出現頻度が高いうえに、患者に相当の苦痛をもたらす可能性が高いため、服薬を突然中止しないように十分な説明が必要である（坂元 2009:42-43）。さらに、「薬で治す」というよりも、「薬の力を借りてあなたの自然治癒力・自己回復力が病気を治すのだ、少し自分のエネルギーを蓄えるまで薬の力を借りたらどうか」というような、主体を患者自身へ向けることも、スムーズな薬物治療導入に結びつきやすい（衛藤＝中込 2005a:468）。

#### ○ 自殺しない約束

自殺はしないという約束をしてもらう。うつ病のつらさから逃れたい一心で命を絶ち、楽になりたいと考えたり、このような自分が生きていることで周囲に迷惑をかけているので自分さえ死ねば周囲が楽になるという認知のゆがみの結果が、自殺へとつながる危険性がある。自殺だけはしないように十二分に繰り返し説明すべきである<sup>(9)</sup>。希死念慮が強く自殺の危険性が高いと判断した場合には、ためらわず入院の必要性を本人ならびに

家族に十分に説明し入院加療を考慮すべきである（坂元 2009:43-44、衛藤 = 中込 2005a:469）。

○ 重大な決断の回避

重大な決断をさせないことも大切である。うつ病のときには正しい判断力がなく決断力も鈍っている。このようなときに、たとえば会社を辞める、学校を辞める、離婚するなどの人生上の大きな問題について決断すると、病気が治ったときに後悔することが少なくない。重要な問題の決定は、病気が治るまで延期させたほうがよい（坂元 2009:43、衛藤 = 中込 2005a:469）。

○ 慎重な社会復帰

患者は、総じて少しでも症状が改善すると社会復帰を焦る傾向があるが、回復直後は状態が変動しやすく、少し改善してはまたやや悪くなる、ということを繰り返しながら、徐々に良い状態で安定するようになる。そのため、復帰に際しては、一時的な症状の軽快だけでなく、復帰後の生活に耐えうる状態であるかどうか、そしてその回復状態が安定しているかどうかを判断する必要がある（衛藤 = 中込 2005b:495）。

- 
- (9) 「自殺を考えないようにすることはできなくても、自殺をしそうになったら必ず連絡してきてください。連絡を取る前に自殺を実行しないと約束できますか？」と患者に問いかけてみる。次の受診予約までの間に、自殺したいとの衝動が高まったならば、必ず連絡することを約束してもらう。もちろんこれによって必ず自殺を防ぐことができるわけではないが、そうすることで、治療者が患者に強い関心を抱き、いつでも援助を差し伸べる用意があることを示す。また、約束を取り交わしただけでは十分ではなく、その限界に留意しつつ、常に自殺の危険を臨床的に評価することを怠らない。たとえば、こういった約束をしてもらうように患者に語りかけた時に、患者の反応が「そんな約束は絶対できません」とか、あるいは押し黙ったまま何の答えも戻って来ないといった場合には（当然、他の危険因子と総合して判断しなければならないが）、それ自体が、緊急の自殺の危険を示している1つのサインだと考える必要がある。なお、「自殺しない」「自殺しなくなったら必ず連絡する」という約束を取り交わした以上は、緊急の場合には必ず対応できる態勢を取る道義的義務が治療者には生じる。治療者が不在の場合もそれをカバーする何らかの措置を取り、休暇中にも同僚が患者の緊急の際に補助することは当然である（高橋 2005:538-539）。

## （ii）「現代型うつ病」の場合

近年、うつ病の多様性が論じられる機会が多くなった。いわゆる「現代型うつ病」とされる病態を呈する主に若年層のうつ病患者の対応に苦慮することが少なくないのが、昨今のわが国のうつ病診療の動向である（坂元 2009:45）<sup>(10)</sup>。

