

Results (F8: Top 10)

Frequency of Use				Perceived Necessity		
Rank	Code	Diagnosis	Mean	Code	Diagnosis	Mean
1	F84	Pervasive developmental disorders	3.576	F84.5	Asperger's syndrome	4.212
2	F84.5	Asperger's syndrome	3.5	F84	Pervasive developmental disorders	4.1944
3	F84.0	Childhood autism	3.1284	F84.0	Childhood autism	4.1014
4	F84.9	Pervasive developmental disorders, unspecified	2.8756	F84.2	Rett's syndrome	3.8986
5	F84.8	Other developmental disorders	2.7742	F84.9	Pervasive developmental disorders, unspecified	3.8802
6	F84.1	Atypical autism	2.6468	F84.1	Atypical autism	3.8664
7	F81	Specific developmental disorders of scholastic skills	2.3624	F84.8	Other developmental disorders	3.8519
8	F84.4	Overactive disorder associated with mental retardation and stereotyped movements	2.3578	F81	Specific developmental disorders of scholastic skills	3.723
9	F81.8	Other development disorders of scholastic skills	2.3208	F84.3	Other childhood disintegrative disorder	3.6728
10	F84.2	Rett's syndrome	2.3073	F81.0	Specific reading disorder	3.6682

Results (F8: Bottom 10)

Frequency of Use				Perceived Necessity		
Rank	Code	Diagnosis	Mean	Code	Diagnosis	Mean
18	F88	Other disorders of psychological development	2.0505	F80.0	Specific speech articulation disorder	3.4907
19	F89	Unspecified disorder of psychological development	2.0415	F80.2	Receptive language disorder	3.4907
20	F84.3	Other childhood disintegrative disorder	2.0372	F80.8	Other developmental disorders of speech and language	3.463
21	F80.1	Expressive language disorder	2	F80.3	Acquired aphasia with epilepsy	3.446
22	F81.9	Developmental disorder of scholastic skills, unspecified	1.9816	F81.9	Developmental disorder of scholastic skills, unspecified	3.446
23	F80.0	Specific speech articulation disorder	1.9771	F82	Specific developmental disorders of motor function	3.4424
24	F80.2	Receptive language disorder	1.9679	F83	Mixed specific developmental disorders	3.3917
25	F83	Mixed specific developmental disorders	1.9677	F80.9	Developmental disorder of speech and language, unspecified	3.3774
26	F80.9	Developmental disorder of speech and language, unspecified	1.8899	F88	Other disorders of psychological development	3.3041
27	F80.3	Acquired aphasia with epilepsy	1.8211	F89	Unspecified disorder of psychological development	3.287

Results (F9: Top 10)

Frequency of Use				Perceived Necessity		
Rank	Code	Diagnosis	Mean	Code	Diagnosis	Mean
1	F90	Hyperkinetic disorders	3.1697	F90	Hyperkinetic disorders	4.1395
2	F95	Tic disorders	3.0833	F95	Tic disorders	4.0556
3	F90.0	Disturbance of activity and attention	2.9217	F91	Conduct disorders	3.9395
4	F91	Conduct disorders	2.8486	F90.0	Disturbance of activity and attention	3.9349
5	F95.1	Chronic motor or vocal tic disorder	2.8018	F95.2	Combined vocal and multiple motor tic disorder	3.9296
6	F90.1	Hyperkinetic conduct disorder	2.7834	F90.1	Hyperkinetic conduct disorder	3.893
7	F95.0	Transient tic disorders	2.7742	F95.0	Transient tic disorders	3.8837
8	F95.2	Combined vocal and multiple motor tic disorder (de la Tourette's syndrome)	2.7546	F95.1	Chronic motor or vocal tic disorder	3.8837
9	F94.0	Elective mutism	2.7189	F94.0	Elective mutism	3.8102
10	F94	Disorders of social functioning with onset specific to childhood and adolescence	2.5806	F94	Disorders of social functioning with onset specific to childhood and adolescence	3.7824

Results (F9: Bottom 10)

Frequency of Use				Perceived Necessity		
Rank	Code	Diagnosis	Mean	Code	Diagnosis	Mean
37	F94.8	Other childhood disorders of social functioning	2.0553	F93.8	Other childhood emotional disorders	3.4167
38	F93.9	Childhood emotional disorder, unspecified	2.0512	F94.9	Childhood disorder of social functioning, unspecified	3.4028
39	F98.4	Stereotyped movement disorders	2.037	F94.8	Other childhood disorders of social functioning	3.3843
40	F92.9	Mixed disorder of conduct and emotions unspecified	2.0369	F98.6	Cluttering	3.3785
41	F98.3	Pica of infancy and childhood	2.0093	F98.9	Unspecified behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence	3.3785
42	F98.9	Unspecified behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence	2.0047	F98.8	Other specified behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence	3.3598
43	F98.2	Feeding disorder of infancy and childhood	1.9861	F99	Mental disorder, not otherwise specified	3.3519
44	F98.8	Other specified behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence	1.9721	F92.8	Other mixed disorders of conduct and emotions	3.3395
45	F99	Mental disorder, not otherwise specified	1.9676	F92.0	Depressive conduct disorder	3.3302
46	F98.6	Cluttering	1.9299	F92.9	Mixed disorder of conduct and emotions, unspecified	3.3256

Discussion

- All categories compared, items in some categories (e.g. F3) were overall highly evaluated than ones in other categories (e.g. F9).
- All items received higher evaluation for perceived importance than for frequency of use. Items that scored high on frequency of use generally scored high on perceived importance also, but not vice versa (i.e. items not frequently used could be considered important nonetheless).
- "Unspecified" and "other" items, as opposed to specific ones, generally were neither used frequently nor considered important.

