

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らぬよう留意した。

## C. 結果

### 1. 調査回答者背景

2008年度の調査においては、佐賀県下の精神科を除く医療施設を対象としている。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。

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。

2009年度の調査においては、各地域における内科医会会員数は全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。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。

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。

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いない精神科診断

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ない指標については、2008年度調査では、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。このため、質問を吟味して、内科医を対象とした調査においても、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%であった。ICDやDSMを併用する例も少数ながら認められたが、ICDやDSMといった

診断システムの利用は、10%程度でありほとんど使用されていなかった。これらの結果からみても、我が国において、精神医学診断システムとしてのICDあるいはDSMは、十分な活用がなされていない現状が明らかとなった。

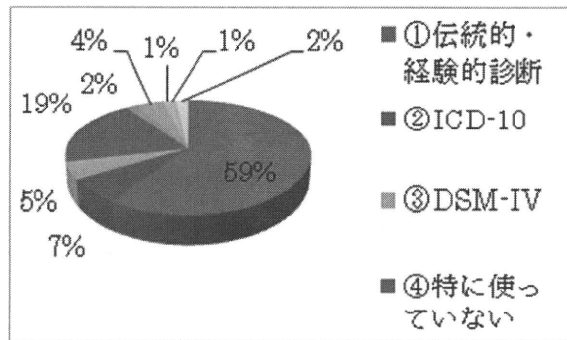


図 1. 精神障害診断で参考とするもの

### 3. 精神障害に関する診断と治療への態度

#### (1) 対象精神障害への態度

2008 年度調査においては、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。

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。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。また、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。

一方、2009 年度での 34 の精神障害についてその知識から 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。この結果から、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。精神科領域の障害について知識の正確さについては調査していないが、ある程度の知識を持っている一方で、診断や特に治療についての関心は決して高いとは言えない。

