

平成 20-22 年度 分担研究報告書

国際的診断基準の問題点に関する研究

丸田 敏雅

国際的診断基準の問題点に関する研究

分担研究者

丸田 敏雅（東京医科大学精神医学講座 准教授）

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

国際疾病分類（International Classification of Diseases; ICD）の改訂作業が、WHO 主導で開始されたことを受け、我が国における ICD 使用状況の把握、現版の ICD に関する問題点の抽出、改訂作業への提言作成を目標に本研究班は活動を行った。調査結果は、WHO への報告に加え、我が国における ICD の臨床的有用性向上を目指した試みである電子診断分類補助システム（仮称 Electronic Diagnostic Classification Assistant System; EDCAS）開発にも活用された。

A. 研究目的

国際疾病分類（International Classification of Diseases; ICD）の改訂作業が、WHO 主導で開始された。ICD は我が国の精神保健関連事業において広く利用されており、改訂の影響を受けることは必至である。本研究班の活動目的は、WHO を中心とする改訂作業の状況に関する情報の収集、日本国内の ICD 使用状況の把握および改訂に向けた課題の抽出、国内で得られた情報および提言の WHO に向けた発信の三点に集約される。

本研究班は、日本国内における ICD の活用状況ならびに ICD-10 の問題点を広く調査・抽出した。本稿ではその結果を主にまとめた。

B. 研究方法

● ICD 掲載診断カテゴリーの使用頻度と重要性についての調査実施（H20 年度）

日本精神科診断学会評議員 147 名および各大学精神医学講座 80 講座を対象に、ICD-10

に挙げられている 835 の診断カテゴリーに対して使用頻度と必要性を 5 段階で評価する調査を行った。送付先であった日本精神科診断学会評議員 147 名中 53 名から、80 大学中 49 大学から回答を得た。

● 国際的診断基準の問題点に関する研究（H21 年度）

日本精神科診断学会会員計 452 名および各大学精神医学講座担当者 80 名の合計 532 名を対象にアンケートを行った。アンケートの内容は国内外の精神科医療や改訂作業の流れを汲んだものであり、スティグマの観点から障害名の呼称変更、双極性障害の分類について、障害の診断基準への包含について、NOS や Co-morbidity の診断分類における問題についてなど五項目について回答を得た。

● EDCAS 作成（H22 年度）

今回の ICD 改訂に際し臨床的有用性の向上

が挙げられているが、DSM と異なり ICD には活用の際の補助的ツールの選択肢が非常に少ないとの指摘がある。これを受けて本研究班では電子診断補助システム(仮称 Electronic Diagnostic Classification Assistance System; EDCAS)の開発を試みた。本システムは、ICD 活用に役立つツールという位置づけで開発されたものである。尚その名称が示すように本システムは診断分類システムではなくあくまでもその補助的役割を担うものであり、ICD 改訂作業期間中に作成を試みられたものではあるが決して ICD ないし DSM に拮抗するものではない。

C. 研究結果

● ICD 掲載診断カテゴリーの使用頻度と重要性についての調査実施 (H20 年度)

「特定不能」「その他」のカテゴリーは、F0 から F9 までで F8 (児童・思春期の障害)を除き重要性においておしなべて低い評価であった。例外であった F8 であるが、これは操作的診断基準に則して明確な診断をつけるのが特に難しい領域を示唆していると言える。また全てのカテゴリーを通して必要性評価が使用頻度評価を上回る傾向がみられたが、これは回答者自身が臨床場面で遭遇するケースは少なくとも精神医学において必要な概念であるとの判断が働いたためであろう。

● 国際的診断基準の問題点に関する研究 (H21 年度)

総じて大幅な改変よりは現状維持を支持する回答者が多数であった。呼称変更の是非、総局障害の精神病性障害への再分類、障害の診断基準への包含に対しては消極的ないし否定的な回答が目立ち、NOS 診断および Co-morbidity の問題を巡っては操作的診断基準の性質上やむを得ないとの回答が多数であった。