Discussion (Cont.)

- Problems related to alcohol were most prominent in F1
- Depressive and bipolar disorders received highest attention in F3
- Neurasthenia was almost completely disregarded in F4
- Eating and sleeping disorders received highest scores, whereas sexual problems received lowest in F5
- "Unspecified" and "other" diagnoses received high scores only in F8.

Conclusion

- Diagnoses used frequently and not so frequently in clinical settings were clarified, but the frequency of use was not the sole determinant for the perceived importance of diagnoses: psychiatrists seem to have assigned the importance of each diagnosis, regardless of how frequently it is used.

平成 21 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）
分担研究報告書

国際的診断基準の問題点に関する研究

研究分担者

丸田 敏雅（東京医科大学精神医学講座 講師）

研究協力者

松本 ちひろ（東京医科大学精神医学講座 研究助手）

研究要旨

本研究では、日本精神科診断学会会員計 452 名、各大学精神医学講座担当者 80 名の合計 532 名を対象に行われた。合計 245 名から返答を得た（回収率：46.1%）。

本研究の結果から、総じて変革よりは現状維持を支持する回答者が大幅に上回ったといえるであろう。象徴的であるのが b) から得られた結果で、双極性障害を精神病的障害のひとつとする提案は遺伝学的根拠に基づくものであるとの注釈にも関わらず、この流れに反対、つまり現行の気分障害のひとつとみなす回答が大多数を占める結果となった。診断基準への障害の包含についても、従来の診断分類システムの在り方を支持する回答が半数を占めた。現在の本国の現状に照らし合わせ、急激な変化を望むほど現在の診断分類システムに関し不満はないが、改善の余地を見出し、また変化に対し柔軟であろうとする姿勢が回答結果からうかがえる。

現在問題点として挙げられた NOS 診断と Co-morbidity に関しては、臨床の現状を考えるとやむを得ないとの回答が全体的に多数を占めた。前述の大幅な変化に慎重な姿勢を考え合わせれば、NOS 診断と Co-morbidity ともに少ないには越したことがないが、そのために大幅な変化を要するほどの緊急性はないと判断した回答者が多数であったと思われる。

A. 研究目的

本研究の目的は、ICD 改訂に際し特に検討が重要と思われる課題についての意見を集約することである。本研究における質問項目は、国際的視野（ICD に関しては主に WHO、DSM に関しては DSM タスクフォースの活動）および本国における動向を踏まえ、本研究が検討を要すると判断したものを中心に抽出された。

B. 研究方法

本研究では、日本精神科診断学会会員計 452 名、各大学精神医学講座担当者 80 名の合計 532 名を対象に行われた。質問紙は対象者全員に郵送され、合計 245 名から返答を得た（回収率：46.1%）。回答者は男性 219 名女性 25 名を含み、平均年齢は 50.0 歳（SD=12.9）、平均経験年数は 23.9 年（SD=12.4）であった。

なお本稿は、本研究班の分担研究者である大野氏と共同で行われ、ここに報告する研究

結果は共同研究から得られた結果の一部をまとめたものである（ICD および DSM の関連性についての質問項目に関しては、大野氏の研究報告を参照）。本稿では主に、これまで WHO および DSM タスクフォースの活動の経緯から問題点として浮かび上がった項目を報告の対象とする。

C. 研究結果

本稿は、以下五項目に対し得られた回答についての結果である（具体的な質問および選択肢については表を参照）。

- a) 日本における精神障害名がスティグマ軽減の目的からいくつか改称されたが、英語でも改称変更を考慮すべきか
- b) 現在双極性障害は気分障害とみなされているが、遺伝子学的観点から精神病性障害に分類されるべきか
- c) ICD も DSM にならい、障害（Disability）およびその程度を診断対象に含めるべきか
- d) ICD-11 において、NOS（「その他」「特定不能」）診断はどう対処されるべきか
- e) ICD-11 において、co-morbidity はどう対処されるべきか

- a) 英語におけるスティグマが懸念される呼称の変更について

英語においても呼称に関する議論が必要とする声が 1 割に満たず、その必要はないとする意見が大半を占めた。

- b) 双極性障害の分類について

ICD、DSM 両改訂作業において双極性障害を精神病障害とするモデルが一旦は提示されたが、これに賛同する意見を反対意見が大きく上回ることとなった。しかし見方を変えれば、3 割近くの回答者が従来診断の枠組みから大きく逸脱する路線を支持したことを示しており、解釈が難しい結果となった。

- c) 障害を診断の対象とする選択肢について

約半数の回答者が従来通り障害およびその程度を診断対象としない方向性を支持する結果となった。一方障害を含むべきとする 22% に対し回答保留が 32% にのぼり、全体として障害を診断対象からまったく排する診断分類システムには一定の躊躇がうかがえる結果となった。

- d) NOS 診断に関して

45% の回答者が、NOS 診断が少なくなる診断基準が望ましいとの意見を支持する結果となった。しかし一方で、さまざまな理由から頻発する NOS 診断はやむを得ないとする声を合わせると過半数となる結果もあり、全体として、NOS 診断は少ない方が望ましいが現実的にはやむを得ないとする傾向がうかがえる。

- e) Co-morbidity に関して

操作的診断基準の特性上やむを得ないとする回答者が約半数にのぼり、そのような病態が多いのでやむを得ないとする回答も合わせると「やむを得ない」とする回答は 7 割にのぼる。Co-morbidity が少なくなるような診断基準が望ましいとする回答は 3 割にとどまり、高い Co-morbidity rate を診断分類システムによるものとみる声は少ないものと推測される。