#### (2) 精神障害毎の知識、診断、治療

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

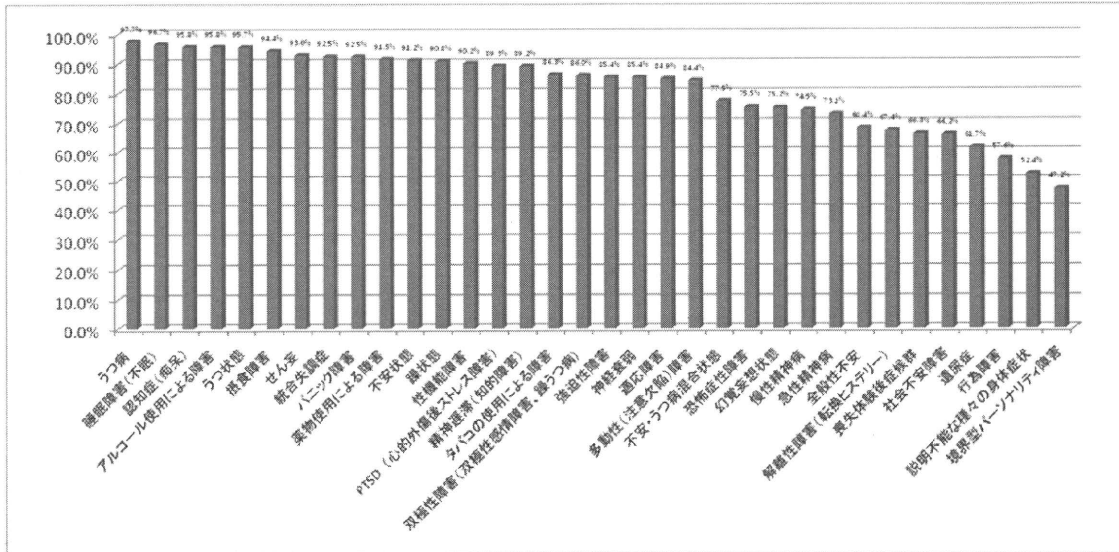


図 2. 34 の精神障害に関する知識

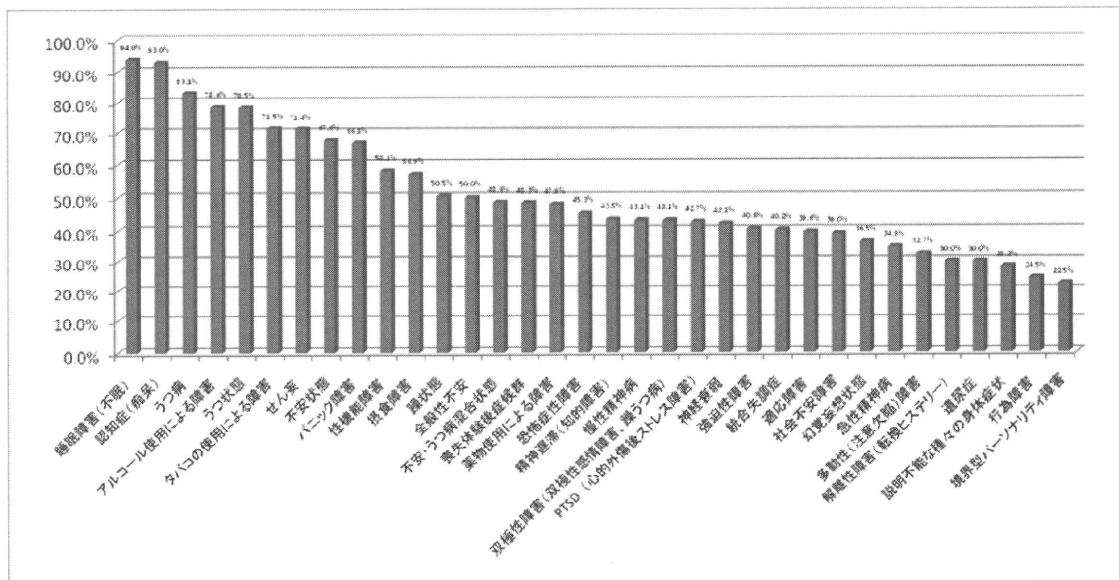


図 3. 34 の精神障害に関する暫定診断

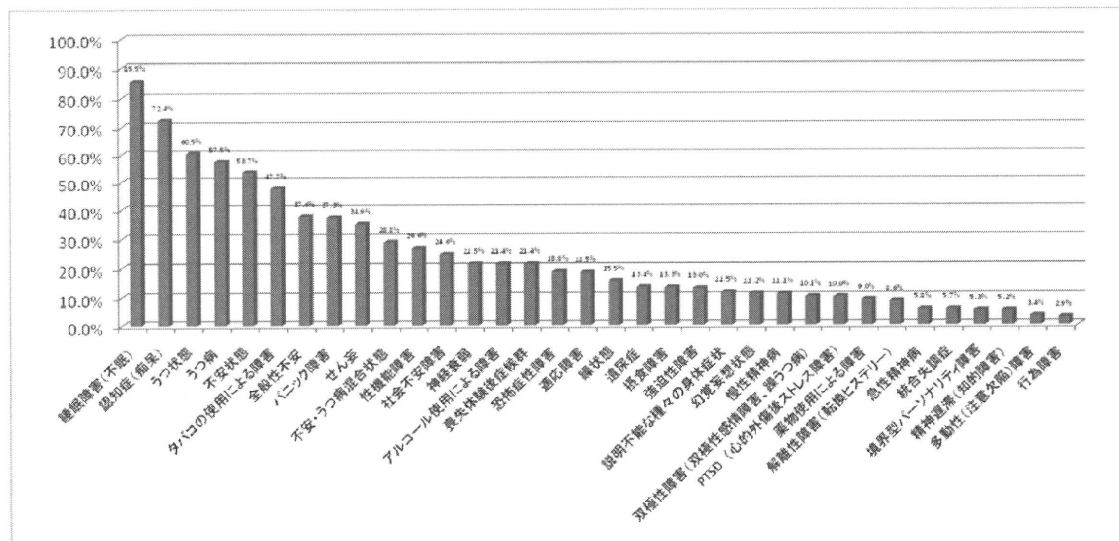


図 4. 34 の精神障害に関する初期治療

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が多かったものは、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。