● EDCAS 作成

EDCAS の概念的なベースは ICD-10 プライマリケア版に掲載されている診断に至るまでのフローチャートに近い。フローチャートはその性質上 Yes/No で答えつつ進む、いわば二者択一が可能という前提のアルゴリズムであるが、臨床においてはより段階的な評価が適切であることも多い。また、二者択一という性質上、一度見たてを誤ると最終的に臨床像と合致する診断名に辿り着くのは極めて困難という危険性もはらんでいる。しかし紙面上でのフローチャートと異なり、複雑な演算を汲みこむことを前提とした電子媒体であれば、多角的かつ段階的な評価を用いた臨床像のアプローチが可能となる。簡潔に述べるならば、本研究の目的はこのフローチャートをより高精度かつ柔軟なものに進化させる試みと換言することができよう。

EDCAS に組み込む診断カテゴリーが基本的に ICD-10 プライマリケア版掲載のものを踏襲したが、初期段階での試験的アルゴリズム構築が過度に煩雑にならぬよう児童思春期の障害は外し、また我が国で使用頻度が著しく低いことが把握できている(上記 H20 年度研究結果参照)精神衰弱も外した。アルゴリズムは、各障害に関連する症状およびその症状の表出どちらも段階的に評価できるように調整し、二重の重みづけによって各障害の典型的なプロファイルとの一致度が算出されるよう構築された。

尚 EDCAS は、かたちになることが示されたものの未だ試作段階にあり、精度の向上および妥当性の検討など、更なる研究が必要であることを添えておく。

D. 考察

本研究ではまず、ICD 掲載の各診断カテゴリーの使用状況と重要性を詳細にわたり調査した。使用頻度と重要性の認知度が必ずしも一致しないというデータは、使用頻度の低いものを軽視するような流れがやや見受けられ

る ICD、DSM の改訂作業の進め方に警鐘を鳴らすものと言えるであろう。更に、我が国の精神科医は現行の ICD を概ね大きな不満なくしており、少なくとも我が国では大幅な改訂は寧ろ混乱を招きかねないことが明らかとなった。

EDCAS は、前述の国内の状況を踏まえ、ICD そのもののあり方への変更を必要最小限に抑えつつ臨床的有用性を向上させる試みの一環として開発された。精度の向上をはじめ実際の運用まで未完成な部分が多いものの、大枠として十分に実現可能であることが示された。

E. 結論

国内の ICD 診断カテゴリー使用状況および ICD のあり方について調査を行い、その結果を踏まえ ICD 利用の補助となるツールを臨床

的有用性向上性のひとつのあり方として開発・提示した。

F. 健康危険情報

特記なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

松本ちひろ. ICD-11 に向けて日本から何が発信できるか: Clinical Utility の観点から. 第 30 回日本精神科診断学会 シンポジウム 2(福岡), 2010.11.12

H. 知的財産の出願・登録状況

必要に応じ登録予定

平成 20-22 年度 分担研究報告書

診断分類の枠組に関する研究

— 診断基準の構造および日本の精神科診断様式の問題点から —

染矢 俊幸

診断分類の枠組に関する研究

－診断基準の構造および日本の精神科診断様式の問題点から－

分担研究者

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

現在の診断基準の構造およびそれをを用いる側（我が国の精神科医の診断様式）のそれぞれの問題点を明らかにするために2つのアンケート調査を行い、診断分類の枠組みにおける改善策を提案した。

A. 研究目的

世界保健機構（WHO）が第10回国際疾病分類（ICD-10）を発売してから、既に20年近くが過ぎた。米国精神医学会の精神疾患の診断・統計マニュアル（DSM）の普及ともあいまって、今や操作的診断基準はわが国の精神科医にも若年層を中心に広く受け入れられている（Someya et al., 2001, Nakane et al., 2002, 岩永ら., 2009）。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。また、2015年のICD-11に向けて改訂作業が行われており、これまでに国内外で専門家による会議が繰り返され、その中で、ICD-11の新しい大分類、双極性障害におけるDSMとICDの相違およびその位置づけ、精神障害の診断モデル、および精神科診断基準における機能障害・能力障害についての問題点、うつ病エピソード重症度の妥当性及び閾値下障害の取り扱いについての問題が指摘された。