D. 考察

本研究の結果から、総じて変革よりは現状維持を支持する回答者が大幅に上回ったといえるであろう。象徴的であるのが b) から得られた結果で、双極性障害を精神病性障害のひとつとする提案は遺伝学的根拠に基づくものであるとの注釈にも関わらず、この流れに反対、つまり現行の気分障害のひとつとみなす回答が大多数を占める結果となった。診断基準への障害の包含についても、従来の診断分類システムの在り方を支持する回答が半数を占めた。

しかし見方を変えれば、現状維持ではなく変革に慎重な姿勢が前面に出た結果とも捉えることができるであろう。これまでの常識をいわば覆すような提案である「双極性障害を精神病性障害に」という項目では賛成が少数にとどまったが、診断基準での障害の包含については判断を控える回答が3割を超えた。現在の本国の現状に照らし合わせ、急激な変化を望むほど現在の診断分類システムに関し不満はないが、改善の余地を見出し、また変化に対し柔軟であろうとする姿勢が回答結果からうかがえる。

現在問題点として挙げられた NOS 診断と Co-morbidity に関しては、NOS 診断をなるべく少なくする診断システムを希望はしているが、Co-morbidity に関しては、「操作的診断基準の特性上やむを得ない」が約半数であった。

E. 結論

本研究の結果から、現行の ICD-10 から、大幅な改訂よりは現状維持を支持する回答者が大幅に上回ったといえる。現在問題点として挙げられた NOS 診断と Co-morbidity に関しては、どのような改善策が期待できるのか今後検討した。

F. 健康危険度

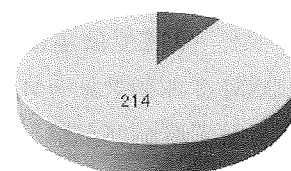
特記なし

G. 研究発表

なし

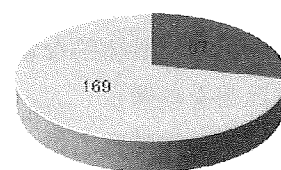
H. 知的財産権の出願・登録状況

スティグマが懸念される英語の呼称変更を



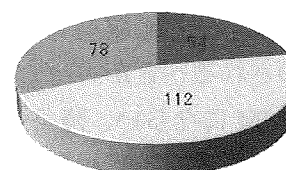
■考えるべき ■考える必要なし

双極性障害を精神病性障害とすることに



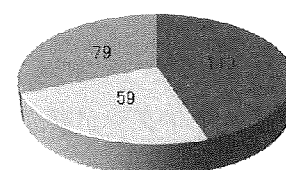
■賛成 ■反対

ICDは障害を



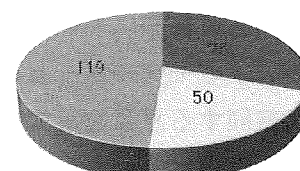
■基準に含むべき
■基準に含むべきでない
■どちらともいえない

NOS診断に関して



■NOS診断が少なくなる診断基準が望ましい
■NOSの病態が多いのでやむをえない
■操作的診断基準の特性上やむを得ない

Co-morbidityに関して



■Co-morbidityが少なくなる診断基準が望ましい
■NOS病態が多いのでやむをえない
■操作的診断基準の特性上やむを得ない

				回答者 総数	
性別					
		男性	219	89.8%	244
		女性	25	10.3%	
年齢					
		Mean=50.0		SD=12.9	245
経験年数					
		Mean=23.9		SD=12.4	245

			回答者 総数
日本では、精神分裂病が統合失調症に、痴呆が認知症に呼称変更されたのに対し、原版（英語）では、現在そのままである。これについて、いくつかの診断名はスティグマをはらんでいるので、英語でも呼称変更を			
考えるべき	21	8.9%	235
考える必要なし	214	91.1%	
現在、うつ病（大うつ病）と双極性障害は、気分（感情）障害としてまとめられている一方で、分子遺伝学的には、双極性障害は統合失調症により近い疾患であるとして、精神病性障害としてこれらを一緒にすべきであるという意見もある。これに関して			
賛成	67	28.4%	236
反対	169	69.3%	
ICD は ICF などを活用して診断基準に Disability を含まない方向を目指し、一方、DSM では「臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害」などの基準が診断基準に含んだ構造になっている。これに関して ICD は			
Disability を含むべき	54	22.1%	244
Disability を含むべきでない	112	45.9%	
どちらともいえない	78	32.0%	
ICD-11 に向けて「使用しやすさ」が大きな課題となっている。現在の診断分類を用いると「その他の」、「特定不能の」などの、いわゆる NOS 診断が多くなるという指摘がある。これに関して			
なるべく NOS 診断が少なくなるような診断基準を作って欲しい	113	45.0%	251
臨床で実際、NOS の病態が多いのでやむを得ない	59	23.5%	
操作的診断基準の特性上やむを得ない	79	31.5%	
ICD-11 に向けて co-morbidity も大きな問題となっている。これに関して			
なるべく co-morbidity が少なくなるような診断基準を作って欲しい	75	30.7%	244
臨床で実際、NOS の病態が多いのでやむを得ない	50	20.5%	
操作的診断基準の特性上やむを得ない	119	48.8%	