### (3) 知識、診断、治療に基づく精神障害の4グループ

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

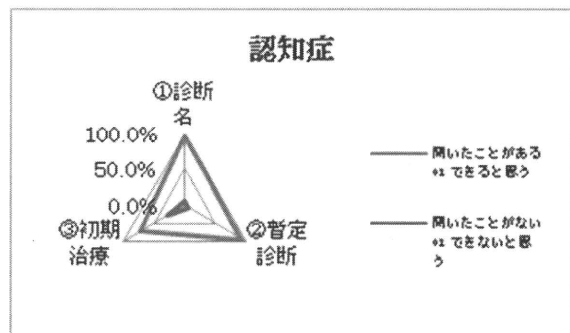


図 5. グループ A

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

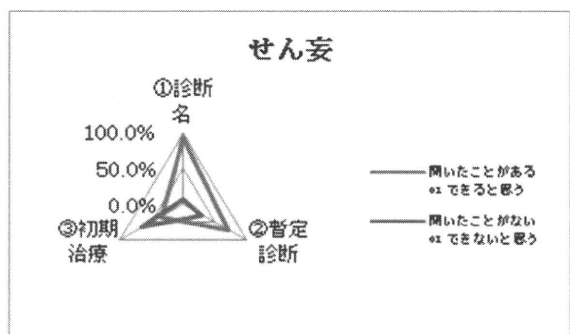


図 6. グループ B

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

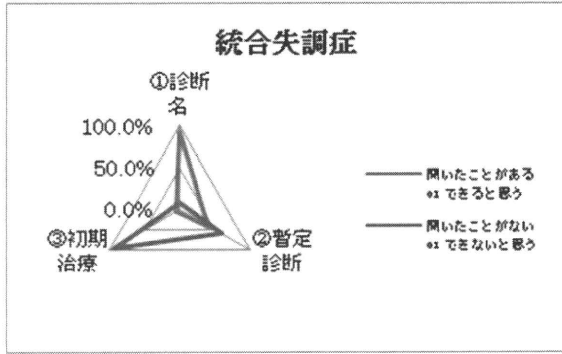


図7. グループC

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

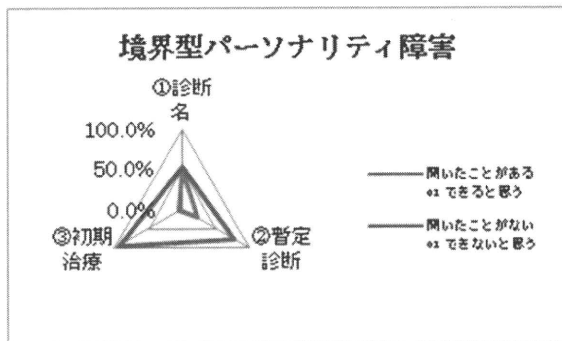


図8. グループD

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。

#### 4. 期待される精神障害診断システム

##### (1) 精神障害の診断システム

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%（2008年度）、67%（2009年度）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両年度とも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%（2008年度）、21%（2009年度）であった。

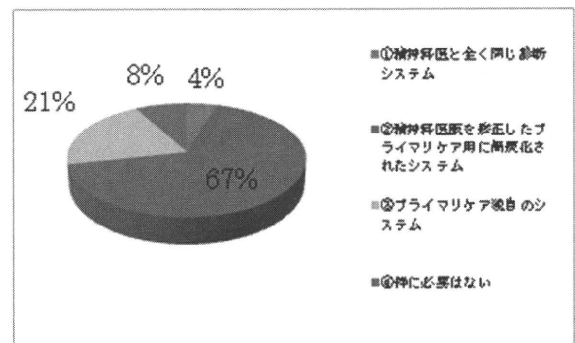


図9. 希望する精神障害診断システム

##### (2) 適切と思われる精神科診断カテゴリ数

2008年度調査では、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。2009年度調査では、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。