現在の診断基準の構造およびそれをを用いる側（我が国の精神科医の診断様式）のそれぞれの問題点を明らかにし、診断分類の枠組みにおける改善策を提案することを目的に、2

つのアンケート調査を行った。

B. 研究方法

1) 診断基準（ICD）の構造に関するアンケート調査

ICDの構造に関するアンケートを、日本精神科診断学会の全評議員に配布し52名から回答を得た。アンケートでは、a.ICD-11の大分類について、b.双極Ⅱ型障害の分類について、c.単一躁病エピソードの分類について、d.双極性障害の位置づけについて、e.統合失調感情障害のモデルについて、f.精神病性障害の診断分類におけるカテゴリー方式と次元方式の是非について、g.診断基準における精神疾患の機能障害・能力障害についての項目を設けた（表1）。h.うつ病エピソード重症度の妥当性及び閾値下障害の取り扱いについては、アンケート形式での検討が困難であったため、文献的考察を行った。

2) 我が国の精神科医の診断様式に関するアンケート調査

新潟、栃木、岐阜、滋賀の4地域の精神科医へアンケート（表2）を配布し、327名から回答を得た。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

表 1. 診断基準 (ICD) の構造に関するアンケートの内容

1. 診断の大分類についてお尋ねします。

ICD-10 精神および行動の障害では F0~F9 の大分類が用いられていました。2008 年 12 月に WHO 本部で開催された会議にて、ICD-11 においては、Neurocognitive Disorders (神経認知的障害)、Neurodevelopmental Disorders (神経発達の障害)、Psychoses (精神病群)、Emotional Disorders (感情障害) および Externalizing Disorders (外面化障害) の 5 つの大分類を基本にフィールド・トライアルを行うことが決定されました。

この 5 つの分類が、わが国の臨床現場にも受け入れられると思いますか？

はい いいえ

理由

2. 双極 II 型障害についてお尋ねします。

DSM においては独立した単位として診断されますが、ICD ではその他の双極感情障害 (F31.8) に含まれています。

ICD でも双極 II 型障害を独立した単位として診断するべきと考えますか？

はい いいえ

理由

3. 単一躁病エピソードについてお尋ねします。

DSM においては双極 I 型障害に含まれていますが、ICD ではその他の双極感情障害 (F31.8) に含まれています。

ICD でも単一躁病エピソードを双極 I 型障害に含めるべきと考えますか？

はい いいえ

理由

4. 双極性障害が含まれるべき診断カテゴリーについてお尋ねします。

DSM においても ICD においても双極性障害は気分 (感情) 障害に含まれていますが、精神病性障害に含めるべきだとする意見もあり議論になっています。

双極性障害が含まれるべき診断カテゴリーは以下のどちらが適切だと考えますか？

気分 (感情) 障害 精神病性障害

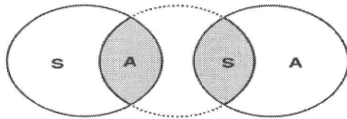
理由

5. 統合失調感情障害についてお尋ねします。

DSMにおいてもICDにおいても独立した単位として診断されます。しかし、統合失調症あるいは気分障害との境界については議論があり、下記の3つのモデルが提唱されています。

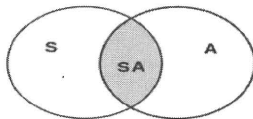
下記の3つのモデルの中でどれが最も適切だと考えますか？

Model 1



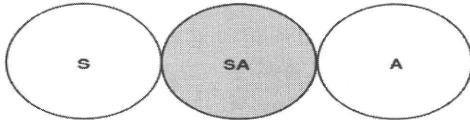
(1) 統合失調症と感情障害にそれぞれ気分症状と精神病性症状を伴うもの

Model 2



(2) 統合失調症と感情障害を合併しているもの

Model 3



(3) 特定の病態生理をもち分類学的に独立したもの

S : 統合失調症/精神病症状

A : 感情障害/気分症状

SA : 統合失調感情障害

理由

6. 精神病性障害の次元方式についてお尋ねします。

(1) DSMにおいてもICDにおいても精神病性障害の診断分類にはカテゴリー方式が採用されていますが、次元方式を採用するべきだとする意見もあり議論になっています。精神病性障害の診断分類には以下のどちらの方式を採用するのが適切だと考えますか？

