

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 ICD-10 運用に関する研究

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 保健学専攻 教授）

大野 裕（慶應大学 保健管理センター 教授）

丸田 敏雅（東京医科大学 精神医学講座 講師）

研究協力者

石田 康（宮崎大学医学部精神科 教授）

栗林 忠信（宮崎県内科医会会長（医療法人同心会 古賀総合病院 院長））

望月 紘一（東京都内科医会会長（望月内科クリニック 院長））

迫 龍二（長崎県臨床内科医会会長（はざま神経内科・内科医院 院長））

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

【目的】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えない状況である。実際、昨年度佐賀県下の一般医を対象に行った Preliminary 研究でも、この結果が明らかとなった。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、アンケートを修正し、より広い地域の医療職を対象にアンケート調査を行った。

【方法】対象は、東京、宮崎、長崎の内科医会会員である。内容は、ICD-10-PC で扱われている精神障害に加え、一般診療で遭遇する可能性の高い精神障害、状態像に対する診断と医療への態度を尋ねるものであった。方法は、これらアンケート調査票を郵送により配布し、FAX にて回収を行った。

【結果】配布を行った全 2094 人中、222 人よりアンケートの回答を得て解析の対象とした（回収率：10.6%）。この結果、内科医は、精神医学的診断の際に参考とするものについては、59%が伝統的・経験的診断を用いており、ICD は 9%、DSM も 10%程度で、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 67%と最も多く、次いでプライマリケア独自のシステム構築を望むものが 21%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、11-30 個程度が 45%と最も多く、続いて 1-10 個が 35%であった。ICD-10-PC で扱われる 25

の精神障害や一般診療で遭遇する可能性の高い精神障害、状態像に対する診断と医療への態度については、内科医は精神障害の多くについて知識は持ち合わせていることが明らかとなったが、暫定診断、初期治療については、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

精神医学的診断システムについては、ICD-10 ファミリーにおいて、世界保健機関（World Health Organization : 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。アメリカ精神医学会（American Psychiatric Association : APA）による 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。昨年度は、わが国においてこれらプライマリケア医向けの ICD-10-PC および DSM-IV-PC が、どのように活用されているか明らかにするために、佐賀大学医学部精神科、佐賀県医師会の協力のもと佐賀県下の一般医を対象に Preliminary 研究を行った。ICD-10-PC で扱われている精神障害に対する診断と治療への態度を調べるためのアンケート調査票を作成し、郵送により配布した。この結果、有効回答 241 施設を解析の対象とした。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は、伝統的診断を用い、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。希望する精神障害の診断システムについては、プライマリケア用に修正されたものであり、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%と最も多かった。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興味・関心は各疾患で大きく異なっていた。診断および治療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、睡眠障害（不眠）、うつ病であった。一方、プライマリケア医が診断および治療に興味を持ちにくい精神障害については、精神遅滞、急性精神病、多動性（注意欠陥）障害等であった。

これらの結果を踏まえ、本年度は分担研究者の協力を得て、診断と治療の可能性について調査するためアンケート内容の見直し、改訂作業を行うことからはじめた。精神障害に関する知識、診断・治療の実施可能性、精神科医と一般医の連携等について設問を設定し、精神障害についてもより詳細な検討が可能な質問票を作成した。

B. 対象と方法

対象は、東京都内科医会、宮崎県内科医会、長崎県臨床内科医会に所属する医師であり、それぞれ調査時点での会員数は、1202 人、471 人、432 人であった。

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 12 月 2 日-平成 22 年 1 月 31 日とした。

アンケートの作成については、平成 21 年 10 月より草案をまとめ、研究分担者間でメールを中心としてディスカッションを重ねた。その結果、①アンケート調査票の修正：ICD-10-PC のみならずプライマリケア医が遭遇すると考えられる精神障害、状態像に対して知識・暫定診断・初期治療をどのように

考えるか、②アンケート調査の対象者の設定：昨年度佐賀県での調査を踏まえ、より広い範囲での調査が必要であろう、③アンケート調査の実施：多地域での調査の際の実施手順、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 21 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 つの領域より構成されている。

- ① 回答者の背景（臨床経験年数、患者数）
- 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
- ⑤ 34 の精神医学診断・状態像の知識・暫定診断と初期治療への態度
- ⑥ 一般医と精神科の連携（治療指針と紹介基準）

このアンケートでは 34 の精神障害・状態像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に加え、プライマリケア医が遭遇すると考えられる精神障害、状態像である。これらの精神障害の知識の有無、暫定診断の可能性と初期治療の可能性について尋ねている。それぞれ、

（1）聞いたことがある、（2）聞いたことがない、もしくは、（1）できると思う、（2）できないと思うの 2 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れらぬよう留意した。

C. 結果

会員数は全 2105 人（東京都内科医会 1202 人、宮崎県内科医会 471 人、長崎県臨床内科医会 432 人）に対し、発送を 2094 人（東京都内科医会 1195 人、宮崎県内科医会 471 人、長崎県臨床内科医会 432 人）に行った。回答を得たのは、222 人（東京都内科医会 98 人、宮

崎県内科医会 48 人、長崎県臨床内科医会 76 人）であり、回収率は 10.6%（東京都内科医会 8.2%、宮崎県内科医会 10.2%、長崎県臨床内科医会 17.8%）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）年齢・性別

対象者の性別については、男性 198 人（90%）、女性 22 人（10%）であった。年齢については、平均 61.6 歳で、年齢の範囲は最高 84 歳、最低 33 歳であった。

（2）臨床経験年数

臨床経験年数については、平均 34.2 年であった。21-30 年（74 人）、31-40 年（72 人）、41-50 年（37 人）、51-60 年（18 人）、11-20 年（16 人）1-10 年（4 人）であり、回答者の 91%は、20 年を超える臨床経験をつんでいる医師であった。

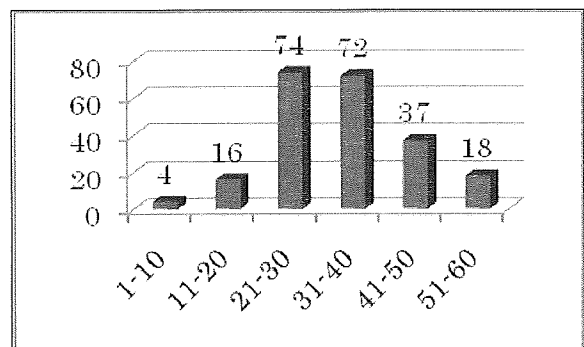


図 1. 臨床経験年数

（3）担当患者数・精神科的問題を抱える患者割合

担当患者数は、そのレンジは、10 人から 3000 人と幅があり、平均 484 人であった。そのうちで、精神科的問題を抱えていると考えられる患者の割合については、0-100%という範囲であったが、最も多かったのは 10%以内で 160 人、続いて 20%以内 29 人、30%以内 11 人であった。