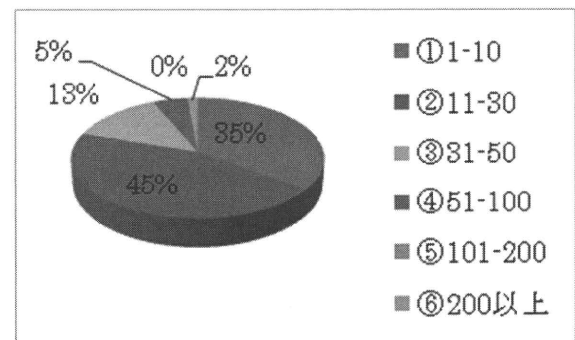


図10. 適切と思われる精神障害診断カテゴリ数

### (3) 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 11）。

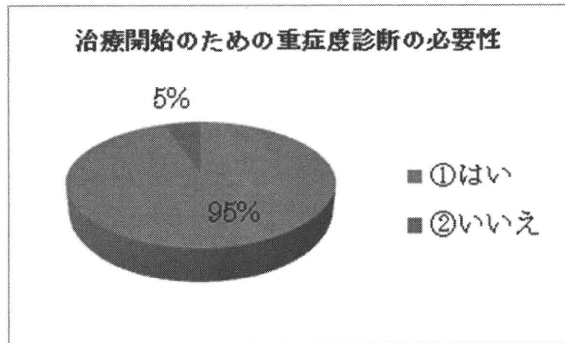


図 11. 治療開始のための重症度診断の必要性

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 12）。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。

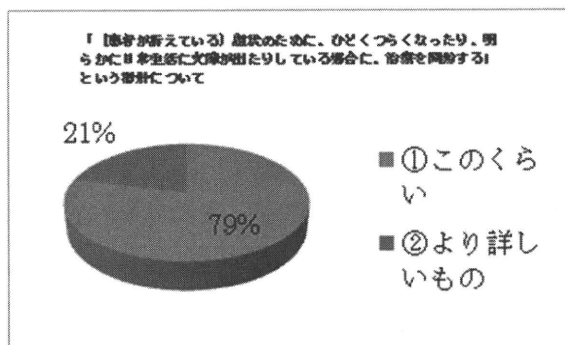


図 12. 適切な指針

### 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。これらの結果をまとめ、以下のようなことが指摘できると考えている。

#### 1. 精神医学教育の重要性

精神医学に関する知識については、通常医学部、臨床研修医、あるいは一般臨床医を通じて触れる機会があると思われる。しかし、その中で ICD あるいは DSM といった、診断システムが十分浸透していないことが明らかとなった。

おそらく大学教育、臨床研修においては、精神医学に関する教育がなされており、その中で、精神症状に関する症候学や、精神医学診断の講義や研修が行われている。しかし、一般診療医にとって精神医学に触れる機会は決して多いものではないということが実感される。これは、関心・興味の問題も含め、治療的医療連携を考える上でも問題であろう。実際の調査の中でも、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。

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、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られる。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。また心的外傷後ストレス障害のような医療場面のみでなく裁判等でも扱われるような



精神障害について仮にプライマリ・ケアでどのように評価できるか検討も必要であろう。一般医の臨床において、どのような精神障害を扱っていくのか検討を要する。

また、自殺関連については保険診療上の配慮があるものの、未だ十分といえないのかも知れない。豪州などでは一般医のための精神障害の教育テキストも開発されており、我が国においても導入を検討することも必要ではないかと考えられる。

## 2. 適切な診断名

精神分裂病から統合失調症に呼称変更がなされて9年になる。この変化は病名告知を始めとした治療場面での活用もなされており、スティグマの克服に役立っている。海外でも呼称変更のみではない、障害のコンセプトの変化は非常に高い注目を集めている。このため、今後 ICD-11 の改定に向けても積極的な呼称の検討がなされている。特にプライマリケア分野においては、精神障害に関する正しい理解がなされないまま病名のイメージのみが先行する危険性がある。たとえば、適応障害については本来の「はっきりと確認できる大きなストレス、及び継続的、反復的にかかり続けるストレスによる症状」ではなく、「適応能力の低い素質がある個人的問題」という理解であるケースも経験される。このように、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、正確な精神障害に関する知識と適切な診断名が必要であると考えられる。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。