いわゆる現代型うつ病とされる逃避型抑うつ、非定型うつ病、ディスチミア親和型うつ病に該当する病態を呈する患者に対しては、うつ病と告知し、「服薬と休養で比較的短期間で治る」という保証を安易に与えることは、決して得策ではない。そのことが彼らに、「自分はうつ病なので、何も（仕事を）しなくてよい、あるいは（周囲の目からは遊興としか映らないインターネット、ゲームへの熱中、海外旅行など）何をしてもよい」という気持ちを抱かせ、かえって長期転帰が不良となることもある。つまり、休養を勧めることがいつもよいとは限らないし、病状によっては、多少つらくても仕事や家事をしながら生活のリズムを整えることも大事であることを説明すべきである。また、家族には、本人の病気を理解しつつも過保護にはしないように説明する。ただし、最も重要なことは、「本当のうつ病でもないくせに、うつ病、うつ病と騒ぎ立て疾病利得を得ようとしている」という冷たい目のみで彼らを見てしまわないことである。そうした陰性感情が治療的にポジティブに作用するはずがない。いずれは治るという「希望を処方」しつつ、「服薬と休養で比較的短期間で治る」という安易な期待を彼らが持たないようにすることが肝要である。そして彼らにかりうじて残されているレジリエンス（回復力）を最大限に引き出す機会をうかがうことであろう（坂元 2009:48-49）。

## （iii）双極Ⅱ型障害との区別

以下は厳密には医師から患者への説明事項とは異なるが、現在のうつ病治療に関して知っておかねばならない比較的最近の動向なので、ここで述べておく。

---

(10) なお、「現代的うつ病」というのは学問的に正式に定められた疾患タイプではない。したがって、この名称は診断書などの正式な文書には用いるべきではなく、DSM-5 や ICD-10 などに用いられている国際的な名称を用いるべきであって、現代うつ病はあくまで非公式な呼称の位置づけに留められるべきである、とされている（野村 2017:64）。

うつ病とは似て非なるものとして、真っ先に挙げる必要があるのが双極性障害（躁うつ病）である。これはついこの間まで、うつ病と同じ「気分障害」に属する疾患だとされていた。しかし、最近になって、双極性障害とうつ病は別の病気だ、ということがにわかに強調されるようになってきた。それにはいくつかの理由があるが、一番大きいのは、両者の治療法が異なる可能性が出てきたことであろう。簡単に言えば、「うつ病なら抗うつ薬が効きやすい」「双極性障害なら気分安定薬（感情調整薬）が効きやすい」ということである（野村 2017:114-115）。そこで、2013年に発表されたDSMの第5版、DSM-5では、気分障害という表現は取り払われ、うつ病を中心とした抑うつ症候群と双極性障害は別のカテゴリーとして、それぞれ独立して取り上げられている（大野 2014:52）。

なお、双極性障害のうち、入院しなくてはいけないほどの躁状態が見られる場合を双極Ⅰ型障害、入院までは考える必要がない場合を双極Ⅱ型障害と診断する。また、それほど強い躁状態にはならないままに、躁とうつを繰り返している場合に気分循環性障害と診断する（大野 2014:58）。うつ病と双極Ⅱ型障害との区別は、ときには困難であり、薬物療法においては慎重な検討を要する（井原 2012:103）。

## (c) 認知症

### (i) 病名告知

かつては、認知症についても、統合失調症と同様に、患者本人への病名告知が困難なものとされていた。

すなわち、認知症患者はそのすべてが説明に対する理解や現実検討を知的能力の低下ゆえにできないので、患者の家族に対してのみ説明・治療同意を求めれば足りる、と考えることは誤りであり、患者本人にできるだけ理解できるような表現で説明をし、同意を求めることが原則であるが、しかしながら、特にアルツハイマー病の場合には、その進行性と治療不能性という悲観的な考えが一般にもかなり広く知れ渡っており、病名告知が本人に与える影響が深刻なものになることは容易に察知できるので、そのような場合には、病名と予後は本人には告知すべきではない、とする考え方があった。そして、認知症の病名告知がきわめて例外的な事態であったわが国においては、患者本人に意思能力があるうちから、本人の意思よりも、家族と医療従事者による決定が重視されてきた