カテゴリー方式

次元方式

理由

(2) 上記で次元方式とお答えになった方のみにお尋ねします。

必要だと考えられる次元の数と内容をお答えください。

数 個

内容

7. 精神疾患における機能障害、能力障害についてお尋ねします。

DSMに記載されている疾患の約7割において、社会的または職業的機能の低下について言及されていますが、ICD-10においては約3割にとどまっています（例えば、ICD-10の認知症、統合失調症、PTSD・GADなどの不安障害や身体表現性障害では社会的または職業的機能の低下についての記載はありません）。

この点について、ご意見をお聞かせください。

コメント

表2. 我が国の精神科医の診断様式に関するアンケートの内容

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（記述の特徴、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

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の問題はないと考えられる。

C. 研究結果

1) 診断基準(ICD)の構造に関する

アンケート調査

a. ICD-11の大分類について

ICD-11における5つの大分類、Neurocognitive Disorders(神経認知的障害)、Neurodevelopmental Disorders(神経発達の障害)、Psychoses(精神病群)、Emotional Disorders(感情障害)およびExternalizing Disorders(外面化障害)が、わが国の臨床現場にも受け入れられるかという質問項目に対して、「はい」が65%(n=34)、「いいえ」が27%(n=14)、

「無回答」が8%(n=4)であった。

「はい」の理由としては、「最近の研究成果および実地臨床とよくあっている」、「より生物学的な観点から疾患を分類できる」、「これまでの10分類は多すぎた」、「ICD-10はいわゆる従来診断の枠組みを十分に払拭されていないため、診断の操作性が十分に保たれないので不満足なものだった」等の積極的な意見も見られたが、これらは1割程度と少数で、大多数は「決まったことなので仕方がない」、「慣れるしかない」といった回答であった。「いいえ」の理由としては、「外面化障害が分かりづらく混乱が予想される」、「神経症概念の解体が受け入れられない。分類が困難で不明瞭」等、外面化障害と神経症の位置づけについてのものが大半であった。

b. 双極II型障害について

双極II型障害は、DSMでは独立した疾患単位として診断されているが、ICDではその他の双極感情障害(F31.8)に含まれており、DSMとICDの間に解離がある。ICDでも双極II型障害を独立した単位として診断すべきかという質問項目に対して、「はい」が67%(n=35)、「いいえ」が33%(n=17)であった。

「はい」の理由として、「双極II型障害の症例を、臨床上多く経験する」、「臨床現場での有用性が高い」、「治療が変わってくる」等、臨床に則した意見が多かった。また、「周期性感情障害概念の確立が必要である」、「spectrum disorderとした上で、I型、II型と分ける意義はある」、「物質誘発性はどう扱うのか」といった診断体系の見直しについての意見も少数ながら見られた。「いいえ」の理由については、「双極II型障害と診断するには、長い経過をみる必要がある」といったI型とII型の移行の問題を指摘する意見が大半であった。

c. 単一躁病エピソードについて

躁病エピソードのみの病態は、DSMでは双極I型障害に含まれるが、ICDではその他の双極感情障害に含まれる。ICDでも単一躁病

エピソードを双極 I 型障害に含めるべきかという質問に対しては、「はい」が 61% (n = 32)、「いいえ」が 35% (n = 18)、「無回答」が 4% (n = 2) であった。

「はい」の理由については、「DSM と統一すべき」、「治療の必要性について説明しやすい」、「生物学的基盤が同じである」等の意見がみられた。「いいえ」については、設問 2 同様に「長い経過をみないと判断できない」との指摘が多かった。

d. 双極性障害の診断カテゴリーについて

現在、双極性障害は、DSM と ICD のいずれにおいても、気分（感情）障害のカテゴリーに含まれているが、最近では精神病性障害に含めるべきといった議論もある。双極性障害が含まれるべき診断カテゴリーはどちらが適切かという質問に対して、「気分（感情）障害」が 85% (n = 44)、「精神病性障害」が 12% (n = 6)、「無回答」が 4% (n = 2) であった。