2. 通常の診療で参考にして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している指標については、そのほとんどが伝統的・経験的診断であり、59%を占めていた。特に使用していないとの回答も19%であり、ICD や DSM といった診断システムは、10%程度でありほとんど使用されていなかった。ただ、ICD や DSM を併用する例も少数ながら認められた。

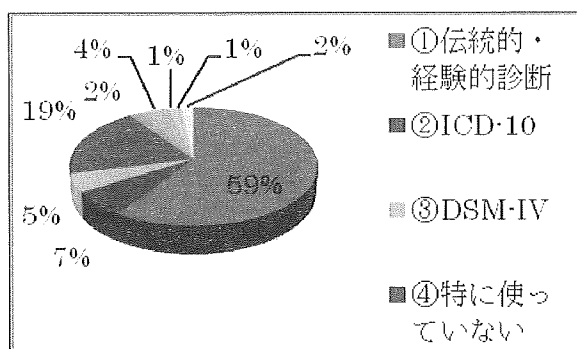


図 2. 精神障害診断で参考とするもの

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67%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21%であった。

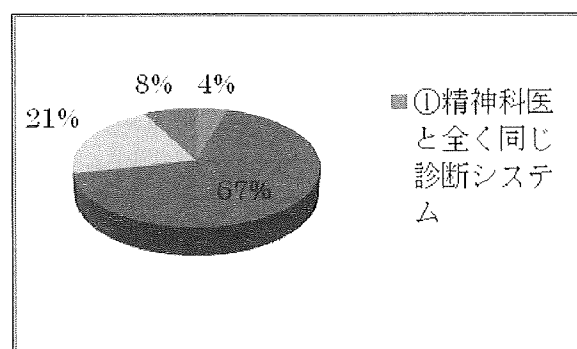


図 3. 希望する精神障害診断システム

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、11-30 個が 45%と最も多く、続いて

1-10 個程度が 35%であった。しかし、この問いには無回答も若干数あり、カテゴリ数という言葉について、質問の意図が十分に伝わっていなかったと考えられた。

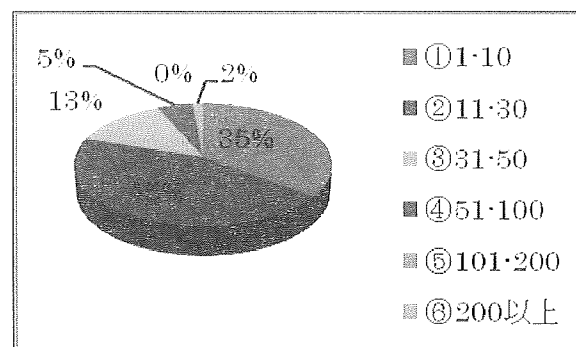


図 4. 適切と思われる精神障害診断カテゴリ数

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 の精神障害に加え、プライマリケア医が遭遇すると考えられる精神障害、状態像についてそれぞれ、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) 34 全ての精神障害に対する知識・暫定診断・初期治療への態度

34 の全ての精神障害について知識について、聞いたことがあるとした回答の平均は、81.5%であった。また暫定診断の可能性「できると思う」に対する割合の平均は、50.7%、初期治療の可能性「できると思う」は 24.2%であった。多くの内科医は、各精神障害の知識に差はあるものの知識はあるが、暫定診断について、半分弱はできないと考えており、さらに初期治療についてはより多く 70%超の医師が困難を感じていることが明らかとなった（図 5, 6, 7）。