らいがあり、本人の知らないうちに福祉サービスの申請がなされたり、病気の治療方針が決定されたりしてきた（斎藤 2002:68）。

しかし、その後、認知症の告知を促す医療情勢の変化が生じた。第1に、認知症の早期診断を可能にする知見が積み上げられ、新しい検査技術が導入され、専門の医師が育ってきた。また、認知症に関する社会的な認識が高まり、患者や家族も、従来よりも早期に専門の医療機関を受診するようになってきたため、早期診断が可能になってきた。早期に受診する患者の多くは、病識を持ち、病気の説明を理解する力を持っているので、病名の告知が可能でありかつ意味あるものとなる。第2に、1999年11月に認可されたアルツハイマー病治療薬である塩酸ドネペジル（商品名アリセプト）の登場である。これによって、軽症のアルツハイマー型認知症の患者に対して医師が治療手段を持つことになった。従来、アルツハイマー病の告知をためらう理由の1つに、治療法がないからというものがあったが、これによって、医師は告知することの具体的な意義を持つことになったのである（斎藤 2002:69-70）。

かくして、現在では、病名告知に関する医師の側の認識は変化している。

患者本人に対して正確な検査結果を知らせなければ、治療方針の説明は当然できない。従来は、認知症の診断を患者自身に告げることにについては、診断の深刻さに患者が耐えられるかどうかといった視点での議論が多かったが、その点については、深刻な病名を告げられた患者が動揺するのは当然のことで、その動揺をしっかりと受け止めて治療を行うことが臨床医の任務である、とされるようになった。すなわち、認知症に対する一般の認識が高まった今日、一定の理解力をもっている患者に検査の結果や診断を告げないということは、「真実を告げずに黙っている」という消極的な不作為であるにとどまらず、その後の治療の場面でしばしば積極的に虚偽の説明をしなければならないことにもなるのであって、こうした医療行為を道徳的に正当化することは不可能である、と考えられるようになった。また、アルツハイマー病については、今日、多くの医療機関が薬の院外処方を行い、患者が医師から「アリセプト」と書かれた院外処方箋を渡されて院外処方薬局に赴き、薬とともに説明書を受け取るということは、告知を受けたのと実質的には同じことになる。だからこそ、告知によって動揺しそうな患者には、医師の口からきちんとした説明を行い、考えられ

る病名についても話をしておかなければならない、とされる（斎藤 2009: 59-60）。

要するに、告知をしていないために治療の必要性を理解せず治療が中断した患者を多く見てきた医師は、できる限り告知すべきだと考える傾向があると思われ、一方で、告知を受けた後にショックを受けて落ち込んだり傷ついたりした患者を数多く見てきた医師は、慎重でなければならないと考える傾向があると思われるが、しかし、いずれにせよ、医療機関で治療や療養指導を始めるにあたって何も説明しないということはありません。情報提供のあり方と、病名を告げるか否か、告げるとすればいつどのように告げるかについて、それぞれの症例について考えなければならない、とされるようになった（繁田 2020:1105）。

ただし、患者本人が告知を受けたくないのであれば、少なくともそのようなタイミングで告知してはならない。知らされない権利は守らなければならない。しかし、告知を希望するか否かという本人の意向を知ることは必ずしも容易ではない。純粹に病名を知りたい気持ちで固まっている人も、知りたくない気持ちで固まっている人も、実際のところほとんどいないのではないと思われるからである。多くの方は、自分の病気について知りたい気持ちがあっても、知ることが怖くて躊躇しているのではないであろうか（繁田 2020:1106-1107）。