平成 21 年度 分担研究報告書

診断分類の枠組に関する研究 ー我が国の精神科診断についてのアンケート調査ー

染矢 俊幸

平成 21 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）
分担研究報告書

診断分類の枠組に関する研究
－我が国の精神科診断についてのアンケート調査－

研究分担者

染矢 俊幸（新潟大学大学院医歯学総合研究科精神医学分野 教授）

研究要旨

我が国の精神科医がどのような診断分類の枠組でどのように診断しているかを調査し、その問題点を明らかにすることを目的にアンケート調査を実施した。代表的な 4 領域の精神疾患の確定診断法について質問したところ、我が国の精神科医の診断様式の問題点が明らかになったため、その改善策について考察した。

A. 研究目的

操作的診断基準の登場より約 30 年が経ち、その使用に関する実態調査（Someya et al., 2001、Nakane et al., 2002、中峯ら., 2007）によって我が国においても若年層を中心にその使用の拡がりが見られている。一方、高年齢層を中心にいわゆる伝統的診断と総称される診断様式を用いる群も少なからず存在し、診断分類や診断方法には多様性が見られる。そこで現在、我が国の精神科医がどのような診断分類の枠組で、どのように診断しているかを調査し、その問題点を明らかにすることを目的にアンケート調査を実施した。

B. 研究方法

2009 年 5 月～6 月に新潟、栃木、岐阜、滋賀の 4 地域の精神科医へアンケート用紙（表 1）を配布し、327 名の精神科医より回答を得た。主に使用する診断体系、代表的な 4 領域（器質性、精神病性、パーソナリティ、神経症性）の精神疾患[アルツハイマー型認知症、統合失調症、パーソナリティ障害、社交不安

障害（社交恐怖）]の診断確定法[1. ICD-10 の記述を読み直す（ICD-10 の記述）、2. DSM-IV の手引きの診断基準に従って診断を進める（ミニ D）、3. DSM-IV 精神疾患の診断統計マニュアルテキストを思い浮かべたり読み直したりして、参考にする（DSM テキスト）、4. 症状評価尺度や心理テストなど他の検査を実施してその結果を参考にする（検査を参考）、5. 精神医学の教科書を読む（教科書を読む）、6. より時間をかけて診察し直す（診察し直す）、7. 「…の疑い」のまま治療をはじめて治療に対する反応や状態像の変化をみて診断を確定する（経過をみて診断）]について質問した。回答者を DSM-III、IV、IV-TR や ICD-10-DCR（研究用診断基準）などを用い、診断において操作的診断基準を重視する「基準派」と、いわゆる伝統的診断や ICD の記述（概念）などを用い、診断において記述的診断方法を重視する「記述派」に分け、両群の比較を中心に解析を行った。

（倫理面への配慮）

アンケートが本研究に使用されることは書面にて説明されており、またアンケートは匿名で行われたため、本研究において倫理面で

表 1. アンケートの内容

- ① 日常の診療で新来患者の診断（又は再来患者で診断治療を見直し）をする場合に、主に使用する診断体系はどれですか。1 つに○をつけてください。
 1. いわゆる伝統的診断
 2. ICD8 または 9
 3. ICD-10 の記述（の概念）
 4. ICD-10-RDC（研究用診断基準）
 5. DSM-III または DSM-III-R
 6. DSM-IV
 7. DSM-IV-TR
- ② 以下の 4 つの疾患各々について、その疾患が疑われる患者について診断を確定するにはどのようにしておられますか。1 つに○をつけてください。
 - a. アルツハイマー型認知症
 1. ICD-10 の記述を読み直す
 2. DSM-IV の手引き（ミニ D）の診断基準に従って診断を進める
 3. DSM-IV 精神疾患の診断統計マニュアルのテキスト（記述的特徴、関連する検査所見、特有の文化年齢性別に関する特徴、有病率、経過、家族発現様式、など）を思い浮かべたり読み直したりして、参考にする
 4. 症状評価尺度や心理テストなど他の検査（画像検査、神経心理学的検査を含む）を実施してその結果を参考にする
 5. 精神医学の教科書を読む（書名：_____）
 6. より時間をかけて診察しなおす
 7. 「…の疑い」のまま治療をはじめて治療に対する反応や状態像の変化をみて診断を確定する
 - b. 統合失調症

*選択肢は a. と共通
 - c. パーソナリティ障害

*選択肢は a. と共通
 - d. 社交不安障害（社交恐怖）

*選択肢は a. と共通

の問題はないと考えられる。

C. 研究結果

1) 主に使用する診断体系について

1. いわゆる伝統的診断が 66 名 (20.2%)、2. ICD8 または 9 が 1 名 (0.3%)、3. ICD-10 の記述（概念）が 94 名 (28.7%)、4. ICD-10-DCR (研究用診断基準) が 9 名 (2.8%)、5. DSM-III または DSM-III-R が 1 名 (0.3%)、6. DSM-IV が 21 名 (6.4%)、7. DSM-IV-TR が 133 名 (40.7%) で無効回答が 2 名であった。1、2、3 と回答したものは記述的診断方法を重視する「記述派」(161 名、49.2%)、一方、4、5、6、7 と回答したものは操作的診断基準を重視する「基準派」(164 名、50.2%) と定義した。