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。

各精神障害の知識について見てみると、最も聞いたことがある割合が多かったのは、う

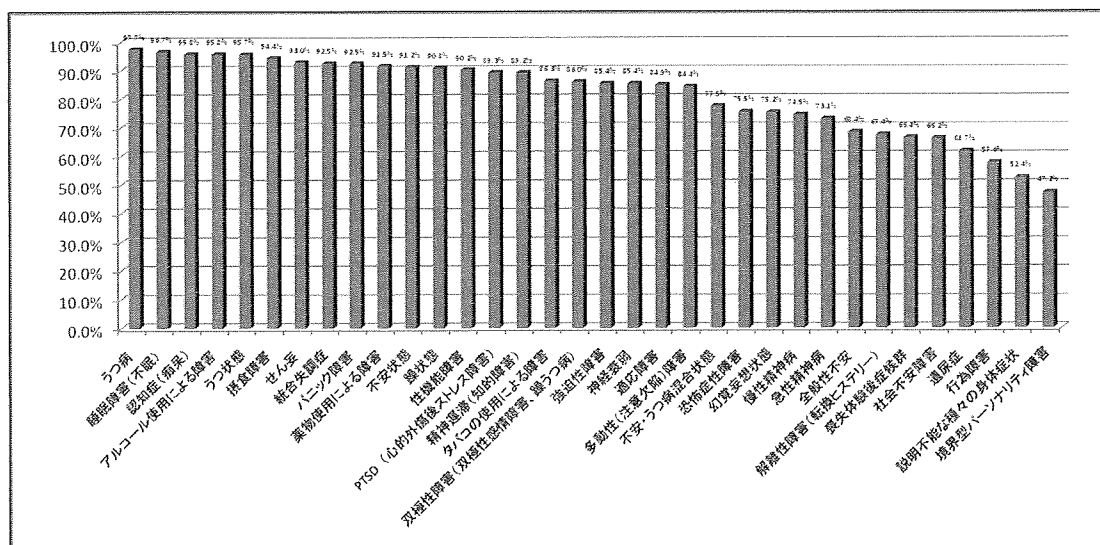


図 5. 34 の精神障害に関する知識

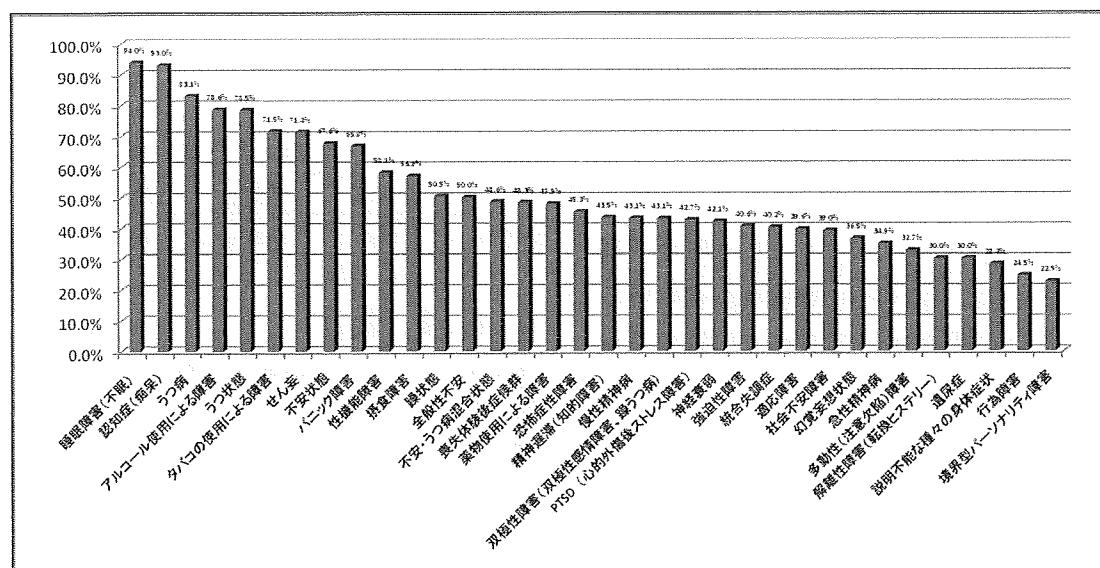


図 6. 34 の精神障害に関する暫定診断

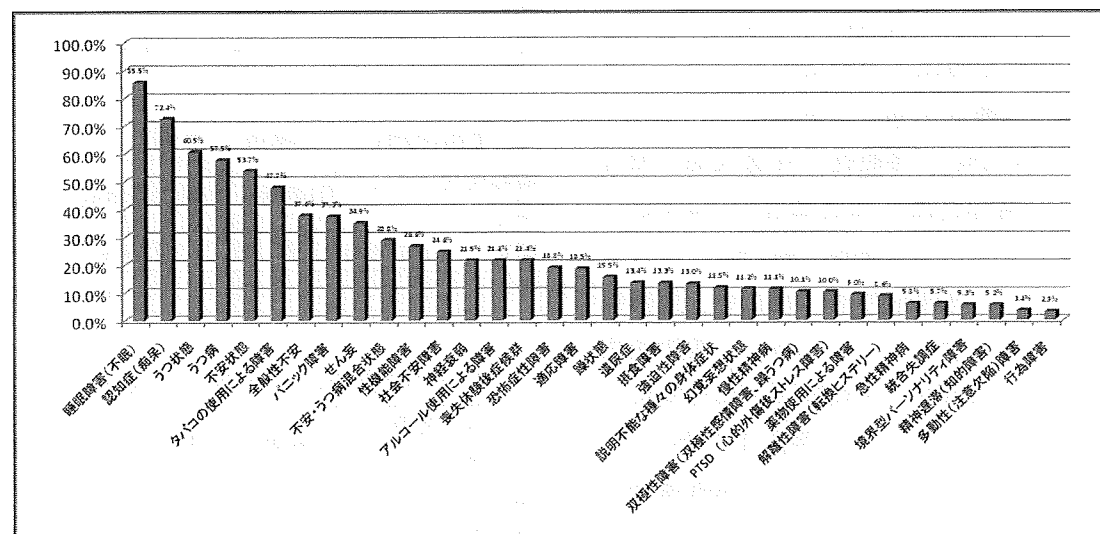


図 7. 34 の精神障害に関する初期治療

うつ病で 97.7%、以下、睡眠障害（96.7%）、認知症（95.8%）、アルコール使用による障害（95.8%）、うつ状態（95.7%）、摂食障害（94.4%）、せん妄（93.0%）、統合失調症（92.5%）となっていた。反対にあまり耳にしたことがない精神障害としては、境界型パーソナリティ障害（52.8%）、説明不能な種々の身体症状（47.6%）、行為障害（42.4%）であった。

また暫定診断については、できると思うと答えた割合の多かった精神障害は、睡眠障害の 94.0%で、次いで認知症（93.0%）、うつ病（83.1%）、アルコール使用による障害（95.8%）、うつ状態（95.7%）、タバコ使用による障害（71.5%）、せん妄（71.4%）の順であった。一方、診断の困難さを感じる精神障害としては、境界型パーソナリティ障害（77.5%）、行為障害（75.5%）、説明不能な種々の身体症状（71.8%）であり、その割合が高いことが分かる。これらは知識のある障害とほぼ類似した結果となっており、知識の不足が診断の困難さにつながっているとも考えられる。

さらに初期治療について見てみると、できると思うと答える割合で多かったものは、睡眠障害の 85.5%で、次いで認知症（72.4%）、うつ状態（60.5%）、うつ病（57.7%）、不安状態（53.7%）、タバコ使用による障害（47.7%）であり、これ以降は 4 割を切っていた。また初期治療の困難さを感じる障害については、行為障害（97.1%）、多動性（注意欠陥）障害（96.6%）、精神遅滞（知的障害）（94.8%）、境界型パーソナリティ障害（94.7%）、統合失調症（94.3%）、急性精神病（94.2%）、解離性障害（転換ヒステリー）（91.4%）、薬物使用による障害（91.0%）、PTSD（心的外傷後ストレス障害）（90.0%）は 9 割以上であった。

以上を見ていくと、内科医は、精神障害によって差異はあるが知識があることが明らかとなった。しかし、暫定診断、初期治療に至

ると困難さが増すことが示唆された。各精神障害圏でみた場合、器質性精神障害では、認知症、せん妄、アルコールによる障害、タバコによる障害、感情障害では、うつ病、うつ状態、神経症性障害では、不安状態、全般性不安、パニック障害、生理学的障害では睡眠障害などは、比較的知識もあり、診断や治療まで行うことができるという傾向が認められた。

（2）各々の精神障害に対する知識・暫定診断・初期治療への態度

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 1-表 34）。

1) 認知症（表 1）

認知症（痴呆）	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	95.8%	93.0%	72.4%
聞いたことがない	4.2%	7.0%	27.6%

2) せん妄（表 2）

せん妄	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	93.0%	71.4%	34.9%
聞いたことがない	7.0%	28.6%	65.1%

3) アルコール使用による障害（表 3）

アルコール使用による障害	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	95.8%	78.6%	21.4%
聞いたことがない	4.2%	21.4%	78.6%