「気分（感情）障害」の理由としては、「症候学的には気分障害である」、「自我障害が精神病の本態と考えるので、自我障害のない双極性障害を入れるのは反対」といった症候学に関する指摘と、「画像研究で、統合失調症と病態が異なることが分かっている」、「薬剤反応性が異なる」等の生物学的側面に関する指摘に分かれた。また「精神病という用語がスティグマを生む」といった理由もみられた。「精神病性障害」の理由としては、「生物学的な知見から」、「先行研究のデータより」といった過去の分子遺伝研究に基づく意見が多かった。

e. 統合失調感情障害について

統合失調感情障害は、DSM においても ICD においても独立した単位として扱われている。しかし、統合失調症あるいは気分障害との境界については議論があるが、いずれのモデル（表 1）が適切であるかとの質問に対して、「(1) 統合失調症と感情障害にそれぞれ気分症状と精神病性症状を伴うもの」が 27% (n = 14)、「(2) 統合失調症と感情障害を合併し

ているもの」が 42% (n = 22)、「(3) 特定の病態生理をもち分類学的に独立したもの」が 19% (n = 10)、「その他および無回答」が 12% (n = 6) であった。

(1) の理由としては、「時期により病状が移行するから」、「両症状の混合には色々な段階がある」等であった。(2) の理由としては、「(1) なら統合失調感情障害というカテゴリーはいらない。(3) ならさらに統合失調症-統合失調感情障害と統合失調感情障害-感情障害の境界が生じてしまう」、「まさに合併という例をよく見かける」等であった。(3) の理由は「研究的に病態などが検討しやすい」、「境界を決めることは難しい作業であり、従来どおり独立したものとしたほうが临床上混乱が少ない」等であり、また (1) から (3) すべてにおいて「従来の非定型精神病に当てはまる」との意見がみられた。その他、「統合失調感情障害の中に 1, 2, 3 の特定を入れてみては」、「(2) と (3) の両方が存在する」との意見もあった。

f. 精神病性障害の次元方式について

現在、DSM においても ICD においても精神病性障害の診断分類にはカテゴリー方式が採用されているが、次元方式を採用すべきだとする意見もあり議論になっている。これに関連して精神病性障害の診断分類にはどちらの方式を採用するのが適切かという質問に対しては、「カテゴリー方式」が 71% (n = 37)、「次元方式」が 12% (n = 6)、「両方」が 6% (n = 3)、「無回答」が 12% (n = 6) であった。「カテゴリー方式」の理由としては、「現時点では次元方式を採用するエビデンスがない」、「カテゴリー方式の方が使用しやすい」といったものが大半であった。

「次元方式」の理由では、「多様性を重視した場合、次元方式が現実的」、「精神病理、生物学的研究、治療反応性など、疾患を捉える妥当性に優れている」等が挙げられ、また「無回答」の中にも「いずれは次元方式となるだろ

う」との意見があった。

さらに、次元方式と答えた者には必要と思われる次元数についての回答も求めた。その結果、3つが60%、5つが40%であった。具体例としては、「時間軸（臨床経過と診断分類に入れるのに必要）、症状深度（社会機能との関わりを入れる尺度）、精神内界の荒廃の程度を示す尺度」、「陽性、陰性、感情」が挙げられていた。

g. 精神疾患における機能障害、能力障害について

DSMに記載されている疾患の約7割において、社会的または職業的機能の低下について言及されているが、ICD-10においてはその記載率は約3割にとどまっている。この問題について、自由記述式に回答を求めた。その結果、「言及すべき」という意見が63%と過半数をしめた。その他では、「今のままでよい」という意見が10%であり、少数意見としては「ICDでは国際生活機能分類-国際障害分類改訂版-（ICF）を併用することでこの問題を解決できる」との意見や「疾患による」、「早期診断・早期治療を推進している立場としては、機能低下にこだわるべきではない」等の意見がみられた。

h. うつ病エピソード重症度の妥当性及び閾値下障害の取り扱いについて

この問題については文献的考察による検討を行った。詳細は考察にて記す。

2) 我が国の精神科医の診断様式に関するアンケート調査

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20.2%（n=66）、②ICD8または9が0.3%（n=1）、③ICD-10の記述（概念）が28.7%（n=94）、④ICD-10-DCR（研究用診断基準）が2.8%（n=9）、⑤DSM-IIIまたはDSM-III-Rが0.3%（n=1）、⑥DSM-IVが6.4%（n=21）、⑦DSM-IV-TRが40.7%（n=133）で無効回答が0.6%（n=2）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」（49.2%、n=161）、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」（50.2%、n=164）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3）

