

平成 20 年度 分担研究報告書

プライマリ・ケアにおける診断分類の問題点
—プライマリ・ケアにおける ICD-10 に関する研究—

中根秀之

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学 研究事業）分担研究報告
「国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究」
プライマリ・ケアにおける診断分類の問題点
—プライマリ・ケアにおける ICD-10 に関する研究—

研究分担者

中根 秀之（長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 医療科学専攻 展開医療科学講座
精神神経科学・准教授）

研究協力者

中野豪一（長崎大学医学部・歯学部附属病院精神神経科・助教）
岩永洋一（長崎大学医学部・歯学部附属病院精神神経科）
松永啓介（佐賀県医師会副会長）
徳永剛（佐賀県医師会常任理事）
山田茂人（佐賀大学医学部精神科・教授）
楯林英晴（佐賀大学医学部精神科・講師）

研究要旨

【目的】 I 精神障害の診断については、これまでに、ICD-10-PC や DSM-IV-PC などのプライマリケア版が出版されている。しかし、残念ながらわが国において ICD-10-PC および DSM-IV-PC は、普及活用されているとはいいがたい状況である。このため、わが国の Primary Care にあたる医師にとって有用な精神障害の診断システムの活用のために必要なものを探る目的で、医療職を対象にアンケート調査を行った。

【方法】 対象は、佐賀県下の 687 の医療施設である。方法は、ICD-10-PC で扱われている精神障害に対する診断と医療への態度を調べるためのアンケート調査であり、郵送により配布し、FAX にて回収を行った。

【結果】 配布を行った 687 施設中、242 施設よりアンケートの回答を得た（回収率：35.2%）。このうち有効回答 241 施設を解析の対象とした。この結果、プライマリケア医の勤務する医療施設では、精神医学的診断の際に参考とするものについては、そのほとんどが特に使用していないとの回答（61%）であった。次に多かったのは、伝統的診断であり、ICD や DSM といった診断システムは、ほとんど使用されていないことが明らかとなった。また、精神障害の診断システムについて、どのような診断システムを希望するかの問いについては、プライマリケア用に修正されたものが 60% と最も多かった。一方で、精神科専門領域と同一のシステムを希望するものは、4% と低く、プライマリケア独自のシステム構築を望むものが 25% であった。適切と思われる精神科診断カテゴリ数については、1-10 個程度が 47% と最も多く、続いて 11-30 個が 29% であった。ICD-10-PC で扱われる 25 の精神障害については、その診断と治療について各疾患で大きく異なっていた。

キーワード：精神医学診断、ICD、DSM、プライマリケア、診断システム

A. はじめに

これまで、われわれは、厚生労働科学研究「精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究」（主任研究者：中根 允文）（H15.4-H18.3）、厚生労働科学研究「精神保健分野における地域サポート等に関する日豪共同研究」（主任研究者：中根 允文）（H18.4-H19.3）分担研究者として参加し、プライマリケア医の精神保健に果たす役割の重要性について指摘してきた。

ICD-10 ファミリーにおいて、世界保健機関（WHO）による ICD-10 精神障害のプライマリケア版（以下、ICD-10-PC）が開発され、日本語版も作成され導入されている。DSM についても、同様に Primary Care version（以下、DSM-IV-PC）が作成されている。しかし、残念ながらわが国において ICD-10-PC および DSM-IV-PC は、普及活用されているとはいえない状況である。

このため、わが国の Primary Care にあたる医師にとって、有用な精神障害の診断システムの開発のために、医療職を対象にアンケート調査を行った。

佐賀県においては、特に精神科と一般診療科医師との連携の取り組みが進んでいる地域であり、うつ病などの Common Mental Disorder の教育・啓発など盛んに行われているため、佐賀大学医学部精神科、佐賀県医師会と連携してこの調査を行った。

B. 対象と方法

対象は、精神科医療施設を除く佐賀県下 687 医療施設である。

方法は、質問紙によるアンケート調査であり、郵送により配布し、FAX にて返送し回収した。

調査期間は、平成 21 年 2 月 2 日-平成 21 年 2 月 13 日とした。

アンケートの作成については、平成 20 年 10 月より草案をまとめ、平成 20 年 11 月 4 日にかかりつけうつ病対応力向上研修・プライマリケア医のための精神障害診断・治療に関するアンケート調査作成会議を佐賀にて開催し、研究協力者との議論を重ねた。この会議において、①アンケート調査票の作成：ICD-10-PC をもとにプライマリケア医が診断・治療に対してどのように考えるか、②アンケート調査協力依頼アナウンス：かかりつけうつ病対応力向上研修、③アンケート調査の実施：実施期間：2009 年 1 月 5 日 - 2 月 13 日、④アンケート用紙の配布：郵送、Fax にて返送などを話し合った。アンケートは、平成 20 年 12 月に完成した。

アンケート調査については、以下のように大きく 6 つの質問より構成されている。

- ①回答者の背景（専門領域、臨床経験年数）
- ②通常臨床での精神科診断の根拠
- ③プライマリケアでの精神科診断システム
- ④希望する精神障害診断数
- ⑤25 の精神医学診断の診断と治療への態度

このアンケートでは 25 の精神障害についてたずねているが、これらは ICD-10-PC で取り扱われている精神障害である。これらの精神障害の診断と治療について、それぞれ、(1) 積極的に行いたい、(2) 機会があれば行いたい、(3) あまり行いたくない、(4) 全く行いたくないの 4 段階で評価した。

アンケート回収による研究であり、倫理面への配慮は、本研究について関わる個人情報についてはプライバシーや人権の侵害が起こらぬよう留意した。

C. 結果

全 687 施設中回答を得たのは、242 施設であり、回収率は 35.2%であった。また、この中より有効回答数は 241 であった。

1. アンケート回答者背景

今回の調査においては、佐賀県下の精神科を除く医療施設を対象としている。

(1) 専門領域

参加施設の専門領域については、診療科については、内科（117施設）、外科（31施設）、整形外科（24施設）、小児科（14施設）、産婦人科（12施設）の順に多かった。複数科回答者については、筆頭に記載された専門科をもって解析した。

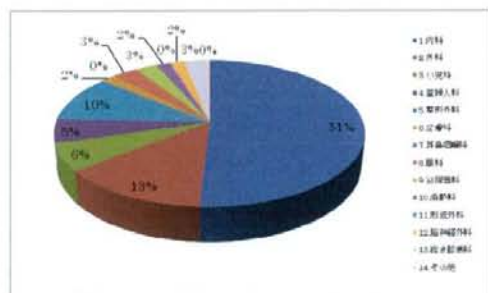


図1 専門領域

(2) 臨床経験年数

臨床経験年数については、20-25年（48施設）、30-35年（42施設）、25-30年（41施設）、35-40年（27施設）、15-20年（26施設）であり、回答者の85%は、20年以上の臨床経験をつんでいる医師であった。