## 3. 精神医学診断・治療技術の向上

WHO の ICD-10-PC と、APA の DSM-IV-PC 以外にも、WONCA（世界家庭医機構：World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians）による、ICPC-2 がある。この活動の歴史は古く、ICD-8 に基づいて世界の家庭医（一般医、総合診療医）に受け入れられるための分類項目を開発し、1975 年にプライマリ・ケア健康問題国際分類（International Classification of Health Problems in Primary Care；ICHPPC）初版が発行されたことから始まる。その後、ICD-9 への改訂に伴い、ICHPPC 第 2 版が作成された。さらに、受診理由国際分類（RFEC）を開発し、診療行為と診断病名も同時に分類することができる ICPC へと発展させ、1987 年に ICPC 初版として発行した。1992 年の ICD-10 の出版とともに、重症度評価と機能・適応状態を評価できる ICPC-2 と発展している。

この他、内科診療の現場における精神科疾患の診かたを学ぶ教育訓練システムとして PIPC（Psychiatry In Primary Care）の活動も我が国に広がりつつある。このように、プライマリケア分野においても、精神保健・精神医療への関心が高まってきている現状がある。このためこのような活動や研究に一般医のみならず精神科医が参加する機会を作り、精神医学に触れる機会を増やすことで、一般医の精神医療に関する診断・治療技術の向上を目指すのではないかと考えられる。

## 4. ICD-11-PC の改訂に向けて

ICD-11-PC の改訂に向けて、以下のようにまとめることができるかも知れない。

(1) 教育的な精神障害に関する診断と治療に

関する記述がより必要であること。

(2) 適切な診断名(英語名、日本語訳名)が必要である。インフォームドコンセントの実践にも必要と考える。

(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が必要である。

(4) 一般医と精神科医の診断・治療技術の向上のため、ICD-11-PCを補完することができる情報(たとえば使用のための解説書)が必要であろう。

現在、ICD-11-PCの改訂に向けてGoldbergを中心にドラフトが作成されている。すでに第1校は、筆者を含め関係者に公開され、コメントを提出した。現在のICD-10-PCと比較し、かなり大幅な変更も予感させるドラフトであった。最終校の作成段階であり、その後はフィールド・トライアルも検討されることが予想される。

そのため、我が国においても積極的に参加し、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) 中根秀之：プライマリ・ケア・バージョン ICD システムの開発のために。日本精神科診断学会誌：2011 (in press)

学会報告

(1) 中根秀之：プライマリ・ケア・バージョン ICD システムの開発のために。(シンポジウム：ICD-11に向けて日本から何が発信できるか) 第30回日本精神科診断学会 平成22年11月11-12日(福岡・日本)

(2) Hideyuki Nakane, Hiroyuki Ando, Ohno Yutaka, Chihiro Matsumoto, Toshimasa Maruta,

Yoshibumi Nakane: The utilization of the psychiatric diagnostic systems in the primary care in Japan 20th WASP (世界社会精神医学会) 2010年10月23-27日(マラケシュ・モロッコ)

(3) Hideyuki Nakane, Ohno Yutaka, Chihiro Matsumoto, Toshimasa Maruta, Hirohisa Kinoshita, Hitoshi Ichinose, Ryoichiro Iwanaga, Goro Tanaka, Yoshibumi Nakane: The application of the psychiatric diagnostic systems in Japanese physician 13th IFPE (国際精神医学的疫学研究学会) 2011年3月30日-4月2日(高雄・台湾)