2) 代表的な 4 領域の精神疾患の診断確定法 (表 2)

a. アルツハイマー型認知症

「検査を参考」にするものが全体の中 241 名 (73.7%) おり、基準派 120 名 (73.1%)、記述派 121 名 (75.2%) と両派ともに最も多かった。確定診断に国際的診断基準 (ICD もしくは DSM) を用いる群が全体で 43 名、13.1% (「DSM テキスト」5.2%、「ICD-10 の記述」4.6%、「ミニ D」3.4%) と少なく、基準派でも 27 名 (16.4%) しかいなかった。(記述派は 16 名、9.9%)

b. 統合失調症

記述派の 79 名 (49.1%) が「経過をみて診断」と回答したのに対し、基準派では「DSM テキスト」が 66 名 (40.2%) と最も多く、「ミニ D」も 36 名 (22.0%) いた。記述派では国際的診断基準を用いない群が 129 名、80.1% (「経過をみて診断」49.1%、「診察し直す」17.4%、「検査を参考」13.7%) に上った。

c. パーソナリティ障害

記述派の 61 名 (37.9%) が「経過をみて診

表 2. 代表的な 4 領域の精神疾患の診断確定方法の割合

	アルツハイマー型 認知症		統合失調症		パーソナリティ障害		社交不安障害	
	全体 [人数 (%)]		全体 [人数 (%)]		全体 [人数 (%)]		全体 [人数 (%)]	
	記述派	基準派	記述派	基準派	記述派	基準派	記述派	基準派
1. ICD-10 の記述	15 (4.6%)		24 (7.3%)		31 (9.5%)		59 (18.0%)	
	14 (8.7%)	1 (0.6%)	21 (13.0%)	3 (1.8%)	29 (18.0%)	2 (1.2%)	54 (33.5%)	5 (3.1%)
2. ミニ D	11 (3.4%)		39 (11.9%)		41 (12.5%)		60 (18.3%)	
	0 (0.0%)	11 (6.7%)	3 (1.9%)	36 (22.0%)	6 (3.7%)	35 (21.3%)	8 (5.0%)	52 (31.7%)
3. DSM テキスト	17 (5.2%)		73 (22.3%)		61 (18.7%)		78 (23.9%)	
	2 (1.2%)	15 (9.1%)	7 (4.3%)	66 (40.2%)	13 (8.1%)	48 (29.3%)	16 (9.9%)	62 (37.8%)
4. 検査を参考	241 (73.7%)		29 (8.9%)		50 (15.3%)		35 (10.7%)	
	121 (75.2%)	120 (73.1%)	22 (13.7%)	7 (4.3%)	29 (18.0%)	21 (12.8%)	19 (11.8%)	16 (9.8%)
5. 教科書を読む	1 (0.3%)		1 (0.3%)		1 (0.3%)		0 (0.0%)	
	0 (0.0%)	1 (0.6%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)	1 (0.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
6. 診察し直す	8 (2.4%)		41 (12.5%)		34 (10.4%)		35 (10.7%)	
	6 (3.7%)	2 (1.2%)	28 (17.4%)	13 (7.8%)	20 (12.4%)	14 (8.5%)	21 (13.0%)	14 (8.5%)
7. 経過をみて診断	31 (9.5%)		118 (36.1%)		103 (31.5%)		56 (17.1%)	
	16 (9.9%)	15 (9.1%)	79 (49.1%)	39 (23.8%)	61 (37.9%)	42 (25.6%)	40 (24.8%)	16 (9.8%)

* 記述派、基準派の%はそれぞれの群の全体数を分母としたもの

断」と回答したのに対し、基準派では「DSM テキスト」が 48 名 (29.3%) と最も多く、「ミニ D」も 35 名 (21.3%) いた。記述派では国際的診断基準を用いない群が 111 名、68.9% (「経過をみて診断」 37.9%、「検査を参考」 18.0%、「診察し直す」 12.4%、「教科書を読む」 0.6%) に上り、両派ともに統合失調症と同様な傾向が認められた。

d. 社交不安障害 (社交恐怖)

基準派で 72.6% (「DSM テキスト」 37.8%、「ミニ D」 31.7%、「ICD-10 の記述」 3.1%)、記述派でも 48.4% (「ICD-10 の記述」 33.5%、「DSM テキスト」 9.9%、「ミニ D」 5.0%) において国際的診断基準が使われていた。

D. 考察

代表的な 4 領域の精神疾患の診断確定法に

おいて記述派では「ICD-10 の記述」や「検査を参考」にし、さらに「経過をみて診断」する傾向が強いことが示されたが、疾患によって重視するポイントは異なっていた。

以下に疾患ごとの診断における問題点を挙げ、それらの問題点に対する改善策について考察した。

1) アルツハイマー型認知症

アルツハイマー型認知症では「検査を参考」にする群が両派ともに最多で、確定診断に診断基準を参考にするものは全体で約 13%と少なかった。これは器質的要因が比較的明らかな疾患にも関わらず、画像など検査所見が (DSM マニュアルテキストには記載があるが) 診断基準自体に含まれていないためと考えられ、疾患記述や基準では診断していないという実態が明らかにされた。こうした疾患

領域では診断基準に検査所見を組み入れるなどの改善が診断分類の妥当性を高めるために必須と思われた。

2) 統合失調症とパーソナリティ障害

統合失調症とパーソナリティ障害は傾向が似ており、記述派は「経過をみて診断」、基準派は DSM を用いる群が多かったが、記述派で診断確定に国際的診断基準を用いない群が統合失調症で約 8 割、パーソナリティ障害で約 7 割もいた。その群のなかで最も多い「経過をみて診断」というのは経験ある精神科医の常識的対応と思われるが、精神科医個々の臨床技能によってその間の対応が大きくバラつくことが懸念される。「経過をみて診断」する群も確定診断するまでの間にいくつかの鑑別診断を考慮して対応していると考えられるが、鑑別診断に迷うグループを特性によっていくつかに分類し、治療に対する反応など、その後の経過で明らかになりやすい鑑別点を診断基準に組み入れることで、診断保留や暫定診断の症例への対応のバラつきを減らす工夫が必要と思われた。