4) 薬物使用による障害（表 4）

薬物使用による障害	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	91.5%	47.9%	9.0%
聞いたことがない	8.5%	52.1%	91.0%

5) タバコの使用による障害（表 5）

タバコの使用による障害	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	86.3%	71.5%	47.7%
聞いたことがない	13.7%	28.5%	52.3%

6) 慢性精神病 (表 6)

慢性精神病	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	74.5%	43.1%	11.1%
聞いたことがない	25.5%	56.9%	88.9%

7) 急性精神病 (表 7)

急性精神病	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	73.1%	34.9%	5.8%
聞いたことがない	26.9%	65.1%	94.2%

8) 統合失調症 (表 8)

統合失調症	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	92.5%	40.2%	5.7%
聞いたことがない	7.5%	59.8%	94.3%

9) 双極性障害 (表 9)

双極性障害 (双極性感情障害、躁うつ病)	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	86.0%	43.1%	10.1%
聞いたことがない	14.0%	56.9%	89.9%

10) うつ病 (表 10)

うつ病	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	97.7%	83.1%	57.5%
聞いたことがない	2.3%	16.9%	42.5%

11) 恐怖症性障害 (表 11)

恐怖症性障害	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	75.5%	45.3%	18.8%
聞いたことがない	24.5%	54.7%	81.3%

12) パニック障害 (表 12)

パニック障害	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	92.5%	66.8%	37.3%
聞いたことがない	7.5%	33.2%	62.7%

13) 全般性不安 (表 13)

全般性不安	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	68.4%	50.0%	37.6%
聞いたことがない	31.6%	50.0%	62.4%

14) 社会不安障害 (表 14)

社会不安障害	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	66.2%	39.0%	24.6%
聞いたことがない	33.8%	61.0%	75.4%

15) 強迫性障害 (表 15)

強迫性障害	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	85.4%	40.6%	13.0%
聞いたことがない	14.6%	59.4%	87.0%

16) PTSD (心的外傷後ストレス障害) (表 16)

PTSD (心的外傷後ストレス障害)	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	89.3%	42.7%	10.0%
聞いたことがない	10.7%	57.3%	90.0%

17) 不安・うつ病混合状態 (表 17)

不安・うつ病混合状態	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	77.5%	48.6%	28.8%
聞いたことがない	22.5%	51.4%	71.2%

18) 適応障害 (表 18)

適応障害	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	84.9%	39.6%	18.5%
聞いたことがない	15.1%	60.4%	81.5%

19) 解離性障害 (転換ヒステリー) (表 19)

解離性障害 (転換ヒステリー)	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	67.4%	30.0%	8.6%
聞いたことがない	32.6%	70.0%	91.4%

20) 説明不能な種々の身体症状 (表 20)

説明不能な種々の身体症状	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	52.4%	28.2%	11.5%
聞いたことがない	47.6%	71.8%	88.5%

21) 神経衰弱 (表 21)

神経衰弱	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	85.4%	42.1%	21.5%
聞いたことがない	14.6%	57.9%	78.5%

22) 摂食障害 (表 22)

摂食障害	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	94.4%	56.9%	13.3%
聞いたことがない	5.6%	43.1%	86.7%

23) 睡眠障害 (不眠) (表 23)

睡眠障害 (不眠)	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	96.7%	94.0%	85.5%
聞いたことがない	3.3%	6.0%	14.5%

24) 性機能障害 (表 24)

性機能障害	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	90.2%	58.1%	26.6%
聞いたことがない	9.8%	41.9%	73.4%

25) 精神遅滞 (表 25)

精神遅滞 (知的障害)	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	89.2%	43.5%	5.2%
聞いたことがない	10.8%	56.5%	94.8%

26) 多動性 (注意欠陥) 障害 (表 26)

多動性(注意欠陥) 障害	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	84.4%	32.7%	3.4%
聞いたことがない	15.6%	67.3%	96.6%

27) 行為障害 (表 27)

行為障害	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	57.6%	24.5%	2.9%
聞いたことがない	42.4%	75.5%	97.1%

28) 遺尿症 (表 28)

遺尿症	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	61.7%	30.0%	13.4%
聞いたことがない	38.3%	70.0%	86.6%

29) 喪失体験後症候群 (表 29)

喪失体験後症候群	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	66.4%	48.3%	21.4%
聞いたことがない	33.6%	51.7%	78.6%

30) 境界型パーソナリティ障害 (表 30)

境界型パーソナリ ティ障害	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	47.2%	22.5%	5.3%
聞いたことがない	52.8%	77.5%	94.7%

31) 幻覚妄想状態 (表 31)

幻覚妄想状態	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	75.2%	36.5%	11.2%
聞いたことがない	24.8%	63.5%	88.8%

32) うつ状態 (表 32)

うつ状態	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	95.7%	78.5%	60.5%
聞いたことがない	4.3%	21.5%	39.5%

33) 躁状態 (表 33)

躁状態	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	90.8%	50.5%	15.5%
聞いたことがない	9.2%	49.5%	84.5%

34) 不安状態 (表 34)

不安状態	①診断名	②暫定診断	③初期治療
聞いたことがある	91.2%	67.6%	53.7%
聞いたことがない	8.8%	32.4%	46.3%

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

そこで、レーダーチャートを作成したところ、大きく以下の4つのグループ分けが出来ることが分かった。

- ① グループ A: 知識・暫定診断・初期治療のすべてが高いグループ
- ② グループ B: 知識と暫定診断は高いが、初期治療が低いグループ
- ③ グループ C: 知識は高いが、暫定診断・初期治療が低いグループ
- ④ グループ D: 知識・暫定診断・初期治療のすべてが低いグループ