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73.7%（n=241）おり、基準派で73.1%（n=120）、記述派で75.2%（n=121）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n=43、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16.4%（n=27）しかいなかった。（記述派は9.9%、n=16）

b. 統合失調症

記述派の49.1%（n=79）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40.2%（n=66）と最も多く、「ミニD」も22.0%（n=36）いた。記述派では国際的診断基準を用いない群がn=129、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37.9%（n=61）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29.3%（n=48）と最も多く、「ミニD」も21.3%（n=35）いた。記述派では国際的診断基準を用いない群がn=111、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。

表 3. 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

D. 考察

1) 診断基準 (ICD) の構造に関する

アンケート調査

ICD-11 に向けての大きな変化として、診断大分類の再編成が挙げられる。本調査の結果、この変化は積極的にではないものの概ね受け入れられているようである。しかしながら、Externalizing Disorders (外面化障害) のような新しい概念は一般に馴染みがうすく、導入の際には詳細な説明が必要と思われる。

また、DSM と ICD で解離がある双極 II 型障害と単一躁病エピソードについても調査を行った。いずれの疾患概念についても、ICD の記載を DSM に近づける/統一するべきとの意見を 6 割程度認めたが、双極 II 型障害の独立性を疑問視する意見や単一躁病の存在を重視して現状のままとどめるべきという意見も

少数ながらみられた。また、双極性障害を、気分 (感情) 障害と精神病性障害のいずれに分類すべきかという議論については、わが国の専門家の大半が気分 (感情) 障害と回答していた。最近の分子遺伝研究の成果を根拠に精神病性障害と回答したものは、1 割にとどまった。今後、双極性障害を精神病性障害に含めるといった動向もあるが、まだまだ検討が必要な事項であり、わが国の精神科医にはまだ十分に受け入れられてはいないと考えられる。

精神病性障害については、統合失調感情障害の病態モデルと診断分類に関する質問を設けた。統合失調感情障害の病態モデルについては、回答が大きく割れ診断学の専門家においても病態の認識が困難である疾患概念であることが示唆された。現在の診断基準が分か

りにくいものである可能性があり、診断基準の見直しが必要かもしれない。

精神障害の診断分類に次元方式を採用すべきだという議論に対する回答は、現時点では次元方式を採用するエビデンスが乏しいため、カテゴリー方式を継続すべきとの意見が大半であった。

精神科診断基準における社会的または職業的機能の低下の記載の必要性についての質問については、6割程度が言及すべきと回答していた。しかしながら、ICDにおいてはICFを用いて、これらの機能の評価が可能である。今後は、ICDにおいてこの点を強調していく必要があると考えられる。

うつ病エピソードの妥当性については、過去の大規模調査において、ICD-10のうつ病エピソードの重症と診断された患者は軽症とされた患者よりも再発率が1.7倍高く、自殺の可能性が2.1倍高かったと報告されている(Kessing et al.,2004)。このため、うつ病の重症度分類によって自殺及び再発率の予測が可能であると考えられる。また、同研究では、初回入院時に重症うつ病エピソードと診断された患者の77.6%が再入院時にも気分障害と診断されたのに対し、初回に軽症うつ病エピソードとされた患者の59.1%のみが再入院時に気分障害と診断されたと報告されており、重症度が高いほど診断の信頼性が高まるとしている。この結果からは重症度分類についてある程度の妥当性はあると考えられる。ただし、この他にICD-10のうつ病エピソードの重症度分類につき検討した論文は乏しく、さらなる検討が必要である。また、重症度と臨床効果の関連を検討する多くの研究は、HAM-D (Hamilton Depression Rating Scale) や MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) といった評価尺度を用いている(Bondolfi et al.,2006)が、ICD-10の重症度分類とこれらの評価尺度の間に互換性がなく、ICD-10にて重症度分類された対象をこれら