3) 社交不安障害（社交恐怖）

DSM で新しく定義された社交不安障害は基準派で約 7 割、記述派でも約 5 割において国際的診断基準が使われており、4 疾患の中では最も診断基準に準拠され診断信頼性が高いと考えられた。しかし、いわゆる伝統的診断にはない新しい概念である社交不安障害の確定診断に国際的診断基準を用いない群が全体で約 4 割もあり、診断信頼性は決して十分

とはいえない。診断分類の枠組自体の妥当性は作成者側がその責任を負うところであるが、信頼性を高めるには使用者側がその責任を負う必要があり、そうした質の担保を行うようなシステムの構築が必要と考えられた。

E. 結論

今回のアンケート調査で、現在の診断分類の枠組みにおける我が国の精神科医の診断様式の問題点が明らかになったため、それらの問題点に対する改善策を考察した。今後、本調査で明らかとなった問題点が改善され、診断分類の枠組みがより有益なものに改変されていくことを期待したい。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表

精神科疾患の診断をめぐる諸問題－精神科医 327 名のアンケート調査から－. 精神医学 (印刷中)

2. 学会発表

プレナリーセッション「精神科疾患の治療と告知と診断学－精神科医 327 名のアンケート調査から－」, 2009.10.16, 東京

H. 知的財産権の出願・登録情報

特記事項なし

平成 21 年度 分担研究報告書

ICD-11 改訂作業に対する本邦精神科医の
見解に関する研究

大野 裕

平成 21 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）
分担研究報告書

ICD-11 改訂作業に対する本邦精神科医の見解に関する研究

研究分担者

大野 裕（慶應義塾大学保健管理センター）

研究協力者

丸田 敏雅（東京医科大学）、松本 ちひろ（東京医科大学）

研究要旨

現在、ICD-11、DSM-V に向けて、WHO および APA がそれぞれ改訂作業を進めていることから、現時点でのわが国の精神科医の改訂に対する意見を集約する目的で本研究を行った。その結果、わが国の精神科医は、ICD および DSM の改訂作業への関心は高いが、情報を積極的には集めていないことがわかった。ICD と DSM の改訂作業に関しては、大幅な改訂は避けるべきだと考える専門家が多く、閾値下の精神疾患の導入には慎重な態度をとる専門家が多かった。ICD と DSM の統合に対する意見は二分され、ディメンションによる診断分類システムを追加する案については情報不足を指摘する専門家が多かった。また、今後の診断学の主要な流れの一つとして、米国 NIMH が開始した生物学的な知見に基づく診断分類システムを作る作業 Research Domain Categories (RDoC) に対しては好意的に受け止めている専門家が多かった。以上の所見は、それ自体が ICD の改訂作業に寄与するデータであるが、それと同時に、わが国の精神科医が多くの情報を持つことで、改訂作業に対してさらに有意義な提言ができる可能性が示唆された。

A. 研究目的

現在、ICD-11、DSM-V に向けて、WHO および APA がそれぞれ改訂作業を進めている。現時点で、ICD-11 は 2015 年からの導入を計画しており、一方、DSM-V は 2012 年に完成予定であると言われている。しかし、その一方で、作業の遅れや情報の開示不足、ICD と DSM の統合 harmonization など、様々な課題が指摘されている。そこで、ICD-11 の改訂作業を進めている WHO に提言することを目地的として、わが国でとくに診断に関心が高いと考えられる講座担当者および日本精神科診

断学会会員の意見を求めるためにアンケートを行った。

B. 研究方法と方法

調査協力者は、講座担当者および日本精神科診断学会会員であり、平成 21 年末にアンケート（内容に関しては資料を参照）を郵送して回収した。回答者数は、532 人配布中 245 人（46%）であった。回答者の性別は、男性 216 人（90%）、女性 25 人（10%）、平均年齢は 48.9 歳（標準偏差 12.8）、平均臨床経験年数は 23.3 歳（標準偏差 12.3）であった。

C. 研究結果

以下に、Q4 から Q10 までの回答の分布を示す。

Q4. ICD と DSM の改訂作業が始まっていますが、先生はこの経過に関心がおありでしょうか。

- ① 関心があつて、積極的に情報を集めている 50 (21%)
- ② 関心があるが、積極的には情報を集めていない 187 (77%)
- ③ 関心がない 6 (2%)

Q5. 各疾患の個々の操作的診断基準を改定することに対して、現在の記述は不十分なので大幅に改訂する必要があるという意見と、十分なデータがそろっていないので混乱を避けるために改訂は最小限とし、改訂箇所はエビデンスが十分に得られている部分に限定すべきだという意見があります。先生のご意見をお聞かせください。

- ① 診断基準を大幅に改訂すべきである 46 (19%)
- ② 診断基準の改定は最小限に抑えるべきである 194 (81%)

Q6. 閾値下の精神疾患(統合失調症の前駆状態、閾値下うつ病など)を診断カテゴリーに加える案があります。それに対して、精神疾患を予防するために有用であるという意見と、患者を増やして過剰な治療が行われることになり有害であるという意見があります。先生のご意見をお聞かせください。

- ① 閾値下の精神疾患を診断カテゴリーに加えるべきである 95 (40%)
- ② 閾値下の精神疾患を診断カテゴリーに加えるべきでない 144 (60%)

Q7. ICD と DSM の二つの診断分類システムがあることに対して、性質が違うものなので

そのままが良いという意見と、不便なので一つにまとめるべきだという意見があります。先生のご意見をお聞かせください。

- ① 二つあるままで良い 117 (48%)
- ② 一つにまとめるべきだ 126 (52%)