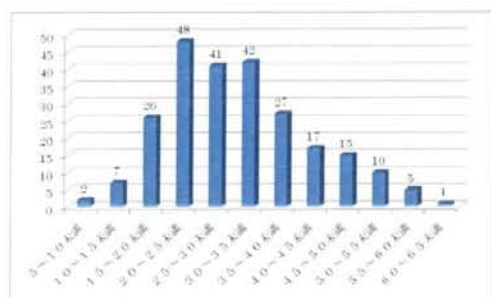


図2 臨床経験年数

2. 通常の臨床で参考にしている精神科診断

通常の診療において、精神障害の診断の際に参考にしている指標については、そのほとんどが特に使用していないとの回答（61%）であった。次に多かったのは、伝統的診断であり、ICDやDSMといった診断システムは、ほとんど使用されていなかった。

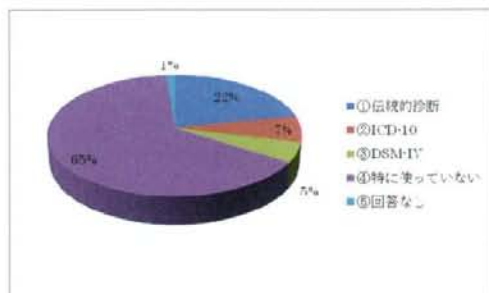


図3 精神障害診断で参考となるもの

3. 希望する精神障害診断システム

精神障害の診断システムについて、どのような診断システムを希望するかの問いについては、プライマリケア用に修正されたものが60%と最も多かった。精神科専門領域と同一のシステムを希望するものは4%と低い一方で、プライマリケア独自のシステム構築を望むものが25%であった。

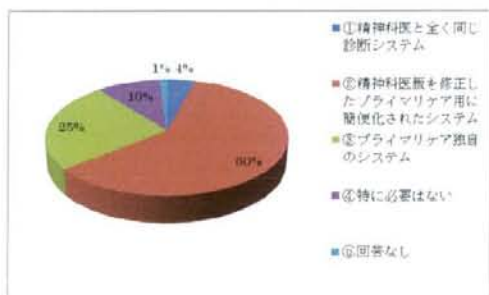


図4 希望する精神障害診断システム

4. 適切と思われる精神障害診断カテゴリ数

適切と思われる精神科診断カテゴリ数については、1-10 個程度が 47%と最も多く、続いて 11-30 個が 29%であった。しかし、この問いには無回答も多く、質問の意図が十分に伝わっていなかったと考えられた。

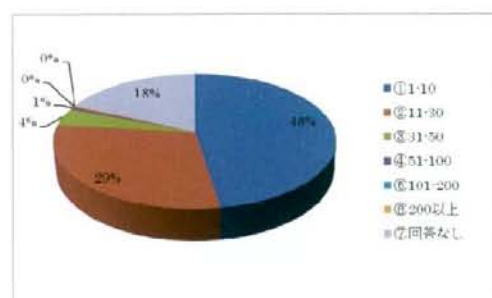


図 5 適切と思われる精神障害診断カテゴリ数

5. 精神障害に関する診断と治療への態度

本調査においては、ICD-10-PC に採用されている 25 の精神障害についてそれぞれ、診断および治療に対してどのように考えるかをたずねた。

(1) 25 全ての精神障害に対する診断・治療への態度

25 の全ての精神障害について診断の態度に対する割合の平均は、それぞれ、積極的に診断したい (8.8%)、機会があれば診断したい (20.4%) であった。このため、合計 30% が精神障害の診断に興味を持っていることがうかがえた。

表 1 25 の精神障害に対する診断

(1) 積極的に行いたい	(2) 機会があれば行いたい	(3) あまり行いたくない	(4) 全く行いたくない	(5) 無回答
8.8%	20.4%	29.8%	32.6%	8.4%

また治療については、積極的に治療したい (6.2%)、機会があれば治療したい (16.3%) であった。20%以上が精神障害の治療に興味を持っていることがうかがえた。

表 2 25 の精神障害に対する治療

(1) 積極的に行いたい	(2) 機会があれば行いたい	(3) あまり行いたくない	(4) 全く行いたくない	(5) 無回答
6.2%	16.3%	30.5%	37.7%	9.3%

(2) 各々の精神障害に対する診断・治療への態度

アンケートの各精神障害に関する診断・治療への態度を以下に示す (表 3-表 27)。

1) 認知症 (表 3)

認知症	診断	治療
(1) 積極的に行いたい	28.2%	21.2%
(2) 機会があれば行いたい	36.1%	30.3%
(3) あまり行いたくない	15.8%	19.1%
(4) 全く行いたくない	12.4%	20.7%
(5) 無回答	7.5%	8.7%

2) せん妄 (表 4)

せん妄	診断	治療
(1) 積極的に行いたい	10.8%	8.7%
(2) 機会があれば行いたい	24.9%	16.6%
(3) あまり行いたくない	27.8%	32.8%
(4) 全く行いたくない	26.6%	32.0%
(5) 無回答	10.0%	10.0%

3) アルコール使用による障害 (表 5)

アルコール使用による障害	診断	治療
(1) 積極的に行いたい	8.3%	4.1%
(2) 機会があれば行いたい	17.8%	14.5%
(3) あまり行いたくない	34.4%	32.4%
(4) 全く行いたくない	30.7%	39.4%
(5) 無回答	8.7%	9.5%

4) 薬物使用による障害 (表 6)

薬物使用による障害	診断	治療
(1) 積極的に行いたい	5.0%	2.5%
(2) 機会があれば行いたい	12.0%	5.4%
(3) あまり行いたくない	27.8%	29.0%
(4) 全く行いたくない	46.1%	53.1%
(5) 無回答	9.1%	10.0%

5) タバコの使用による障害 (表 7)

タバコの使用による障害	診断	治療
(1) 積極的に行いたい	18.7%	17.4%
(2) 機会があれば行いたい	24.1%	19.9%
(3) あまり行いたくない	27.0%	27.0%
(4) 全く行いたくない	22.4%	27.0%
(5) 無回答	7.9%	8.7%

6) 慢性精神病 (表 8)

慢性精神病	診断	治療
(1) 積極的に行いたい	4.1%	2.9%
(2) 機会があれば行いたい	18.7%	10.8%
(3) あまり行いたくない	34.9%	36.9%
(4) 全く行いたくない	33.6%	39.8%
(5) 無回答	8.7%	9.5%

7) 急性精神病 (表 9)

急性精神病	診断	治療
(1) 積極的に行いたい	2.9%	1.2%
(2) 機会があれば行いたい	9.1%	4.1%
(3) あまり行いたくない	24.9%	26.1%
(4) 全く行いたくない	54.4%	58.9%
(5) 無回答	8.7%	9.5%

8) 双極性障害 (表 10)

双極性障害	診断	治療
(1) 積極的に行いたい	6.2%	4.1%
(2) 機会があれば行いたい	14.5%	9.5%
(3) あまり行いたくない	34.0%	32.8%
(4) 全く行いたくない	36.5%	44.0%
(5) 無回答	8.7%	9.5%

9) うつ病 (表 11)

うつ病	診断	治療
(1) 積極的に行いたい	12.4%	10.0%
(2) 機会があれば行いたい	36.9%	31.5%
(3) あまり行いたくない	27.8%	29.5%
(4) 全く行いたくない	16.2%	20.7%
(5) 無回答	6.6%	8.3%

10) 恐怖症性障害 (表 12)