これらのグループの詳細について示す。

- ① グループ A : 知識・暫定診断・初期治療のすべてが高いグループ

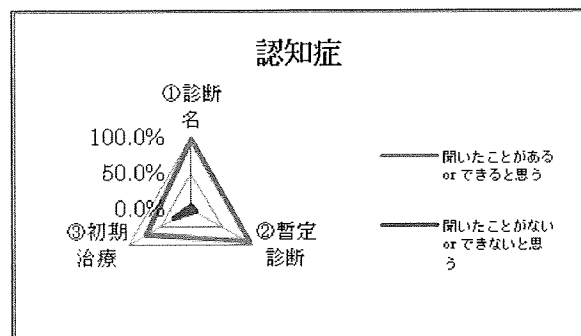


図 8. グループ A

このグループには、認知症、睡眠障害（不眠）、うつ病、うつ状態、不安状態が含まれる。

- ② グループ B : 知識と暫定診断は高いが、初期治療が低いグループ

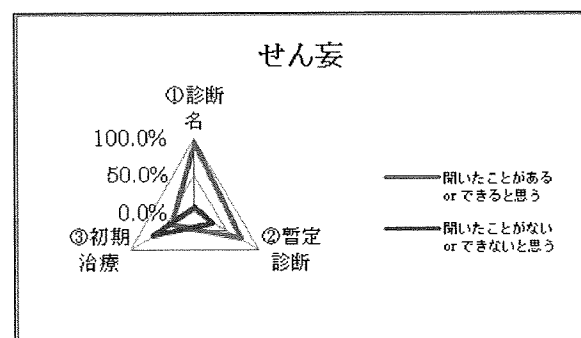


図 9. グループ B

このグループには、せん妄、タバコ使用による障害、アルコール使用による障害、パニック障害、摂食障害、性機能障害、躁状態が含まれる。

- ③ グループ C : 知識は高いが、暫定診断・初期治療が低いグループ

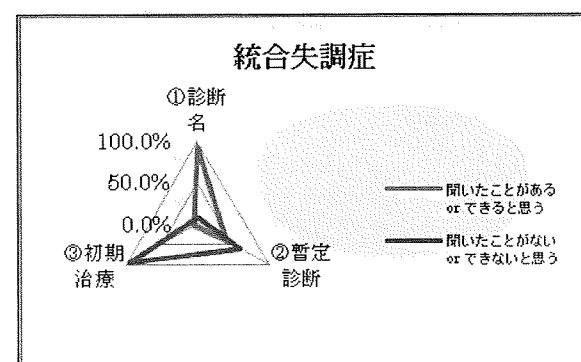


図 10. グループ C

ここには、ほとんどの精神障害が含まれる。統合失調症、薬物使用による障害、急性精神病、慢性精神病、双極性障害、恐怖症性障害、全般性不安障害、社会不安障害、強迫性障害、PTSD、不安・うつ病混合状態、適応障害、解離性障害、神経衰弱、精神遅滞（知的障害）、多動性（注意欠陥）障害、行為障害、遺尿症、喪失体験後症候群、幻覚妄想状態である。

- ④ グループ D : 知識・暫定診断・初期治療のすべてが低いグループ

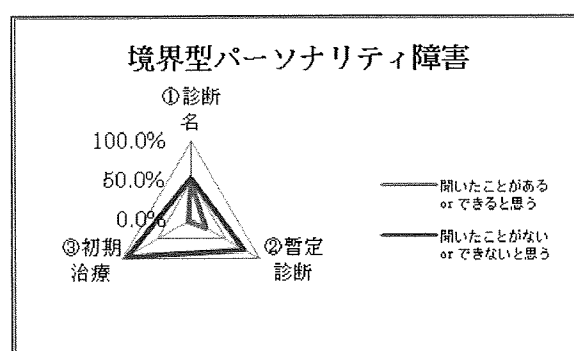


図 11. グループ D

これは、非常に少なく境界型パーソナリティ障害、説明不能なさまざまな身体症状であった。

これらの結果から、内科医の精神障害の知識、暫定診断、初期治療については、それぞれの精神障害によって違いが認められることが分かった。プライマリケアで遭遇するであろうと考えられる多くの精神障害については、知識はあるものの、暫定診断、初期治療に困難を抱えることが示された。

6. 精神科治療の目安と精神科医療機関との連携

(1) 精神障害治療のための基準の必要性

精神疾患の診断に加えて、治療を開始した方が良いかどうかの判断をする重症度診断の必要性についても尋ねた。その結果、95%が必要であると回答している（図 12）。

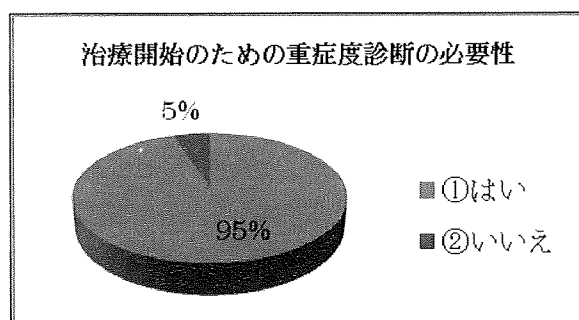


図 12. 治療開始のための重症度診断の必要性

さらに、その指針として「(患者が訴えている)症状のために、ひどくつらくなったり、明らかに日常生活に支障が出たりしている場合に、治療を開始する」をどう考えるかについても尋ねたところ、79%がこのくらいの指針が使いやすいであろうと考えていた(図 13)。さらに詳しい指針を求める回答では、「エビデンスがわかっている問診票による点数化」「他に注意する事項等がほしい」「初期治療こそ専門医が必要」「わかり易く具体的な指針」などを認めた。何らかの重症度の診断指針が必要であり、簡便に用いられる指針が希望されている。

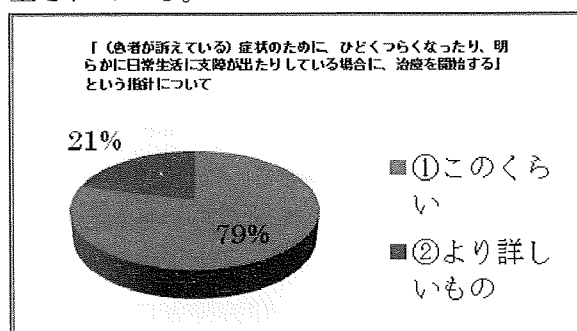


図 13. 適切な指針

(2) 精神科医療機関との連携

専門医に紹介する基準として、いくつかの状態を提示し、複数選択して回答を得た。その結果、自殺に関連する場合(自殺念慮(196人)、自殺企図(202人))に多くの内科医は紹介の基準として考えていることがわかった。これ以外では、問題行動(188人)、診断に迷う(180人)、精神疾患が疑われる(171人)場合に紹介を考えていた。自殺については、