Q8. 診断分類システムを一つにまとめる場合に、それぞれの特長をいかして、おもに臨床診断で用いる疾患の概略は ICD を、おもに研究で用いる診断基準の部分は DSM を用いるという提案があります。先生のご意見をお聞かせください。

- ① この提案に賛成 101 (42%)
- ② この提案に反対 139 (58%)

Q9. 現在の疾患カテゴリー別の分類に加えて、(精神病、外在化障害などのディメンションで考える)ディメンションによる診断分類システムを追加する案があります。この案に対して、新しい知見を得ることができるという意見と、どのディメンションを使うかのデータが不足しているという意見があります。先生のご意見をお聞かせください。

- ① ディメンションを追加する案に賛成 62 (26%)
- ② ディメンションを追加する案に反対 41 (17%)
- ③ 内容がまだよくわからない 139 (57%)

(注)「他に先生にご提案があればお教えください」という問いに対して、以下のような意見があった。

• DSM だと、多軸診断を使うことが多いが、IV軸、III軸、II軸を考慮してI軸の診断を決定すべきであると当方は考えている。特にIV軸、III軸のアセスメントは必要と考えているが、現実には自分も含めてI軸診断のみと傾いているのが現実である。何らかの身体的不調を治せば、精神疾患も相当に改善することもありうるが、evidence やデータは不足してお

り、現場は混乱をきたす可能性は高いと考えられる。よって、現時点では③とした。

- cut-off point によって、恣意的に診断操作が行われることになり、混乱が増加。(③)

- 「いろいろなものさしで測る」ことには、基本的には賛成。しかし、ものさしが増えることには、その一方で「疾患概念」の古典的考え方が大切であることを重視してほしいと思います。(①)

Q10. 現在、米国の NIMH は、生物学的な治験を収集して、これまでの診断システムとは異なる、生物学的な知見に基づく診断分類システムを作る作業を始めています。その作業は Research Domain Categories (RDoC) と呼ばれ、実を結ぶにはまだかなり時間がかかるようですが、ディメンションを用いた、生物学的な分類の作成を考えているようです。こうした方向性に対する先生のご意見をお聞かせください。

① 米国 NIMH の提唱している方向性に賛成
168 (74%)

② 米国 NIMH の提唱している方向性に反対
58 (26%)

D. 考察

本研究では 46% の回答率を得たが、これはこうした調査としては高い値であり、それだけわが国の精神科医が ICD および DSM の改訂作業への関心が高いことを示唆するものである。一方、Q4 で、ICD と DSM の改訂作業への関心について尋ねたところ、関心はあるものの情報を積極的には集めていない人が 187 名 (77%) と、多数を占めていることがわかった。このことから、改訂作業に関する情報を積極的に発信することで、わが国の精神科医がより多くの情報を持って、改訂作業に対して有意義な提言をしていく基盤ができる可能性が示唆された。

ICD と DSM の改訂作業に関して、時期尚早であるという意見があることから、Q5 で、各疾患の個々の操作的診断基準の改定の必要性について尋ねた。それに対して、「診断基準の改定は最小限に抑えるべきである」という回答が 194 (81%) と大半を占め、大幅な改訂は避けて、現在の診断基準をできるだけ維持すべきであると考えている人が多いことがわかった。

閾値下の精神疾患(統合失調症の前駆状態、閾値下うつ病など)を診断カテゴリーに加える可動化についても議論が多い分野である。つまり、閾値下の精神疾患を診断カテゴリーに加えることは、予防的な意味がある反面、擬陽性の人には心理的負担があることに加えて、不適切な薬物療法など過剰診療が行われる可能性が危惧されるためである。Q6 でその点について尋ねたところ、診断カテゴリーに加えるべきでないという回答が 144 (60%) を締め、慎重な態度をとる人が多いことがわかった。

ICD と DSM の 2 つの診断分類システムがあることに對する不満は以前から根強く存在している。そこで、Q7 で意見を聞いたところ、2 つあるままで良いという回答が 117 (48%)、ひとつにまとめるべきだという回答が 126 (52%) と、意見が分かれた。この点については、今後の検討課題であると考えられる。

さらに話を進めて、Q8 では、診断分類システムを一つにまとめる場合に、それぞれの特長をいかして、おもに臨床診断で用いる疾患の概略は ICD を、おもに研究で用いる診断基準の部分は DSM を用いるという提案があることに對して意見を尋ねたところ、その提案に對しては反対の専門家が 139 名 (58%) と、若干多かった。

疾患カテゴリー別の分類の他に、ディメンションによる診断分類システムを追加する案についても以前から議論が続いている。そこで、Q9 で質問したところ、それに対しては、

「内容がまだよくわからない」という回答が 139 (57%) となり、情報不足の状態が明らかになった。ディメンションに関しては、多面的な視点から診断できるようになる反面、判断基準を明確にしないと過剰診療につながるという可能性も危惧されている。また、アンケートの回答からは、新しい物差しが導入されることによる現場の混乱を危惧する声もあった。わが国で多用されている状態像診断を含めて、ディメンションの扱いは今後の大きな課題であろう。

記述的診断の限界が様々に指摘されるなかで、米国 NIMH は生物学的な知見に基づく診断分類システムを作る作業 Research Domain Categories (RDoC) を始めた。Q10 では、その NIMH の動きに対して尋ねたものであるが、それに対しては賛成が 168 (74%) と好意的に受け止めている専門家が多数、今後の診断学の主要な流れの一つになる可能性がうかがわれた。