告知できるかどうか判断に迷う人の場合は、まず治療やリハビリが必要な状態であることを説明した後、たとえば次のような説明を行うことが考えられる。「今日、十分に時間があれば、私たち（医療職）が、考えている病名についてお話ししたいと思います。次回以降の診察で説明することもできます。どうでしょうか」と尋ねる。この場面で「今日はもう十分です」「また次の機会に」「先生もお忙しいでしょうから」などと本人が言えば、それ以上の説明は控える。もちろん、そのときに告知を控えても、いつでも本人から要望があれば告知する準備があることは伝えておく（繁田 2020:1107）。

病名告知による衝撃の大きさは人によって大きく異なる。告知する医師との関係（かかりつけ医か専門医か）や本人との付き合いの長さ、信頼関係、家族と本人の情緒的關係（保護的か、指示的か、管理的かなど）、本人の性格傾向（楽観的か、悲観的か）などによって変わるであろう。しかし、告知の衝撃を最も大きく左右するのは、その疾患のイメージや先入



観、すなわち偏見であると考えられる。「急速に進行する病気」とか「人格が壊れる病気」といった偏見があると、告知は深刻な影響をもたらすであろう。そこで、告知をする前に本人の偏見について見当をつけておくために、「もの忘れを起こす病気について何か知っていますか」「認知症という病気について聞いたことがありますか」と尋ねることもある（繁田 2020:1107）。

告知と説明に関連して現実の問題になるのは、「患者の心理的動揺」ではなく、むしろ患者の理解力や記憶力の問題である。医療情報は本人のものであるという原則を外れず、本人の意思能力に問題があるときは、その程度に合わせて適宜、意思決定の代理人となるべき人に説明をしなければならない。法律的には、意思能力を欠く・成人の患者の医療同意に関しては規定がなく、法的な後見人の身上監護義務の職務のなかには治療行為への代諾は含まれないとされている。しかしながら、現実には、そばでケアに当たる家族や後見人等と医療者とが共同で意思決定に当たらなければ診療が進まない。法律的な建前にいたずらに拘泥せず、適切な意思決定をしていかなければならない。しかしながらまた、特に資産を持つ患者の場合については、その病態や予後を一部の家族だけが知るということによって、後々になって医療者が思いがけぬ係争に巻き込まれることがある。個人情報できるだけ守るという建前と、情報が偏在することによるリスクとの兼ね合いに、臨床医として可能な範囲で配慮し、診療録上にその記録を残すことが、治療者を思いがけない法律トラブルから守る手段ともなる（斎藤 2009:61）。

## （ii）継続的な告知・説明

認知症の告知の場合、（認知症の最終的な診断は病理解剖を待たなければならぬので）早期診断では「疑い」病名にならざるを得ないし、症状には個人差が大きく、その予後についても、数回の診察で軽々しく述べられるほどに明らかなものではない。さらに、かなり理解力を保っている患者であっても、説明の詳細を理解することが難しい場合もあるし、その経過中、最初の告知の頃の説明の記憶を保持できることはきわめて稀である。したがって、認知症の説明や告知は、癌の告知のように「したか、しないか」といった範疇で検討されるのではなく、初診のときに始まり、長い経過を追って、起こってくる障害や精神症状、行動上の問題について



繰り返し繰り返しなされる、説明の積み重ねである（斎藤 2009:60-61）。

認知症疾患に伴う偏見が強いほど、自分が罹患したことを受け容れることは患者にとって容易ではない。受け入れるためには大きな価値観の転換が必要である。ある人は、障害によって失ったと思っていた価値（能力）のほかに、自分には別の価値（能力）があることに気づく。別の人は、自分を他人と比較するのをやめ、本来自分が持っている価値に目を向けられるようになる。しかし、認知症になった自分をなんとか受け容れても、認知症が進行すれば、また新たに変わった自分を受け容れなければならない。進行性の疾患では変わりつつある自分をその都度受け容れることを強いられるわけである。筆者（繁田）が出会ってきた認知症疾患の人の中で、そうした価値観の転換をその都度できる人は少なかった（繁田 2020:1107-1108）。