関心が高い一方で、産後うつ病などの状態については、あまり高くなく、これは内科で扱う機会が少ないためと考えられた。

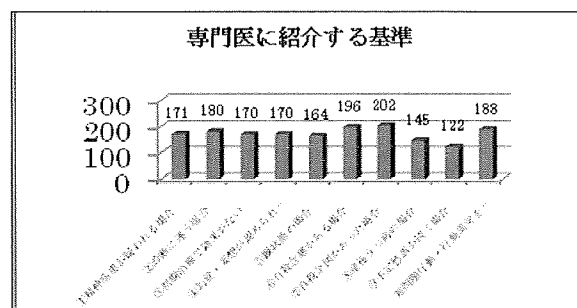


図 14. 専門医に紹介する基準

また、精神科や心療内科との連携が十分か否かということについては、十分と答えたのは、39%にとどまり、61%がいまだ十分ではないと感じている(図 15)。この理由については、精神科医とのコミュニケーション不足が最も多く、98人であり、以下、地域精神医療施設に関する情報不足、患者や家族の偏見と続き、精神科疾患を十分診断・評価できていないと答えたのは41人であった。その他の理由については、「予約なしですぐに診てもらえる医師が殆どいない為、大事な時に紹介できない」といった予約を取れないことや迅速な対応を期待するものが目立った。これ以外では、「気軽に相談できる所が少ない」「他科と精神科との合同勉強会を開催してほしい」「精神科医の他科会合等への自発的参加、積極性」「一部の精神科医の一般内科の全身管理能力の不足」などを指摘する意見も認められた。

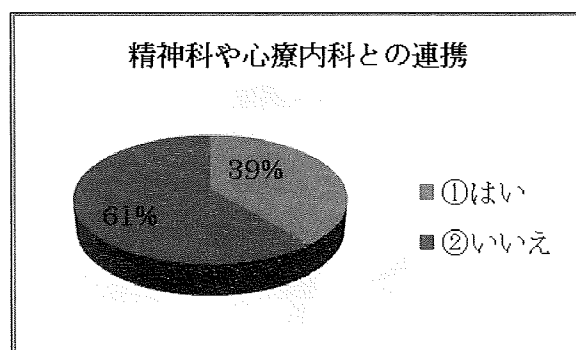


図 15. 精神科や心療内科との連携

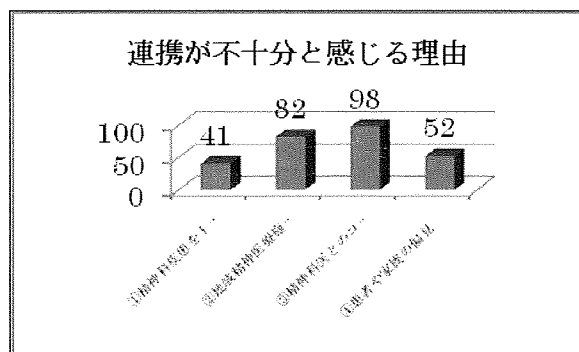


図 16. 連携が不十分と感じる理由

D. 最後に

本研究では、さらに広い範囲の内科医を対象にアンケートを行うことによって、診断システムの運用や精神障害についての知識・暫定診断・初期診断の態度を調査することができた。

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活用されておらず、希望する診断システムは、プライマリケア医用に修正され、最大 30 程度のカテゴリで構成された診断システムを希望していることが明らかとなった。

またプライマリケアで遭遇するであろうと考えられるそれぞれの精神障害については、内科医は、精神医学的な知識は持ち合わせていることが明らかとなった。しかし、暫定診断や初期治療については困難さを感じており、特に初期治療に困難さを感じるグループについては、いかに示すような多くの精神障害が含まれていた。統合失調症や精神病状態と言った精神病性障害、双極性障害、不安障害、精神遅滞（知的障害）、多動性（注意欠陥）障害などであった。内科医が知識、暫定診断、初期治療の高い可能性を示した精神障害は、昨年度の佐賀県医師会の協力を得て行った調査研究とほぼ同様に、認知症、睡眠障害、うつ病、うつ状態であった。これらは、現在かかりつけ医対応力向上で扱われる障害でもあり、内科医にとって情報に接する機会の多い

ことも関係していると考えられる。教育の機会があることで、知識、診断と治療に良い効果をもたらしていると考ええる。さらに、知識も暫定診断について高い可能性を示した一群は、せん妄、タバコ使用による障害、パニック障害、摂食障害、性機能障害、躁状態であり、実際の臨床で遭遇することも多いことが示唆された。

また、適応障害については、昨年と同様その認識と暫定診断、初期治療の低さ・困難さを認めた。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差異があると思われる。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。また、障害/疾患単位（うつ病、不安障害）の診断よりも状態像（うつ状態、不安状態）について、多くの内科医は、暫定診断や初期治療について可能性を認めており、今後のプライマリケア分野における精神医学診断システムの改定にディメンジョン・モデルの導入検討も示唆される結果であった。また、簡便でより使いやすい精神科治療の指針について期待されていることも明らかとなった。

精神科との連携については、徐々に改善しているものの、まだ十分な態勢ではないことが示唆された。

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

1. 論文

(1) 岩永洋一、中根秀之、中根允文：DSM

と ICD ーわが国における精神科診断システムの運用状況ー. 精神科 14 (1) : 58-66,2009

- (2) 野中俊輔、木下裕久、中根秀之：精神障害の概念と分類 精神科 15(1):1-9, 2009

2. 学会報告

なし

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 ChapterV Primary Care Version : WHO ; 1996 (中根允文, 吉武和康、園田裕香訳 : ICD-10 プライマリー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

平成 21 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
-責任能力鑑定および医療観察法鑑定における
国際疾病分類の使用の現状-

針間 博彦

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

国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究

国際疾病分類の改訂による社会的影響に関する研究

－責任能力鑑定および医療観察法鑑定における国際疾病分類の使用の現状－

研究分担者

針間 博彦（東京都立松沢病院精神科 医長）

研究協力者

大澤 達哉（東京都立松沢病院）

黒田 治（東京都立松沢病院）

小池 純子（東京都立松沢病院）

研究要旨

司法精神医学における国際疾病分類の使用の現状と問題点を検討するため、責任能力鑑定および医療観察法鑑定における精神医学的診断について、診断方法、診断基準の利点・問題点、診断に問題を認める疾患などについて鑑定経験のある精神科医を対象に予備的アンケート調査を行った。

A. 研究目的

WHO の国際疾病分類第 10 版（ICD-10）とアメリカ精神医学会の精神障害の診断・統計マニュアル（DSM-IV）は代表的な操作的診断基準としてわが国の精神科臨床に広く受け入れられている。司法精神医学領域においても同様で、厚生労働省による心神喪失者等医療観察法ガイドラインにおいて同法に関わる鑑定では ICD-10 の使用が推奨され、最高検察庁の鑑定書案のモデルとなった厚生労働省科学研究班作成の責任能力鑑定書書式も ICD-10 の使用を奨めている。しかしその一方で、犯行や対象行為の原因が重要視される精神鑑定では操作的診断基準だけではなく、伝統的診断も広く用いられていることも明らかにされている。