恐怖症性障害	診断	治療
(1) 積極的に行いたい	6.6%	3.3%
(2) 機会があれば行いたい	16.6%	13.7%
(3) あまり行いたくない	30.3%	31.1%
(4) 全く行いたくない	36.9%	41.5%
(5) 無回答	9.5%	10.4%

11) パニック障害 (表 13)

パニック障害	診断	治療
(1) 積極的に行いたい	7.5%	3.7%
(2) 機会があれば行いたい	22.8%	20.3%
(3) あまり行いたくない	30.7%	29.5%
(4) 全く行いたくない	30.7%	36.9%
(5) 無回答	8.3%	9.5%

12) 全般性不安 (表 14)

全般性不安	診断	治療
(1) 積極的に行いたい	13.3%	9.1%
(2) 機会があれば行いたい	24.1%	23.7%
(3) あまり行いたくない	31.1%	31.5%
(4) 全く行いたくない	23.2%	26.6%
(5) 無回答	8.3%	9.1%

13) 不安・うつ病混合状態 (表 15)

不安・うつ病混合状態	診断	治療
(1) 積極的に行いたい	12.4%	8.3%
(2) 機会があれば行いたい	31.5%	28.6%
(3) あまり行いたくない	29.0%	32.0%
(4) 全く行いたくない	20.7%	23.7%
(5) 無回答	6.2%	7.5%

14) 適応障害 (表 16)

適応障害	診断	治療
(1) 積極的に行いたい	8.3%	5.4%
(2) 機会があれば行いたい	20.3%	17.8%
(3) あまり行いたくない	35.3%	33.6%
(4) 全く行いたくない	27.8%	34.0%
(5) 無回答	8.3%	9.1%

15) 解離性障害 (転換ヒステリー) (表 17)

解離性障害 (転換ヒステリー)	診断	治療
(1) 積極的に行いたい	4.1%	2.1%
(2) 機会があれば行いたい	11.6%	7.1%
(3) あまり行いたくない	32.0%	32.8%
(4) 全く行いたくない	43.6%	48.1%
(5) 無回答	8.7%	10.0%

16) 説明不能な種々の身体症状 (表 18)

説明不能な種々の身体症状	診断	治療
(1) 積極的に行いたい	7.1%	4.1%
(2) 機会があれば行いたい	14.9%	13.7%
(3) あまり行いたくない	32.0%	31.1%
(4) 全く行いたくない	36.9%	41.1%
(5) 無回答	9.1%	10.0%

17) 神経衰弱 (表 19)

神経衰弱	診断	治療
(1) 積極的に行いたい	7.9%	4.1%
(2) 機会があれば行いたい	20.3%	18.7%
(3) あまり行いたくない	33.6%	34.4%
(4) 全く行いたくない	29.9%	33.2%
(5) 無回答	8.3%	9.5%

18) 摂食障害 (表 20)

摂食障害	診断	治療
(1) 積極的に行いたい	5.8%	2.9%
(2) 機会があれば行いたい	17.0%	11.6%
(3) あまり行いたくない	36.1%	36.9%
(4) 全く行いたくない	32.8%	39.4%
(5) 無回答	8.3%	9.1%

19) 睡眠障害 (不眠) (表 21)

睡眠障害 (不眠)	診断	治療
(1) 積極的に行いたい	20.3%	18.7%
(2) 機会があれば行いたい	41.9%	40.2%
(3) あまり行いたくない	17.0%	18.3%
(4) 全く行いたくない	14.1%	15.4%
(5) 無回答	6.6%	7.5%

20) 性機能障害 (表 22)

性機能障害	診断	治療
(1) 積極的に行いたい	5.4%	4.6%
(2) 機会があれば行いたい	22.4%	18.3%
(3) あまり行いたくない	29.0%	29.5%
(4) 全く行いたくない	34.4%	37.8%
(5) 無回答	8.7%	10.0%

21) 精神遅滞 (表 23)

精神遅滞	診断	治療
(1) 積極的に行いたい	3.3%	1.2%
(2) 機会があれば行いたい	7.9%	3.7%
(3) あまり行いたくない	32.0%	30.3%
(4) 全く行いたくない	47.7%	54.8%
(5) 無回答	9.1%	10.0%

22) 多動性 (注意欠陥) 障害 (表 24)

多動性 (注意欠陥) 障害	診断	治療
(1) 積極的に行いたい	2.9%	0.8%
(2) 機会があれば行いたい	10.4%	5.8%
(3) あまり行いたくない	31.5%	29.9%
(4) 全く行いたくない	46.9%	53.9%
(5) 無回答	8.3%	9.5%

23) 行為障害 (表 25)

行為障害	診断	治療
(1) 積極的に行いたい	3.3%	1.7%
(2) 機会があれば行いたい	11.2%	6.6%
(3) あまり行いたくない	34.9%	34.0%
(4) 全く行いたくない	41.9%	47.7%
(5) 無回答	8.7%	10.0%

24) 遺尿症 (表 26)

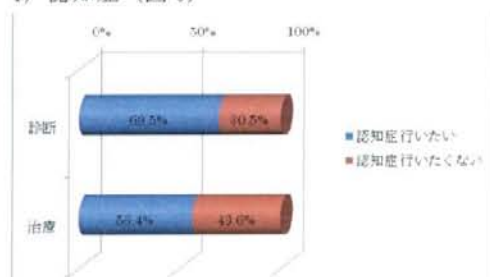
遺尿症	診断	治療
(1) 積極的に行きたい	6.6%	5.4%
(2) 機会があれば行きたい	18.3%	13.7%
(3) あまり行いたくない	31.5%	33.2%
(4) 全く行いたくない	35.3%	38.6%
(5) 無回答	8.3%	9.1%

25) 喪失体験後症候群 (表 27)

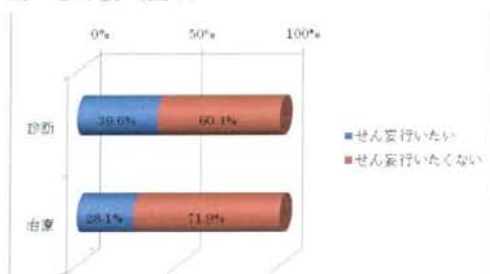
喪失体験後症候群	診断	治療
(1) 積極的に行きたい	8.7%	6.2%
(2) 機会があれば行きたい	24.1%	20.7%
(3) あまり行いたくない	24.9%	28.2%
(4) 全く行いたくない	34.0%	35.3%
(5) 無回答	8.3%	9.5%

以上の結果をもとに、「無回答」を除き、「積極的に行きたい」「機会があれば行きたい」を「行いたい」、「あまり行いたくない」「全く行いたくない」を「行いたくない」として、各精神障害について解析した (図 6-図 30)。

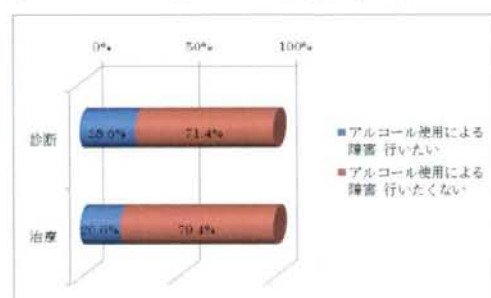
1) 認知症 (図 6)