このようなことから、結果的に治療を受けているなら、患者が病気を受容できなくてもよいのではないかと、との意見もある。たしかに無理をしてはいけませんが、目指すべきは、病気であることを認めつつ治療やその後の暮らしに希望を捨てず、その人らしく暮らすことであろう。焦ったり、無理に直面させることはせず、しかしゆっくりと時間をかけて病気と向き合っていくことは必要ではないか。そしてそれを見守ることが主治医の役割であると考えられる（繁田 2020:1108）。

以上のように、認知症の治療は説明の繰り返しであり、積み重ねである。そして、説明そのものが精神療法的に重要な意味もっている。十分な意思能力のない患者を、主体的に治療に参加させるためには、個々の患者や家族のおかれた状況をできる限り複眼的に把握し、患者を取り巻く人々の価値観に配慮した説明を行って、治療を進めていかなければならない（斎藤 2009:68）。

### （iii）自動車の運転に関する説明

認知症患者の交通事故には、車両感覚の低下や運転技能の低下による小さな自損事故から、注意の欠陥などがからむ高速道路の逆走や信号無視による重大事故までさまざまであり、一般診療や検査所見から特定の患者の現実の運転リスクを推測することは簡単ではない。患者および家族への説明においては、少なくとも以下の諸点を明確に告げるべきである。すなわち、第1に、認知症患者の運転によって引き起こされる事故は、必ずしも

認知症の程度とは相関しない。認知症患者の運転を危険なものにする要因は、注意の障害、判断の障害、現実的な状況把握や変化の予測の能力低下、身体的な能力低下など、さまざまな精神機能と身体機能の障害にかかわり、介護者が助手席に座って注意するといった程度の対応ではとうてい対処しきれぬものではない。第2に、認知症ではない一般の高齢運転者でも事故のリスクが高まるのであるから、認知症の臨床症状が確認できる段階であれば、それがたとえ軽度であっても、交通事故のリスクは本人や家族が推測する以上に高い可能性がある。これら2つの理由から、認知症患者の運転はできるだけ早く止めさせたほうがよい。交通事故は、患者本人の危険にとどまらず、その被害者の生命にかかわる問題でもあるので、医師の社会的責任を考えるならば、患者に十分な説明をし説得をして、家族と協力して解決を図るべきである（斎藤 2009:64-66）。

#### （d）情報過多の患者

これは特定の疾患に限られない問題である。

メンタルヘルスに対する関心が高まっている今日の社会には、インターネット等を通じての情報検索、収集が容易となっていることもあり、かつてないほど医療ならびに関連領域の情報に満ちあふれている。ただし、膨大な量の情報は玉石混淆であり、的確な情報により患者が自身の病状やその治療について理解を深められる場合もあれば、逆に歪んだ理解を形成してしまう場合もある。医師は目の前の患者がどのような情報・知識をもとに自身の病状や治療をイメージして受診しているのかを把握する必要がある。特に精神科領域においては、患者の得た情報・知識そのものがときに病像形成的に作用している可能性を考慮する必要がある（安宅 2005:565）。

一般的に臨床場面で出会う可能性が大きいと思われる情報過多の患者には、大きく分けて2つのタイプがある。第1は、薬剤についての情報過多タイプである。服用経験のない薬剤に対し、書籍あるいはインターネットで得た情報から著効することを期待し、特定の薬剤の処方希望して受診する場合がある。こうしたケースの場合には、医師は、患者がどのような情報を基にその薬剤に対するイメージ・評価をもっているのかを問診の中で明らかにしながら、そこに何らかのバイアスがかかっている場合にはそれを解きほぐすことが必要になる。その上で自らの見立てや治療方針を患者に伝えなければならないであろう。そこには、薬物療法を話題として取