の研究結果と照らし合わせる事が困難である。ICD-11に向けて、HAM-D や MADRS 等の評価尺度と互換性のある重症度分類の確立と、主観的な表現を取り除いた診断基準の作成が望まれる。

一方、閾値下の抑うつ性障害の取り扱いについて、ICD-10では“うつ病エピソードの記述に適合しないが、全体的な診断的印象からその本質において抑うつ的と示唆されるエピソード”は、“他のうつ病エピソード”に含めるべきとされている。しかし“全体的な診断的印象”との表現は曖昧であり主観的判断が入りやすく、またその治療効果も十分に検討されていない。軽症うつ病やDSMにおける小うつ病性障害を対象にした研究では、抗うつ薬とプラセボの効果に差が見られなくなる報告(Paykel et al.,1988,Barrett et al.,2001)が散見されており、うつ病エピソードを満たす群と閾値未満の障害では治療法が異なってくる可能性がある。今後、うつ病エピソードでは閾値未満となる障害にも定義付けを行い、さらなる治療効果の検討を行っていく必要があるだろう。

2) 我が国の精神科医の診断様式に関する

アンケート調査

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。

a. 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。また、認知症の診断において生物学的な疾患分類と症状分類を両方行い、記載しなければならず、手続きが煩雑である(三好., 2006)との指摘もある。こうした疾患領域では診断基準自体に検査所見を組み入れ、一つの軸内で症状分類、疾患分類が記載できるようにするなどの改善が診断分類の妥当性を高めるために有用と思われた。

b. 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。このことは操作的診断基準のチェックリスト的使用のみでは、縦断的な病歴聴取が軽視される(Andreasen., 2007)と感じている精神科医が我が国においても数多く存在することを示している。記述派のなかで最も多い「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。

c. 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 割もおり、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

診断分類の枠組みにおける改善策を提案することを目的に、2 つのアンケート調査を行った。

1) 診断基準診断基準(ICD)の構造に関するアンケート調査からは①外面化障害のような馴染みの薄い新しい概念は導入の際により詳細な説明を加える、②統合失調感情障害のような専門家においても病態の認識が困難である疾患概念の定義をより明確にする、③現時点でエビデンスが不十分な事項(双極性障害の精神病性障害への組入れ、次元方式)への変更は控える、④ICDにおいて機能評価が可能な ICF をさらに強調する、⑤HAM-D や MADRS 等の評価尺度と互換性のある重症度分類を確立し、主観的な表現を取り除く、⑥うつ病エピソードでは閾値未満となる障害にも定義付けを行い、さらなる治療効果の検討を行っていくことが、2) 我が国の精神科医の診断様式に関するアンケート調査からは、①器質的要因が明らかな疾患においては診断基準自体に検査所見を組み入れ、一つの軸内で症状分類、疾患分類が記載できるようにする、②鑑別診断に迷うグループを特性により分類し、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、などの提言を行った。また、診断基準を用いる側の質の担保を行うシステムの構築も必要であることを指摘した。

今後、本調査結果が診断分類の枠組みをより有益なものへ改変するために活用されることを期待する。

F. 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 52 (9): 891-898, 2010.

2. 学会発表

シンポジウム「ICD-11 に向けてアジア・日本からの提言」第 28 回日本精神科診断学会学術集会, 2008.10.10, 札幌

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

シンポジウム「ICD-11 に向けて日本から何が発信できるか」, 2010.11.12, 福岡

G. 知的財産権の出願・登録情報

特記事項なし

平成 20-22 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

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
平成 20-22 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

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・教授）

研究協力者

中野 豪一（栄寿会 真珠円療養所）

岩永 洋一（心の杜・新宿クリニック）

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）

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いがたい状況である。平成 20 年度、21 年度に渡り、臨床の場で活用する一般医の精神医学診断に対する態度を明らかにするために、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、調査を行ってきた。最終年度はそれらから得られた結果を元に、プライマリケアにおける精神医学診断について考察する。