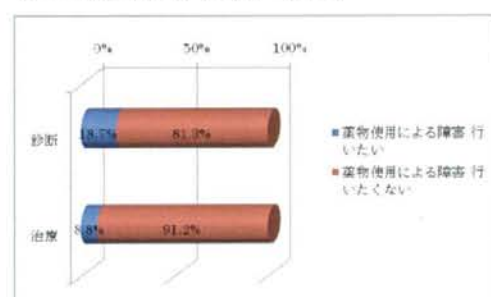
2) せん妄 (図 7)



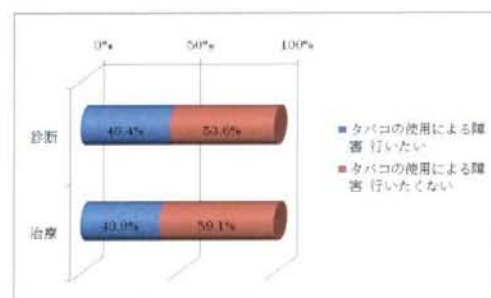
3) アルコール使用による障害 (図 8)



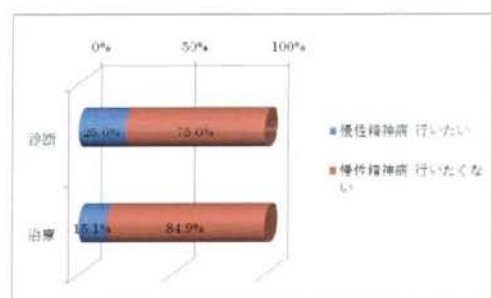
4) 薬物使用による障害 (図 9)



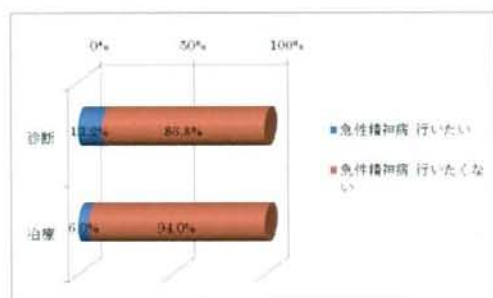
5) タバコ使用による障害 (図 10)



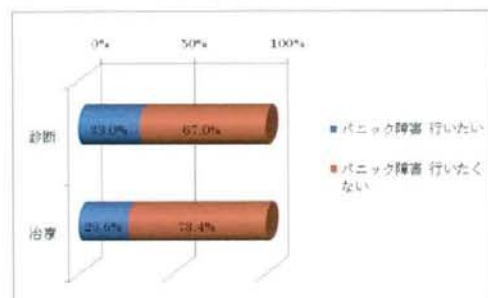
6) 慢性精神病 (図 11)



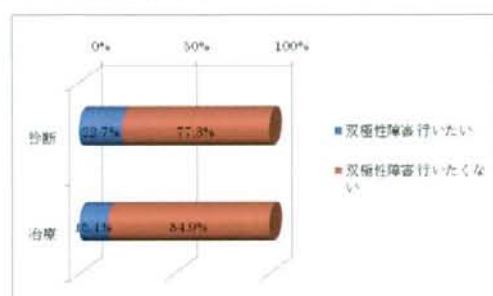
7) 急性精神病 (図 12)



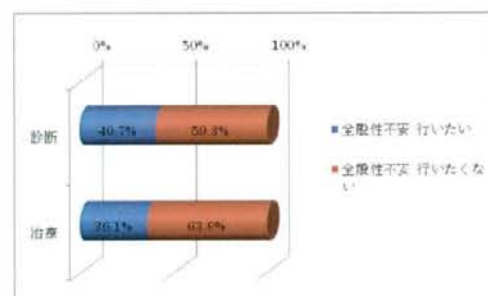
11) パニック障害 (図 16)



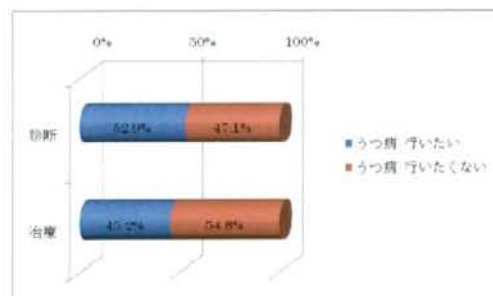
8) 双極性障害 (図 13)



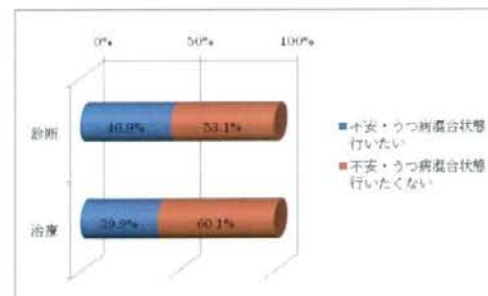
12) 全般性不安 (図 17)



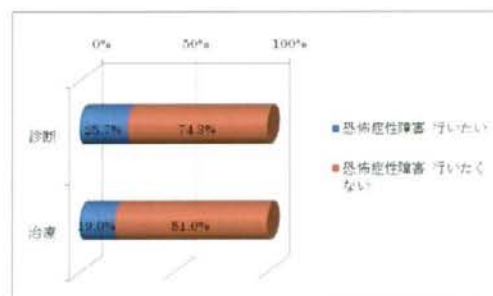
9) うつ病 (図 14)



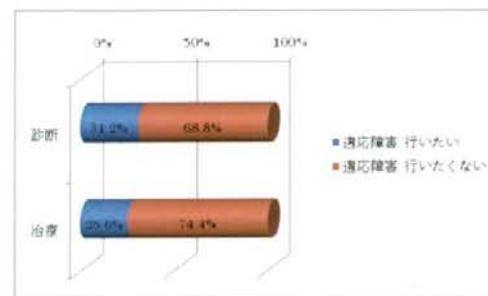
13) 不安・うつ病混合状態 (図 18)



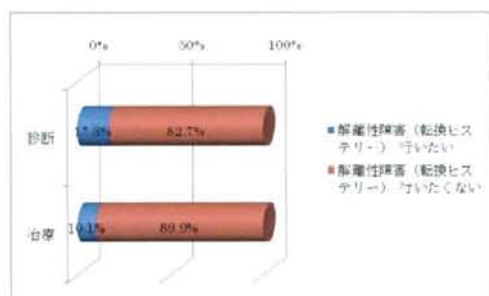
10) 恐怖症性障害 (図 15)



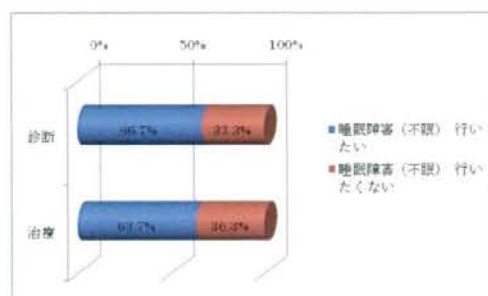
14) 適応障害 (図 19)