り上げつつ、そこに現れている患者の心理への理解・働きかけをしていく、という別の視点が求められる。第2のタイプは、診断・疾患概念に対する情報過多タイプである。症状や困難を自覚して自ら受診してくる患者の場合、あらかじめ自覚症状が何らかの精神疾患に該当するのではないかと調べていることも少なくない。インターネットの普及はこれを一層容易にしたと言える。何らかの自己診断をもって受診してくる患者に対しては、医師は、問診を通じて見立て・診断をしていくと同時に、患者の自己診断について吟味しつつ説明をしていかなければならない。患者の自己診断に至ったプロセスを注意深く傾聴すること自体が、治療的な関わりの端緒となることが多い。そして、患者の自己診断へのこだわりが強く、医学的な説明による修正が困難な場合には、患者に正誤の判断を繰り返し突きつけるのではなく、患者自身が苦しんでいる症状やそれに伴う生活上の困難に焦点付けをしていく姿勢が基本となる。同様のことは、診断についてのこだわりだけでなく、いわゆる通俗心理学に沈潜して自らの病状を説明することに終始する患者の場合にも当てはまる（安宅 2005:566-567）。

このように、情報過多の患者に対応する場合には、患者が影響を受けている情報の整理がまず必要である。そして、患者が情報の影響を受けているその背後にある精神力動に注目することが治療的な関わりの端緒となることを、医師の側は意識すべきであろう（安宅 2005:567-568）。

[未完]

#### [引用文献一覧]

- 青木 2002：青木省三「病名とインフォームド・コンセント」こころの科学 105 号 8-12 頁（2002 年）  
青木 2014：青木省三『精神科治療の進め方』（日本評論社、2014 年）  
青木 2017：青木省三『こころの病を診るといふこと——私の伝えたい精神科臨床の基本』（医学書院、2017 年）  
青木＝村上 2012：青木省三＝村上伸治「大人の発達障害と「誤診」」こころの科学 164 号 61-66 頁（2012 年）  
安宅 2005：安宅勝弘「情報過多の患者」精神科臨床サービス 5 巻 4 号 565-568 頁（2005 年）  
池田 2002：池田友彦「病名をいつ、どのように告知するか②成人精神科臨床の現場から」こころの科学 105 号 59-65 頁（2002 年）  
市橋 2012：市橋秀夫「統合失調症をなぜ誤診するのか」こころの科学 164 号 67-73