## 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
  - 6) 重本洋定、藤田伸輔、山岡雅顕 : プライマリ・ケア国際分類第2版．日本プライマリ・ケア学会，東京，2002

平成 20-22 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とその社会的影響-

針間 博彦

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とその社会的影響-

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

初年度は、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。

2 年度は、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。

3 年度は、精神鑑定における鑑定人の操作的診断に対する意識を明らかにすることを目的に、鑑定経験の豊富な精神科医師を対象に精神鑑定と操作的診断の関係についてアンケート調査を行った。その結果、ICD-10 は精神医学の共通言語として精神鑑定においても広く用いられていることが明らかになったが、病因論の欠如や類型診断と疾患診断の混同などの問題も指摘された。これらのことから、動機・原因を重要視する精神鑑定では、事例や疾患によっては伝統的診断またはそれによる補足も必要と考えられた。そして、我が国では ICD-10 は公文書に使用されるなど影響は大きいことから、改訂後の ICD-11 においては、精神鑑定におけるその限界や使用上の注意を明確に示す必要が示唆された。

A. 研究目的

初年度は、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、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）がいかに用

いられているかに関する現状を調査した。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した。

### 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した。

### 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。そこで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。

2年度は、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。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。

3年度は、2年度に行った調査の規模を拡大し、鑑定経験の豊富な医師を対象にアンケート調査を行うことにより、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ことを目的とした。

## B. 研究方法

### 初年度

#### 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。

2 年度は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。

3 年度は精神鑑定における鑑定人の操作的診断に対する意識を明らかにすることを目的に、協力の得られた精神鑑定の経験が豊富な精神科医 20 名(全国 16 施設)を対症として、電話にて協力を依頼し、質問紙を郵送してアンケート調査を行った。

## C. 結果

### 初年度

#### 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

表には、入院時に表記されていた診断名を列举し、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。

下された診断名の数は合計で 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 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表に示した。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。成人のパ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

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

## 2年度

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 どちらかというに適していない 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

**3年度**

以下の質問に対する回答が得られた。

**Q1 責任能力・鑑定経験数は？**

50件以上	12名
30-49件	5名
10-29件	3名

**Q2 鑑定での診断・記載方法は？**

ICD-10のみ	8名
ICD-10+伝統的診断	5名
DSMIV+伝統的診断	3名
ICD-10+DSMIV+伝統的診断	2名
DSMIVのみ	1名
伝統的診断のみ	1名

**Q3 伝統的診断は鑑定に適していると思うか**

適している	2名
どちらかというに適している	9名
どちらともいえない	6名
どちらかというに適していない	2名
適していない	1名

**Q4 操作的診断は鑑定に適していると思う**

適している	3名
どちらかというに適している	9名
どちらともいえない	5名
どちらかというに適していない	3名
適していない	0名

**Q5 鑑定ではICDとDSMのどちらが適していると思うか**

ICD-10	7名
DSMIV	2名
ともに適している	3名
どちらともいえない	8名

**Q6 操作的診断の利点は**

標準化されている	17名
専門家以外に説明しやすい	16名
専門家以外に理解されやすい	6名
信頼性が高い	4名

**Q7 操作的診断の問題点は**

病因論の不在	15名
類型診断と疾患診断が混同される	11名
優先順位が不明確で診断の羅列になる	

重症度が評価されない、その他	2名
----------------	----

**Q8 統合失調型障害などICD-10とDSMIVで取扱いの違う疾患ではどちらの操作的診断を優先するか**

ICD-10	10名
DSMIV	3名
事例による	7名

**Q9 操作的診断では十分な説明ができない疾患は何か**

精神作用物質による 残遺性精神病性障害	13名
覚せい剤による急性中毒	9名
精神作用物質による精神病性障害	8名
解離性障害	8名
広汎性発達障害	8名
アルコールによる急性中毒	6名
統合失調型障害	6名
適応障害	6名

- パーソナリティ障害 6名
- 症状性を含む器質性精神病性障害 5名
- 急性一過性精神病性障害 5名

#### D. 考察

初年度の措置入院に関す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。

一方、司法鑑定については、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、初年度の研究は対象数 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。

その結果、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。

この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。

2 年度に行った調査によれば、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 DSM-IV 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あった。

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を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。