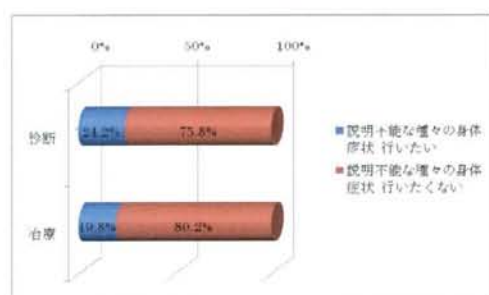
15) 解離性障害（転換ヒステリー）（図 20）



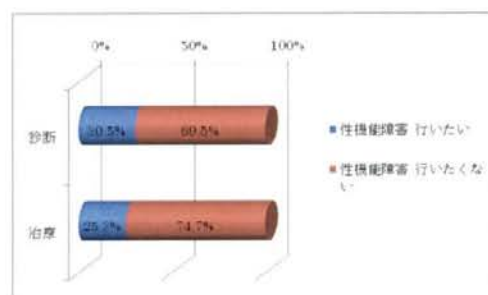
19) 睡眠障害（不眠）（図 24）



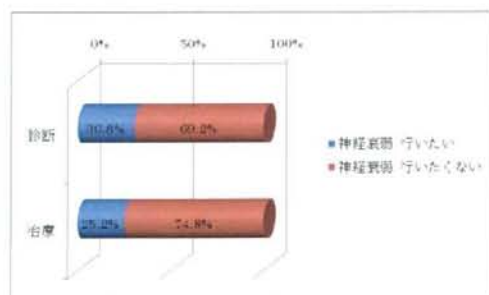
16) 説明不能な種々の身体症状（図 21）



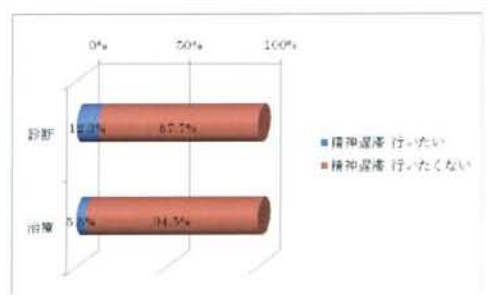
20) 性機能障害（図 25）



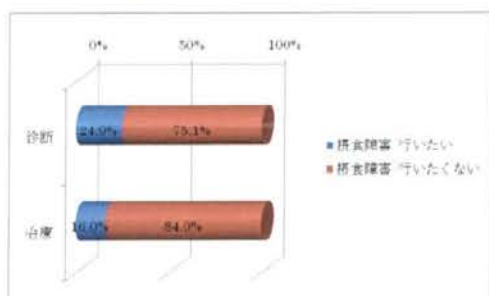
17) 神経衰弱（図 22）



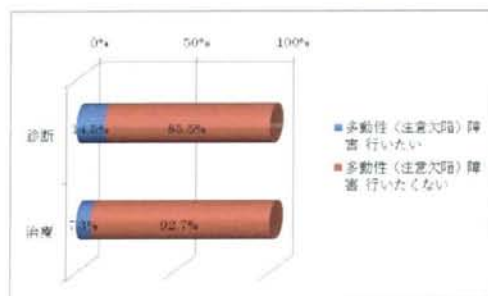
21) 精神遅滞（図 26）



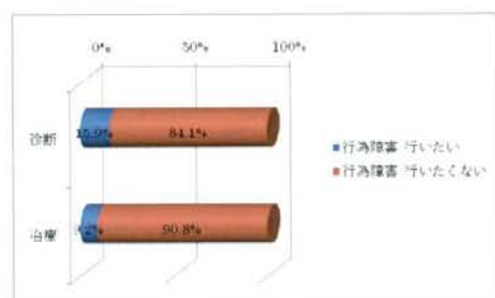
18) 摂食障害（図 23）



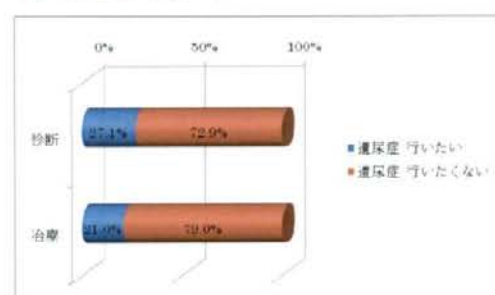
22) 多動性（注意欠陥）障害（図 27）



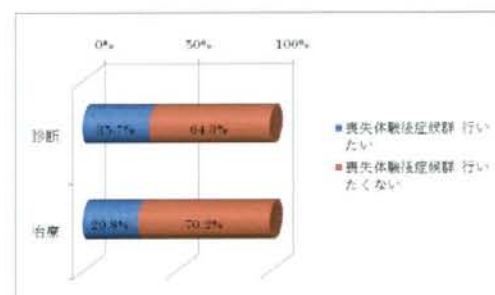
23) 行為障害 (図 28)



24) 遺尿症 (図 29)



25) 喪失体験後症候群 (図 30)



各精神障害の結果を見ると、診断や治療への態度が、精神障害別に違いがあることがわかる。

そこで、診断に対して興味がある精神障害については、行いたいという回答が50%を超えた精神障害は、認知症(69.5%)、睡眠障害(不眠)(66.7%)、うつ病(52.9%)であった。一方、治療について、行いたいという回答が50%を超えた精神障害は、睡眠障害(不眠)(63.7%)、認知症(56.4%)であった。これ

らの認知症、睡眠障害、うつ病などは、プライマリケア医においても、診断についても治療についても同様に興味の高い精神障害といえる。また、不安・うつ病混合状態、タバコの使用による障害、全般性不安なども診断を行いたいと40%を超えており、比較的診断的に興味のある精神障害であることがわかった。これは、治療でも同様の傾向を示した。

一方、プライマリケア医が診断に興味を持ちにくい精神障害については、精神遅滞(87.7%)、急性精神病(86.8%)、多動性(注意欠陥)障害(84.1%)、行為障害(82.7%)などであった。また治療について興味を持ちにくい精神障害は、精神遅滞(94.5%)、急性精神病(94.0%)、多動性(注意欠陥)障害(92.7%)、薬物使用による障害(91.2%)

表 28 各精神障害の診断への興味

精神障害	行いたい (%)	行いたくない (%)
認知症	69.5%	30.5%
睡眠障害(不眠)	66.7%	33.3%
うつ病	52.9%	47.1%
不安・うつ病混合状態	46.9%	53.1%
タバコの使用による障害	46.4%	53.6%
全般性不安	40.7%	59.3%
せん妄	39.6%	60.4%
喪失体験後症候群	35.7%	64.3%
パニック障害	33.0%	67.0%
適応障害	31.2%	68.8%
神経衰弱	30.8%	69.2%
性功能障害	30.5%	69.5%
アルコール使用による障害	28.6%	71.4%
遺尿症	27.1%	72.9%
恐怖症性障害	25.7%	74.3%
慢性精神病	25.0%	75.0%
摂食障害	24.9%	75.1%
説明不能な種々の身体症状	24.2%	75.8%
双極性障害	22.7%	77.3%

薬物使用による障害	18.7%	81.3%
解離性障害(転換ヒステリー)	17.3%	82.7%
行為障害	15.9%	84.1%
多動性(注意欠陥)障害	14.5%	85.5%
急性精神病	13.2%	86.8%
精神遅滞	12.3%	87.7%