本研究では、一般精神科臨床とは異なり当

事者ではない精神医学の専門家以外に十分な説明が求められ、かつ社会的影響も大きい精神鑑定において、操作的診断基準が与える影響と問題点を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

精神鑑定における精神医学的診断に関するアンケートを、東京都立松沢病院に勤務し、精神鑑定経験のある精神科医師 10 名に行なった。アンケートでは各医師の経歴とともに、責任能力鑑定および医療観察法鑑定別に、精神鑑定における 1) 診断方法、2) 操作的診断の利点・問題点等、3) 診断に問題を認める疾患などの質問を設けた。なお、医療観察法鑑定の経験のない医師については同法に関する質問は行なわなかった。

（注）本研究は、厚生労働省科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）によるものである。

C. 結果

I. アンケート対象医師の背景

1. 精神科経験年数は5～9年が2名、10～19年が4名、20～29年が1名、30年以上が3名だった。10名中、精神保健指定医は9名、精神保健判定医は8名だった。
2. 責任能力鑑定の経験は1～2例の者が3名、3～9例のものが2名、10～29例が3名、30例以上が2名だった。医療観察法鑑定の経験は、1～2例が2名、3～9例が4名、10例以上が1名、経験なしが3名だった。

II. 責任能力鑑定について（10名が回答）

3. 鑑定での診断方法

- ① ICD-10 と DSM-IV の 2 種を用いる

3 名

- ② ICD-10、DSMIV と伝統的診断の 3 種を用いる

2 名

- ③ ICD-10 と伝統的診断の 2 種

2 名

- ④ DSM-IV と伝統的診断の 2 種を用いる

2 名

- ⑤ ICD-10 のみ

1 名

その理由（自由記述。一部不記載）

- ① ● 診断根拠を非専門家に説明しやすい
● 司直の理解を得られやすい
● 最も標準的なのは ICD と考えているが、DSM の方が説明しやすい場合もあるから
- ② ● いろいろな見方を総合すべきであるから
● まず伝統的診断を行い、その後それぞれの診断基準に当てはめているから
- ③ ● ICD は臨床的判断によって使用可能であり、伝統的診断に付記しうるから
● まず経験的に伝統的診断を行うが、説明しやすくするために国内の公的文書で用いられる ICD に当てはめる

- ④ ● 伝統的診断は必須であり、DSM のほうが診断基準が明確

- 鑑別不能型では説明不十分になると考えられ伝統的診断を併記

4. 操作的診断の利点

- ① 伝統的診断に比べて標準化されている。

6 名

- ② 信頼性が高いと考えられている。

4 名

- ③ 専門家以外に説明しやすく、理解されやすい。

10 名

- ④ その他（自由記述）

- 筋の通った説明のために症状を拾い上げることが可能。

5. 操作的診断の問題点

- ① 病因論の不在

7 名

- ② 類型と診断が混同される

6 名

- ③ 重症度が評価されない

3 名

- ④ 診断の優先順位が明らかでなく、診断の羅列になりうる

9 名

- ⑤ その他（自由記述）

- 症状の羅列で診断ができるかのような誤解を与える深みのないツールだと思うが、広く使われているので使わざるを得ない。
- 鑑定書を製作しやすいが、本質的なことが書けない印象がある。
- 操作的診断基準であっても診断する者の主観は完全には排除できない。

6. 操作的診断が適しているか。

- ① 非常に適している

1 名

- ② 適している

4 名

- ③ どちらともいえない

4 名

- ④ どちらかというと適していない

2 名

- ⑤ 全く適していない

0 名

その理由（自由記述。一部不記載）

- ① ● 見落としを少なくできる。総合的包括

- 的な評価が可能。
- ② • 基準が明確になっているので専門家以外に説明する上でわかりやすい。
- 現状ではそれ以上適しているものがない。
 - 体裁を整えるためには便利。
- ③ • 司法精神医学の専門家以外でも書ける点には意義があり、ひとりよがりな鑑定書を避けるという利点はある。しかし、5 の設問のような問題点がある。
- 鑑定においてもっとも重要な病因論が不在であることは、鑑定に不適。しかし診断の偏りや主観を軽減する点ではよい。
- ④ • 鑑定においては診断の妥当性が重要であるので、信頼性のために妥当性を犠牲にした操作的診断は不適である。
7. 診断方法として、操作的診断に限界があると考えられる疾患は何か。
- | | |
|-------------------|-----|
| 器質性・症状性精神障害 | 1 名 |
| アルコール・向精神薬による急性中毒 | 1 名 |
| 覚せい剤による精神障害 | 4 名 |
| 統合失調症 | 2 名 |
| 統合失調型障害 | 6 名 |
| 急性一過性精神病性障害 | 6 名 |
| 単純型統合失調症 | 4 名 |
| 統合失調感情障害 | 5 名 |
| 双極性障害 | 3 名 |
| うつ病性障害 | 8 名 |
| 適応障害 | 1 名 |
| パーソナリティ障害 | 7 名 |
| アスペルガー障害 | 3 名 |
| 広汎性発達障害 | 3 名 |
- Ⅲ. 医療観察法鑑定について (7 名が回答)
8. 鑑定での診断方法
- | | |
|--------------------------------|-----|
| ① ICD-10 のみ | 2 名 |
| ② ICD-10、DSMIV と伝統的診断の 3 種を用いる | 2 名 |
| ③ ICD-10 と伝統的診断の 2 種 | 1 名 |
| ④ DSM-IV と伝統的診断の 2 種を用いる | 1 名 |
| ⑤ ICD-10 と DSM-IV の 2 種を用いる | 1 名 |
- その理由
- 暴力の評価などいろいろな見方を総合する必要あり。
 - 説明しやすい
9. 操作的診断の利点
- | | |
|------------------------|-----|
| ① 伝統的診断に比べて標準化されている | 5 名 |
| ② 信頼性が高いと考えられている | 3 名 |
| ③ 専門家以外に説明しやすく、理解されやすい | 6 名 |
| ④ その他 (自由記述) | |
| • 一見筋が通っていることを示せる | |
10. 操作的診断の問題点
- | | |
|--|-----|
| ① 病因論の不在 | 4 名 |
| ② 類型と診断が混同される | 4 名 |
| ③ 重症度が評価されない | 1 名 |
| ④ 診断の優先順位が明らかでなく、診断の羅列になりうる | 5 名 |
| ⑤ その他 (自由記述) | |
| • 主観が排除できない | |
| • 症状の羅列で診断ができるかのような誤解を与える深みのないツールだと思うが、広く使われているので使わざるを得ない。 | |
| • 診断の羅列から臨床的視点を定める (仮説を立てる) 作業が必要になる。 | |
11. 操作的診断が適しているか。
- | | |
|------------------|-----|
| ① 非常に適している | 0 名 |
| ② 適している | 4 名 |
| ③ どちらともいえない | 3 名 |
| ④ どちらかというに適していない | 0 名 |
| ⑤ 全く適していない | 0 名 |
- その理由 (自由記述。一部不記載)