この調査では、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。

最後に、3年度に行った調査によれば、精神鑑定で操作的診断のうちICD-10のみを使用しているものは13名（DSMIVのみを使用しているものは4名）だった。そして、その利点として標準化されていることや説明のしやすさを挙げているものが12名であった。このことは第3者の関与が多い司法場面では、ICD-10は共通言語として有効であることを示唆している。その一方で、精神鑑定での適格性についての質問には、8名がDSMIVとの優位性を明確にしなかった。これは医学的根拠以外の理由（行政文書やガイドラインの推奨）などが影響していると推測された。また、精神鑑定でICD-10を単独に使用しているものは7名だったが、操作的診断に伝統的診断を併用しているもの10名だった。そして伝統的診断が鑑定に適しているとするものは11名だった。この結果は、鑑定ではICD-10だけでは不十分と考える医師が多いことを示していると考えられる。

ICD-10を含む操作的診断の問題点として病因論の不在を挙げるものが15名と多く、さらに類型診断や疾患診断の混同、優先順位の不明確さも問題視されていた。これは精神鑑定では原因や動機が重要視されることが関連していると考えられ、また、疾患によっては操作的診断だけでは十分な説明ができないことなどが示されていると思われた。これらのことから事例や疾患によっては伝統的診断が必要な場合があると考えられた。

司法精神医学、特に精神鑑定はその国の法律、司法・医度制度（医療モデルか司法モデルか、保安処分の有無など）、文化などが反映される。そして、ICD-11の想定する機能は5

つ（臨床領域、研究領域、教育及びトレーニング、公衆衛生、統計報告）（丸田、2008）で、司法精神医学領域への積極的な配慮はされていない。規模の小さい調査に過ぎないが、調査の結果からは、鑑定において ICD-10 などの操作的診断基準を使用する際には、その状況を考慮した使用方法が求められると考えられる。

## E. 結論

措置診察においては、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、ICD-10、DSM-IV、従来型診断のすべてが混合して用いられており、精神障害による自傷他害のおそれという判断に ICD-10 が十分に生かされているとは言い難い。ICD-10 が状態像診断であり暫定診断も想定されていることが十分に周知されていないことも、その理由の一つと思われる。

一方、司法精神鑑定書 71 例での ICD-10 を含む操作的診断基準の使用率は約 38% にすぎず、62% では伝統的診断が行われていた。司法精神医学は法学との学際領域であり、特に精神鑑定場面では精神医学者から法律家への十分な説明が必要とされる場合がある。そのため操作的診断基準は明確さなどの点から有益であると考えられるが、診断が困難な事例に遭遇することも多い精神鑑定事例では伝統的診断も必要とされている可能性がある。今後は裁判員制度が開始され、裁判官のみならず一般市民にも理解されうる診断の説明が求められるが、司法精神医学的な思考過程が考慮され、かつ医療者以外にも分かりやすい操作的診断基準の開発が求められる。

2 年度に行った調査では、精神鑑定において操作的診断基準は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。

さらに 3 年度の調査では、病因論の欠如や類型診断と疾患診断の混同などの問題も指摘され、動機・原因を重要視する鑑定では、事例や疾患によって伝統的診断またはそれによる補足も必要と考えられた。我が国では公文書などに使用されていることにより ICD-10 の影響は大きく、改訂後の ICD-11 においては、精神鑑定におけるその限界や使用上の注意を明確に示す必要があると考えられた。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

1. 小池純子、森田展彰、中谷陽二：「精神保健判定医の全国アンケート調査」、精神神経学雑誌, 111 (1) ; 10-23, 2009
2. 大澤達哉：精神鑑定の問題点と今後のあるべき姿.心と社会、39 (4) ; p.16-21, 2008
3. 大澤達哉 黒田治、針間博彦（印刷中）：ICD-11 と精神鑑定 - その社会的影響 - . 精神科診断学、4 (1)

### 2. 学会発表

1. 小池純子、森田展彰、中谷陽二：「措置入院の現状に関する研究」、司法精神医学会第 4 回大会、福岡、2008
2. 中谷陽二、小池純子、森田展彰：「精神保健判定医の全国アンケート調査」、司法精神医学会第 4 回大会、福岡、2008
3. 大澤達哉 黒田治、針間博彦（2010）：ICD-11 と精神鑑定 - その社会的影響 - . 第 30 回日本精神科診断学会、福岡。

## G. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

なし