表 29 各精神障害の治療への興味

精神障害	行いたい	行いたくない
睡眠障害(不眠)	63.7%	36.3%
認知症	56.4%	43.6%
うつ病	45.2%	54.8%
タバコの使用による障害	40.9%	59.1%
不安・うつ病混合状態	39.9%	60.1%
全般性不安	36.1%	63.9%
喪失体験後症候群	29.8%	70.2%
せん妄	28.1%	71.9%
パニック障害	26.6%	73.4%
適応障害	25.6%	74.4%
性機能障害	25.3%	74.7%
神経衰弱	25.2%	74.8%
遺尿症	21.0%	79.0%
アルコール使用による障害	20.6%	79.4%
説明不能な種々の身体症状	19.8%	80.2%
恐怖症性障害	19.0%	81.0%
摂食障害	16.0%	84.0%
慢性精神病	15.1%	84.9%
双極性障害	15.1%	84.9%
解離性障害(転換ヒステリー)	10.1%	89.9%
行為障害	9.2%	90.8%
薬物使用による障害	8.8%	91.2%
多動性(注意欠陥)障害	7.3%	92.7%
急性精神病	6.0%	94.0%
精神遅滞	5.5%	94.5%

D. 最後に

本研究において、プライマリケア分野において、ICD や DSM といった診断システムが、いまだ十分普及しておらず、活用されていないことが明らかとなった。

またそれぞれの精神障害について、プライマリケア医の興味と、精神科医の教育的方向性には差があることが示された。具体的には、身体科の医師が診断、治療において興味のある精神障害は認知症、睡眠障害、うつ病、不安・うつ病混合状態、タバコの使用による障害などであり、今後 ICD-11 プライマリケア版の作成があれば、これらの疾患に重きを置くのが望ましいと思われる。また、身体科の医師が診断、治療において興味薄いものは精神遅滞、急性精神病、多動性(注意欠陥)障害、行為障害、薬物使用による障害などであった。しかし、プライマリケアの場面で、急性精神病や摂食障害や、さらに精神障害の疫学的研究から社会不安障害をはじめとする神経症性障害に遭遇する可能性が高く、これらの疾患に関しての教育・啓発活動が今後の課題の一つであると考えられた。また、精神科領域で使用の頻度が減っていると思われる神経衰弱についても検討すべきであろう。

特に、うつ病の早期発見、早期介入においてはプライマリケア医の役割は重大である。精神科医とプライマリケア医の連携においては精神疾患の病名、病態の共通の認識が不可欠である。今回、うつ病と適応障害の比較においては、「行いたい診断・治療」において、ともにうつ病が適応障害を大きく上回っていた。精神科治療経験のある医師からするとやや奇異に思えるこの結果は、単語からのイメージによる拒絶感や、病名の知名度が大きく結果に関与している可能性が考えられた。

精神疾患の病名と病態の認識に、精神科医、身体科医の間に大きなずれがあるのだとしたら、今後プライマリケア領域に精神科医療が

浸透していく際の弊害となる可能性があるかもしれないため、適切な診断名についての検討を行うことも示唆された。

今後さらに詳細な検討が必要と考えられ、より広い範囲での意見やエビデンスの蓄積が必要であると考えられた。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

論文

- (1) 岩永洋一、中根秀之、中根允文：DSMとICD -わが国における精神科診断システムの運用状況-。精神科 14 (1) : 58-66,2009
- (2) 岩永洋一、中根秀之、中根允文：うつ病周辺群についての考察～逃避型抑うつ の 1 症例を通して～。臨床精神医学 : 37 (9) : 1125-1128,2008
- (3) 一ノ瀬仁志、中根秀之:病名をどう告げるか。Schizophrenia Frontier 9(2): 17-21, 2008

学会報告

Hideyuki Nakane : Currently Use of Classification Systems for Psychiatric Diseases in Japan. 第 13 回環太平洋精神科医会議 (東京) ICD-11 Special Symposium H20 年 11 月

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文 献

- 1) American Psychiatric Association . Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text Revision. Washington DC : APA ; 2000 (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸ほか訳. DSM-IV-TR 精神疾患の分類・統計マニュアル新訂版. 医学書院, 2004)
- 2) WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical description and diagnostic guidelines ; WHO ; 1992 (融道男, 中根允文, 小見山実ほか訳 : 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新訂版, 医学書院, 東京, 2005)
- 3) WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Diagnostic criteria for research : WHO ; 1993 (中根允文, 岡崎祐士, 藤原妙子訳 : ICD-10 精神および行動の障害 DCR 研究用診断基準新訂版, 医学書院, 東京, 2008)
- 4) WHO . Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care : ICD-10 Chapter V Primary Care Version : WHO ; 1996 (中根允文, 吉武和康, 園田裕香訳 : ICD-10 プライマリ・ケア医における精神疾患の診断と治療指針, ライフサイエンス出版, 東京, 1998)
- 5) 武市 昌士、佐藤 武訳 : DSM-IV-PC プライマリ・ケアのための精神疾患の診断・統計マニュアル—ICD-10 コード対応, 医学書院, 東京, 1998

Appendix 1 プライマリケア医対象のアンケート調査票

プライマリケアにたずさわる医療職の方へ

このアンケートは、世界保健機関（WHO）によるICD-10精神障害のプライマリケア版の改訂作業を行うために、医療職の方からの貴重なご意見をお聞きするものです。これは、「こころの健康科学 研究事業：国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究（主任研究者：飯森真喜雄）：プライマリケアにおける診断分類の問題点（分担研究者：中根秀之）」によるアンケート調査です。この結果は、日本からの重要な情報発信の一部になります。

所要時間は5-10分程度ですので、ご多忙の折誠に申し訳ありませんが、どうぞご協力ください。

Q1. 先生の専門領域をお教えてください。

1.内科 2.外科 3.小児科 4.産婦人科 5.整形外科 6.皮膚科 7.耳鼻咽喉科 8.眼科 9.泌尿器科 10.麻酔科 11.形成外科 12.脳神経外科 13.総合診療科 14.その他（ ）