## 精神科医療における医師－患者関係（2）

頁（2012年）

- 井原 2012：井原 裕 「「うつ病」から「双極性障害」への診断変更について」*こころの科学* 164号 102-103 頁（2012年）
- 植田 1999：植田孝一郎「痴呆性疾患告知の問題」松下正明ほか監修『インフォームド・コンセントガイドランス——精神科治療編——』（先端医学社、1999年）97-103 頁
- 内海 2005：内海 健『精神科臨床とは何か——日々新たなる経験のために』（星和書店、2005年）
- 衛藤 = 中込 2005a：衛藤理沙 = 中込和幸「気分障害」精神科臨床サービス 5巻 4号 467-470 頁（2005年）
- 衛藤 = 中込 2005b：衛藤理沙 = 中込和幸「気分障害——社会への再参加時における説明」精神科臨床サービス 5巻 4号 495-498 頁（2005年）
- 江畑 2005：江畑敬介「精神科臨床サービスにおいて説明することの意義」精神科臨床サービス 5巻 4号 446-450 頁（2005年）
- 江畑 2015：江畑敬介『外来精神医療、いま何が求められているのか——説明と同意に基づく納得医療の実例——』（星和書店、2015年）
- 大野 2014：大野 裕『最新版「うつ」を治す』（PHP新書、2014年）
- 賀古 2020：賀古勇輝「統合失調症の病名をいつ、どのように伝えるか？」精神医学 62巻 8号 1073-1080 頁（2020年）
- 茅野 2005：茅野 分「統合失調症——治療導入期における説明——」精神科臨床サービス 5巻 4号 464-466 頁（2005年）
- 古茶 2019：古茶大樹『臨床精神病理学——精神医学における疾患と診断』（日本評論社、2019年）
- 五味淵 2009：五味淵隆志「精神疾患についての説明——統合失調症」林直樹編『専門医のための精神科リユミエール 9 精神科診療における説明とその根拠』（中山書店、2009年）26-39 頁
- 斎藤 2002：斎藤正彦「病名をいつ、どのように告知するか③老人精神科臨床の現場から」*こころの科学* 105号 66-71 頁（2002年）
- 斎藤 2009：斎藤正彦「認知症などの脳器質性疾患における告知と病状の説明」林直樹編『専門医のための精神科リユミエール 9 精神科診療における説明とその根拠』（中山書店、2009年）56-69 頁
- 坂元 2009：坂元 薫「精神疾患についての説明——気分障害（うつ病、双極性障害）」林直樹編『専門医のための精神科リユミエール 9 精神科診療における説明とその根拠』（中山書店、2009年）40-55 頁
- 塩入 = 桑原 2012：塩入俊樹 = 桑原秀樹 「「操作的診断」における「誤診」」*こころの科学* 164号 31-38 頁（2012年）
- 繁田 2020：繁田雅弘「認知症の病名をいつどのように告知するか？」精神医学 62巻 8号 1105-1111 頁（2020年）
- 高木 1995：高木俊介「分裂病という病名を伝える——インフォームド・コンセント

- と分裂病の病名告知」中高一憲編『現代のエスプリ 339 インフォームド・コンセント』（至文堂、1995年）104-112頁
- 高木 1999：高木俊介「精神分裂病告知の問題」松下正明ほか監修『インフォームド・コンセントガイドランス——精神科治療編——』（先端医学社、1999年）87-96頁
- 高木 2002：高木俊介「精神医学的診断の光と影——「診断する」とはどのような意味をもつのか——」こころの科学 105号 27-32頁（2002年）
- 高橋 2005：高橋祥友「希死念慮・自殺企図のある患者に対する説明」精神科臨床サービス 5巻4号 536-540頁（2005年）
- 滝川 2008：滝川一廣「精神医学診断とコミュニケーション」精神医学 50巻1号 19-24頁（2008年）
- 富高 2012：富高辰一郎「うつ状態の鑑別診断と誤診」こころの科学 164号 49-54頁（2012年）
- 中井 2014：中井久夫『[新版] 精神科治療の覚書』（日本評論社、2014年）
- 西尾 1997：西尾雅明「精神科治療におけるインフォームド・コンセントの可能性」精神医療 [第4次] 11号 35-44頁（1997年）
- 西園 2012：西園昌久「神経症という診断名の消滅がもたらしたもの」こころの科学 164号 96-97頁（2012年）
- 野村 2017：野村総一郎『新版 うつ病をなおす』（講談社現代新書、2017年）
- 宮岡 2014：宮岡 等『こころを診る技術——精神科面接と初診時対応の基本』（医学書院、2014年）
- 宮岡 2014b：宮岡 等『うつ病医療の危機』（日本評論社、2014年）
- 宮本=松岡 2009：宮本眞巳=松岡裕美「入院治療・デイケアの説明」林直樹編『専門医のための精神科リユミエール 9 精神科診療における説明とその根拠』（中山書店、2009年）175-191頁
- 村井 2019：村井俊哉『統合失調症』（岩波新書、2019年）
- 山下 2012：山下 格「誤診のおこるとき」こころの科学 164号 18-24頁（2012年）
- 吉川 2005：吉川信一郎「強制入院時の説明」精神科臨床サービス 5巻4号 569-571頁（2005年）