- ② • 見落としが少ないが、どこをポイントに定めるかの工夫は必要となる。
- 基準が明確になっているので専門家以外に説明する上でわかりやすい。

12. 伝統的診断からみた場合、操作的診断に限界があると考えられる疾患は

器質性・症状性精神障害	1名
アルコール・向精神薬による急性中毒	1名
覚せい剤による精神障害	3名
統合失調型障害	4名
急性一過性精神病性障害	4名
単純型統合失調症	2名
統合失調感情障害	2名
うつ病性障害	4名
パーソナリティ障害	3名
アスペルガー障害	2名
広汎性発達障害	1名

D. 考察

1) 精神鑑定における操作的診断の意義

精神鑑定における診断では、10名中9名が複数の診断方法を用いていた。3名はICD-10とDSM-IVの二つの操作的診断基準のみを用いたが、ほかの6名はICD-10またはおよびDSMIVとともに伝統的診断を用いていた。

操作的診断の利点として、すべての医師10名が専門家以外に説明しやすく理解されやすいことをあげ、6名が伝統的診断に比べて標準化されていることを挙げた。その一方で、操作的診断の問題点として、9名が診断の優先順位が明らかでなく診断の羅列になる可能性があり、6名が病因論の不在が挙げていた。

そして半数の5名の医師が操作的診断の鑑定の適否について、病因論の不在や、診断の妥当性が重要である鑑定で信頼性のために妥当性を犠牲にした操作的診断は不適であるなどの理由からどちらともいえないか、適していないとし、操作的診断は鑑定に適している

とした医師のなかにも、現状ではそれ以上適しているものがない、体裁を整えるためなど消極的な理由を挙げるものがいた。

これらのことから、操作的診断基準は鑑定場面においては必要であるが、単一では十分ではなく、その問題点をほかの診断基準や伝統的診断を使用すること補完する必要があると考えている医師が多いことが推測された。

なお、責任能力鑑定と医療観察法鑑定では、各医師の回答・意見に大きな違いは認められなかったが、診断方法としてICD-10に関連させた回答をするものが多かった。これは厚生労働省のガイドラインにICD-10を使用することが明記されていることが影響していると思われる。

2) 各疾患について

本研究では、精神鑑定における診断方法として操作的診断に限界があると考えられる疾患についての質問を設けた。その結果、うつ病性障害を挙げたものが8名と最も多く、次いでパーソナリティ障害7名、統合失調型障害、急性一過性精神病性障害各6名などの診断が多かった。これらは鑑定に限らず、精神科診断学としての問題が指摘されている疾患である。

うつ病性障害ではうつ病と抑うつ状態の混合すなわち病因論としての内因性と心因性の問題や統合失調症との関連・鑑別の基準が不明確な点、パーソナリティ障害では病因論なしに診断が与えられることや独立した疾患単位のような誤解があること、統合失調型障害ではICD-10とDSMIVでの取り扱いの相違や統合失調症の前駆期の診断が含まれていること、急性一過性精神病性障害では統合失調症との区別が臨床的に不十分であることなどが理由として考えられた。

E. 結論

1 つの自治体病院の医師を対象にした規模の小さな研究ではあるが、操作的診断基準は精神鑑定において必要ではあるものの、種々の問題のため十分ではないと考えられている傾向が示された。また、うつ病性障害や統合失調型障害、急性一過性精神病性障害など疾患・障害によっては、多くの医師が精神鑑定での使用に限界を感じていることが明らかになった。

来年度はこの調査の規模を拡大し、精神鑑定における操作的診断基準の影響をより詳細に検討する予定である。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

なし

平成 21 年度 分担研究報告書

国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究
- F0 領域における検討 -

新井 平伊

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

国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究
- F0 領域における検討 -

研究分担者

新井 平伊（順天堂大学医学部精神医学講座 教授）

研究要旨

いわゆる器質性精神障害の疾病分類を記載している ICD - 10 分類の F0 領域に関して、臨床的立場からみた現在の疾病分類の問題点をあぶり出し、その問題解決のための解決として今後の分類のあり方を検討した。国際的に ICD - 11 策定の段階に向けて提言できるようにポイントを絞って、かつ DSM との整合性にも配慮しながら、高齢社会の代表である我が国からあるべき疾病分類を検討した。その結果を集約し最終的な分類案を作成し、専門医集団にアンケートを実施する段階を迎えている。

A. 研究目的

国際的に普及している疾病分類は、ICD-10 と米国の DSM-TR であるが、現在 ICD-11 の策定が国際協力のもとで活発に進められている。わが国においても、この ICD-10 における問題点を探り、よりよき改定となるべく新たな提案を行っていくことは臨床的に重要であるだけでなく、わが国も国際貢献ができる絶好の機会であるといえる。本研究班はこのような臨床的観点と国際貢献という観点から重要な役割を担っているといえる。

その中でも、わが国は国際的にもっとも長寿国であり高齢社会の先進国として様々な社会体制および医療・福祉体制を実践している関係上、脳器質性精神障害を中心とした分野である F0 領域の疾病分類に関しては、その問題点をあぶり出し、今後の新たな分類の提案をしていく国際的使命を負っているともいえ、本研究班はこのような観点から組織されたといえる。

B. 研究方法

本研究は多施設共同研究である。

協力研究員：

順天堂大学医学部精神医学講座

柴田展人准教授、馬場元准教授

一宮洋介教授、井関栄三准教授

筑波大学臨床医学系精神医学

朝田隆教授

信州大学医学部精神医学

天野直二教授

1. まず、ICD-10 の F0 領域における疾病分類の問題点を検討し、明らかにすること
2. その上で、新たな分類として必要な疾病の決定
3. それぞれの疾病に対する診断基準の策定
4. 2. 3 で定めた診断分類および診断基準に関する調査用紙の作成
5. 認知症関連学会員へのアンケート調査の実施
6. アンケート調査の集計
7. 集計に基づく診断分類および基準の作り