Q2. 先生の臨床経験年数をお教えてください。

（ ）年

Q3. 通常の診療では精神障害の診断において、何を参考にされていますか。

①伝統的診断 ②ICD-10 ③DSM-IV ④特に使っていない
⑤その他（ ）

Q4. 精神障害の診断システムについてどのようなものを希望されますか。

①精神科医と全く同じ診断システム
②精神科医版を修正したプライマリケア用に簡便化されたシステム
③プライマリケア独自のシステム
④特に必要はない

Q5. ご自身が考える精神障害の診断数はどのくらいが望ましいと考えますか。

①1-10 ②11-30 ③31-50 ④51-100 ⑤101-200 ⑥200以上

Q6. 以下の25の精神障害について、診断や治療についてどのようにお考えですか。各診断名について以下の4つの選択肢から一つずつ選んでください。

- (1) 積極的に行いたい
- (2) 機会があれば行いたい
- (3) あまり行いたくない
- (4) 全く行いたくない

	診断名	特徴	診断	治療
1	認知症（痴呆）	近時記憶の障害		
2	せん妄	思考や意識の混濁、錯乱		

3	アルコール使用による障害	多量飲酒、飲酒への強い欲求、離脱		
4	薬物使用による障害	薬物の大量・頻回使用、強い欲求、離脱		
5	タバコの使用による障害	有害な使用、依存		
6	慢性精神病	意欲低下、ひきこもり、奇異な行動		
7	急性精神病	幻覚、妄想、興奮		
8	双極性障害（双極性情緒障害、躁うつ病）	意欲と活動性亢進、落ち込んだ気分		
9	うつ病	落ち込んだ気分、悲哀感		
10	恐怖症性障害	特定の場所や出来事に対する強い恐怖感		
11	パニック障害	突然に始まる説明のつかない不安や恐怖の発作		
12	全般性不安	不安や緊張に伴う多彩な症状		
13	不安・うつ病混合状態	抑うつ気分、強い不安		
14	適応障害	ストレスに対する急性の反応		
15	解離性障害（転換ヒステリー）	心理的ストレスに関連した既知の疾患に合致しない身体症状		
16	説明不能な種々の身体症状	身体医学的に説明できない身体症状		
17	神経衰弱	精神的、身体的疲労感		
18	摂食障害	体重が増えることに対する病的な恐れ		
19	睡眠障害（不眠）	入眠困難、中途覚醒、熟眠障害		
20	性機能障害	勃起不全、性交疼痛症、性的欲求低下		
21	精神遅滞	精神的発達遅延による学習困難		
22	多動性（注意欠陥）障害	注意力の保持困難、衝動性		
23	行為障害	いじめ、非行		
24	遺尿症	排尿コントロール能力確立の遅延		
25	喪失体験後症候群	大切な人を亡くしたことによるうつ病状態		

ご協力誠にありがとうございました。

その他、何か精神科診断についてご意見があれば、ご自由にお書きください。

締め切り：平成21年1月31日 ご返信は、お手数ですが郵送もしくはFAX（番号）でお願いいたします。

また、このアンケートについて何かご不明な点などありましたら、下記までご連絡ください。

〒852-8501 長崎市坂本 1-7-1 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 医療科学専攻
展開医療科学講座 精神神経科学

中根秀之 Mail: nagasakipsy@yahoo.co.jp

平成 20 年度 分担研究報告書

国際疾病分類の改訂による社会的影響に関する研究
—司法精神医学の領域における国際疾病分類の使用の現状—

針間博彦

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学 研究事業）
「国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究」（主任研究者：飯森眞喜雄）
分担研究報告書

国際疾病分類の改訂による社会的影響に関する研究
-司法精神医学の領域における国際疾病分類の使用の現状-
針間博彦、小池純子、大澤達哉、黒田治¹⁾

1) 東京都立松沢病院

研究要旨

司法精神医学の中で措置入院と司法精神鑑定という 2 つの主要な領域における ICD-10 の使用について調査し、その現状の解析と問題点の検討を行った。これらの領域では精神医学の専門家以外に対する診断の説明がとくに求められるが、調査の結果、いずれの領域においても ICD-10 はその意図に反して十分に活用されておらず、むしろなお従来診断が用いられる傾向が認められた。

A. 研究目的

国際疾病分類(ICD)の改訂による社会的影響を検討するにあたっては、その出発点として臨床、司法、行政などの各領域において ICD 第 10 版(ICD-10)がいかにより用いられているかに関する現状を調査する必要がある。本報告ではまず司法精神医学の領域を取り上げ、そこでの診断における ICD-10 の使用の実態を調査し、問題点を検討する。司法精神医学領域のうち、第 1 に、精神科救急および緊急医療を中心とする措置診察・措置入院について、第 2 に刑事訴訟過程における司法精神鑑定について調査する。

1. 措置入院

措置診察は精神障害の存在と自傷他害のおそれから行政処分としての非自発的入院である措置入院の可否を決定するものであり、その場合の医学的判断と ICD-10 による診断との関連を調査する。

2. 司法精神鑑定

我が国の刑事訴訟過程において責任能力が争点になると、裁判官または検察官の依頼を経て、精神科医によって精神鑑定が行われる。鑑定結果の報告において、精神科医は責任能力判断のみならず、その根拠の一つとなる精神医学的診断の妥当性等の説明が必要とされるが、その説明に際しては精神医学の専門家ではない裁判官などの理解のために、近年は操作的診断基準を採用することが有用であると指摘されている。しかし、精神鑑定事例は高度なプライバシーを含むことから、それに直接関わった鑑定人しかその事例について知る機会が与えられず、長い間精神鑑定における精神医学的診断がどのように行われているかの実態が不明であった。

本研究では施設や地域に偏らない全国の裁判精神鑑定事例の調査により、司法精神医学領域、特に精神鑑定における精神科医の操作的診断基準の採用頻度、診断の傾向等を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1. 措置入院

対象者は、2004年7月15日から2007年7月14日までに、東京都立松沢病院に措置入院した患者664名を病歴検索システムから抽出し、このうち2007年7月末日までに退院をした430名を研究の対象とした。

方法は措置入院患者の診療記録および閲覧可能な場合は措置入院に関する書類（東京都の精神科救急受理票、措置入院に関する診断書）を参照し、著者らが作成した「措置入院に関する調査票」に情報をコード化して転記した。調査項目は人口統計学的データ、申請の形式、入院時および退院時の診断などである。

倫理的配慮として、カルテの閲覧の際に都立松沢病院の「医学研究等における診療録等の閲覧・貸出における保有個人情報の管理、運用の方針について」を厳守した。また記載にあたって個人が特定できないように十分配慮した。実施にあたり、都立松沢病院の承認を得た。

調査は既存資料のみを用いたため、プライバシーは保護され調査対象者に不利益は生じない。

2. 司法精神鑑定

対象は、わが国の刑事訴訟過程において責任能力が争点となり、公判中に責任能力鑑定が行なわれ、既に刑が確定した事例のうち、最高裁が把握する事例50例の、証拠採用されたすべての鑑定書71例である。事例の刑の確定時期は平成8年1月1日～平成17年12月31日の10年間である。

方法は、各鑑定書から診断を抽出し、ICD-10、DSM-IV、伝統的診断のいずれにより診断されているかを区別して集計した。また、本研究においてすべての診断をICD-10に対応させ統一し、F1～F9、およびその他に分け

て集計した。

倫理面への配慮であるが、精神鑑定事例は、被鑑定人のみならず被害者情報などの高度なプライバシーを含む。そのため、対象の収集に当たっては、刑事訴訟法第53条「訴訟記録の公開」を根拠に、その手続きを定めた刑事確定訴訟記録法に基づいて調査した。具体的には各鑑定書を保管する地方検察庁に研究の趣旨等を文書で説明し、法に基づいて閲覧・謄写を申請し、鑑定書の目的外使用について法を遵守することを条件に各保管検察官の許可を得て入手した。そして、各鑑定書は各地方検察庁の基準で被告人や関係者の氏名、生年月日、前科などが消去されており、一部の検察庁には個人情報取扱についての誓約書を提出し、公開が原則の裁判記録ではあるものの各事例が同定されないよう配慮した。