【方法】2008 年度 Preliminary 研究として、佐賀県下の 687 の医療施設を対象に行った。2009 年度は、対象は、東京、宮崎、長崎の内科医会会員を対象に質問票を改訂し調査した。調査内容は、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、これら質問調査票を郵送により配布し、FAX にて回収を行った。

【結果】2008 年度、2009 年度を通して、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、ほとんどが伝統的・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最も多かった。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。ICD-11-PC の改訂に向けて、(1) 教育的な精神障害に関する診断と治療に関する記述 (2) インフォームドコンセントの実践のためにも適切で有用な診断名 (3) プライマリ・ケア場面で遭遇する精神障害の適切な選択 (4) ICD-11-PC を補完するための解説の準備の 4 点が重要ではないかと考えられた。

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

プライマリケア分野における精神障害については、身体疾患との関連が無視できない。このことについて、Goldberg によれば、以下の 4 つの状態が指摘される。

(1) 精神疾患を二次的に伴ってくる身体疾患：1.8%

1. 発現する身体症状はすべて身体疾患に起因しており、
2. 精神疾患に対して治療を行ったからといって身体症状は軽減されることなく、
3. その精神疾患そのものが身体疾患なしには発症してこない。

(2) 無関係の精神疾患を偶然に併発した身体疾患：5.4%

ここでは両者の間に病因的な関連性はなく、一方の治療が他に影響することもない。

(3) 身体化した精神疾患：9.4%

この場合、

1. 明らかな精神疾患 (ICD-10/DSM-IV といった国際的な疾病分類に見られるようなもの) が存在しているものの、
2. 患者は全ての問題をそうした身体症状を呈するような身体疾患に帰したり、逆に発現してきた症状が何らかの精神的問題を惹起したと考えたりしているために、

3. 身体症状に対して精神科的なコンサルテーションをする必要があり、

4. 精神疾患の治療によって初めて、身体症状を消退させたり軽減したりできる。

(4) 完全に精神疾患：7.8%

この場合、身体症状は全く存在しないか、例えあっても患者はそれを精神疾患の一部であると見なし得るほどであることが多い。

[以上を併せると 23.4%]

上記以外では、

○ 身体疾患だけ：45.6%、

○ 子どもの病気についての相談：16.8%、

○ 少し神経質ではあるが身体疾患だけに罹患：8.3%、

○ その他：4.9%

これらの結果を元に、Goldberg は、ICD-10F において Common Mental Disorders; CMDs を表 1 のように定義している。

さらに、Wilma らによる Nemesis study (2001 年) により、CMDs の構造について 3-dimensional model として解析されている (表 2)。

このようにプライマリケア分野における精神障害は、その診断や治療的介入も含めて重要と考えられている。

すで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

表 1. Goldberg による ICD-10F における
Common Mental Disorders; CMDs

Depression (Mood [affective] disorders)
F32 Depressive episode
F33 Recurrent depressive disorder
F34.1 Dysthymia
Neurotic, stress-related and somatoform disorders
F40 Phobic anxiety disorders
F41.0 Panic disorder
F41.1 Generalized anxiety disorder
F41.2 Mixed anxiety and depressive disorder
F42 Obsessive-compulsive disorder
F43.2 Adjustment disorders
Somatoform disorders
F45.0 Somatization disorder
F45.1 Undifferentiated somatoform disorder
F48.0 Neurasthenia

表 2. 3-dimensional model

1. first dimension: substance use disorders (alcohol dependence, drug dependence)
2. second dimension: mood disorders (major depression, dysthymia), including generalized anxiety disorder;
3. third dimension: anxiety disorders (simple phobia, social phobia, agoraphobia, and panic disorder)

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。しかし、それらが十分に我が国において活用されていない現状がある。このため我が国での精神医学診断システムの運用と問題点、さらには ICD-11 の改訂に向けての提言をおこなうため、本研究を行った。

B. 対象と方法

2008 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。

これらの結果を踏まえ、2009 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。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。

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