E. 結論

本研究からは、わが国の精神科医は ICD および DSM の改訂作業への関心は高いが、情報を積極的に集めていないことがわかった。ICD と DSM の改訂作業に関しては、大幅な改訂は避けるべきだと考える専門家が多数、閾値下の精神疾患の導入には慎重な態度をと

る人が多かった。ICD と DSM の統合に対する意見は二分され、ディメンションによる診断分類システムを追加する案については情報不足を指摘する専門家が多かった。また、今後の診断学の主要な流れの一つとして、米国 NIMH が開始した生物学的な知見に基づく診断分類システムを作る作業 Research Domain Categories (RDoC) に対しては好意的に受け止めている専門家が多かった。

以上の所見は、それ自体が ICD の改訂作業に寄与するデータであるが、それと同時に、改訂作業に関する情報を積極的に発信することで、わが国の精神科医がより多くの情報を持って、改訂作業に対して有意義な提言をしていける可能性が示唆された。

F. 健康危険情報

該当せず

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定も含む)

なし

資料：日本精神科診断学会会員向けアンケート（講座担当者に対しても内容は同じ）

現在、ICD-11、DSM-IV に向けて、WHO および APA がそれぞれ改訂作業を進めております。ICD-11 は 2015 年から導入を計画しており、一方、DSM-V は 2012 年に完成予定であります。今回は、ICD と DSM の統合 harmonization も検討課題の一つになっていますが、それに向けてわが国で精神科診断学に造詣の深い先生方の意見を集約して WHO に提言したいと考えております。

そこで、今回、下記のアンケートに日本精神神経学会評議員の先生方のご協力を賜りたく存じ、アンケートをご送付した次第であります。

ご協力の程、宜しくお願い申し上げます。

日本精神神経学会 ICD-11 委員会
厚生労働科学研究、こころの科学研究事業、
「『国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究』班

まず、先生のご背景に関してお答え下さい。532 人中 245 人 (46%)

Q1. 性別：①男性 216 (90%) ②女性 25 (10%)

Q2. 年齢：(48.9, 12.8) 歳

Q3. 先生の臨床経験年数をお教えてください。(23.3, 12.3) 年

Q4. ICD と DSM の改訂作業が始まっていますが、先生はこの経過に関心がおありでしょうか。

- ① 関心があって、積極的に情報を集めている 50 (21%)
- ② 関心があるが、積極的に情報は集めていない 187 (77%)
- ③ 関心がない 6 (2%)

Q5. 各疾患の個々の操作的診断基準を改定することに対して、現在の記述は不十分なので大幅に改訂する必要があるという意見と、十分なデータがそろっていないので混乱を避けるために改訂は最小限とし、改訂箇所はエビデンスが十分に得られている部分に限定すべきだという意見があります。先生のご意見をお聞かせください。

- ① 診断基準を大幅に改訂すべきである 46 (19%)
- ② 診断基準の改定は最小限に抑えるべきである 194 (81%)

Q6. 閾値下の精神疾患（統合失調症の前駆状態、閾値下うつ病など）を診断カテゴリーに加える案があります。それに対して、精神疾患を予防するために有用であるという意見と、患者を増やして過剰な治療が行われることになり有害であるという意見があります。先生のご意見をお聞かせください。

- ① 閾値下の精神疾患を診断カテゴリーに加えるべきである 95 (40%)
- ② 閾値下の精神疾患を診断カテゴリーに加えるべきでない 144 (60%)

Q7. ICD と DSM の二つの診断分類システムがあることに對して、性質が違うものなのでそのままが良いという意見と、不便なので一つにまとめるべきだという意見があります。先生のご意見をお聞かせください。

- ① 二つあるままで良い 117 (48%)
- ② 一つにまとめるべきだ 126 (52%)

Q8. 診断分類システムを一つにまとめる場合に、それぞれの特長をいかして、おもに臨床診断で用いる疾患の概略は ICD を、おもに研究で用いる診断基準の部分は DSM を用いるという提案があります。先生のご意見をお聞かせください。

- ① この提案に賛成 101 (42%)
- ② この提案に反対 139 (58%)

Q9. 現在の疾患カテゴリー別の分類に加えて、(精神病、外在化障害などのディメンションで考える) ディメンションによる診断分類システムを追加する案があります。この案に対して、新しい知見を得ることができるという意見と、どのディメンションを使うかのデータが不足しているという意見があります。先生のご意見をお聞かせください。

- ① ディメンションを追加する案に賛成 62 (26%)
- ② ディメンションを追加する案に反対 41 (17%)
- ③ 内容がまだよくわからない 139 (57%)

他に先生にご提案があればお教えてください：

Q10. 現在、米国の NIMH は、生物学的な治験を収集して、これまでの診断システムとは異なる、生物学的な知見に基づく診断分類システムを作る作業を始めています。その作業は Research Domain Categories (RDoC) と呼ばれ、実を結ぶにはまだまだ時間がかかるようですが、ディメンションを用いた、生物学的な分類の作成を考えているようです。こうした方向性に対する先生のご意見をお聞かせください。

- ① 米国 NIMH の提唱している方向性に賛成 168 (74%)
- ② 米国 NIMH の提唱している方向性に反対 58 (26%)

ありがとうございました。

なお、現在作成中の DSM-V をめぐる議論は、APA のホームページや Psychiatric Times (<http://www.psychiatrictimes.com/dsm-v>) で読むことができます。

平成 21 年度 分担研究報告書

プライマリケアにおける ICD-10 運用に関する研究

中根 秀之