C. 結果

1. 措置入院

a) 対象者の内訳

対象者の年齢は、20歳代～40歳代の患者の割合が高く、全体のおよそ8割を占めている。性別は男性が約55%、女性が約45%と、わずかに男性が多かった。措置入院の契機となった通報等の形式は、警察官の通報（精神保健福祉法24条）が95.8%と最も多く、次いで検察官の通報（同法25条）、精神病院の管理者による通報であった。

b) 入院時診断名

表1には、入院時に表記されていた診断名を列挙し、これがICD-10、DSMIV-TRおよび従来診断のいずれに相当するかを示した。主な診断名は、統合失調症が35.3%、急性精神病が26.0%、覚醒剤精神病が7.9%、うつ病が5.8%、人格障害が5.3%であった。

下された診断名数は合計で41に及ぶが、これらのうちICD-10に基づく診断が13、DSMIV-TRに基づく診断が4、従来診断が24

であり、従来型の診断名が用いられている場合が最も多かった。

措置診断書は2006年に改定され、ICD-10による診断コードを記載する欄が設けられている。都立松沢病院では2006年11月より、この書式が用いられているため、それ以降に措置入院をした患者76名(17.7%)について、診断別の人数を表1に記載した。これらの例に関しても、急性精神病、覚醒剤精神病といった従来診断がなお用いられている一方、ICD-10による診断コードが表記されていない診断書が17名(22.4%)に見られた。

c) 退院時診断

都立松沢病院では、診断にはICD-10による診断コードを付記されるので、退院時診断もすべてICD-10の診断カテゴリーに分類される。

それによる診断カテゴリーの各群の患者数を図に示した。症状性を含む器質性精神障害(F0)は、全体の2.8%であり、下位分類として最も多かったものは脳損傷、脳機能不全および身体疾患による他の精神障害(F06)であった。精神作用物質使用による精神および行動の障害(F1)は全体の17.4%に見られ、下位分類はカフェインおよび他の精神刺激薬使用によるもの(F15)、アルコール使用によるもの(F10)、多剤使用および他の精神作用物質によるもの(F19)であった。統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害(F2)は全体に占める割合が最も多く、半数以上である。下位分類は統合失調症(F20)、急性一過性精神病性障害(F23)がほとんどであり、それ以外の診断はごく少数であった。気分(感情)障害は全体数の7.0%の患者に見られ、その下位分類の内訳は躁病エピソード(F30)、双極性障害(F31)、うつ病エピソード(F32)であった。神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害(F4)は3.3%の患者に診断されており、そのうち重度ストレス反応および適応障害(F43)が最も多かった。成人のバ

ーソナリティ障害および行動の障害(F6)は、全体の10%程であり、F2、F1に次いで多いカテゴリーであった。その全例が特定のパーソナリティ障害(F60)であった。精神遅滞(F7)が主診断となった患者は7名(1.8%)であり、軽度(F70)が4名、中度が3名であった。心理的発達の障害(F8)に該当する患者は3名(0.7%)とごく少数であり、その全例が広汎性発達障害(F84)であった。

生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群(F5)、特定不能の精神障害(F9)がコードされた例はなかった。

2. 司法精神鑑定

a) 対象の内訳

高等検察庁	地方検察庁数 (都道府県)	事例数	鑑定書数
札幌	1 (1)	5	7
仙台	0 (0)	0	0
東京	9 (7)	18	28
名古屋	5 (3)	7	11
大阪	5 (4)	9	9
広島	2 (2)	2	2
高松	2 (1)	2	4
福岡	7 (4)	7	10
合計	31 (22)	50	71

b) 診断の方法 (n=71)

診断方法	鑑定書数
ICD	8(11.2%)
DSM	9(12.6%)
ICD+DSM	10(14.0%)
その他	44(61.9%)

c) 診断の内訳 (のべ数。本研究でICDに統一)

診断	鑑定書数
F0	3
F1	32
F2	22
F3	4
F4	5
F5	2
F6	30
F7	13
F8	1
F9	0
その他	2

D. 考察

1. 措置入院

措置入院時の診断は特定の医療機関の指定医が行うわけではないため、不特定多数の指定医による診断の現状が明らかになり得る。

調査結果を見ると、約半数で従来型診断が用いられており、次いでICD-10、DSM-IVが用いられている。

特に「急性精神病」は、精神科救急の現場では限られた時間の中で診断を行わなければならない中での暫定診断として用いられてきたものであるが、そのため同じく暫定診断としての使用が想定されているICD-10のF23が十分に利用されていないものと思われる。また「覚醒剤精神病」という診断は、急性中毒、精神病性障害、残遺性障害といったICD-10によるより厳密な診断区分が行われることなく、なお用いられていると考えられる。

2. 司法鑑定

我が国では年間2000例ほどの簡易鑑定が行われており、我が国における全精神鑑定からみるとその代表性には限界があるが、現在精神鑑定に関するデータベースは存在せず、また、自験例以外を対象とすることが困難な現在の状況では、わが国の裁判所を統括する最高裁判所の把握する事例を用いたことは現時点で行いうる最も有効な方法の一つと考えられる。そして、本研究は対象数71例、対象地域は22都道府県、31地方検察庁におよび、裁判鑑定事例調査としては前例のない大規模なものであり、精神鑑定例における診断の実態の一端を示すもので意義があると考えられる。

本研究の結果、操作的診断基準を使用していた鑑定書は約38%であった。そのうち、ICD-10のみ11.2%とDSM-IVのみ12.6%とほぼ同率で、その両方を用いていたものが最も

多く14%であった。現在、精神鑑定においてDSM-IVとICD-10のいずれが推奨されるということはないが、一部の診断においては両基準で相違があり、例えば統合失調症型人格障害はICD-10においては統合失調症圏の疾患として扱われ、DSM-IVでは2軸のパーソナリティ障害として扱われることから、いずれの操作的診断基準を採用するかで責任能力判断に大きな影響を与える可能性があり、今後検討が必要であると考えられる。

本研究では操作的診断基準を用いていないものが約62%に認められた。その理由として本研究の対象は平成8年当時の事例も含まれており現在ほど操作的診断基準が浸透していなかった可能性があること、鑑定場面においては診断が困難な事例が少なくなく操作的に診断できなかった可能性があること、内因・外因・心因など従来のドイツ精神医学的診断が必要になる場合もあることなどが推測される。操作的診断は裁判官など精神医学以外の専門家には伝統的診断よりも明確で理解されやすいものと考えられ、恣意的な診断を避けるうえで推奨されるものではあるが、本研究にみられたように多くの精神科医が伝統的診断に依っていたことは、司法精神医学領域においては操作的診断の問題点を示している可能性もあり、ICD-11への改定に向けてより詳細な検討が必要であると考えられる。

本研究においてすべての診断をICD-10に統一したところ、F9以外のすべてのカテゴリーを網羅していた。このことはほとんどすべての精神疾患が責任能力鑑定の対象となることを示している。その一方でF1、F2、F6、F7が多いことは、特にこれらのカテゴリーにおいて司法精神医学分野での重要度が高いことを示していると考えられる。

E. 結論

措置診断書にICD-10による診断コードの記載欄があるにもかかわらず、現状では措置