

「WHO 統合国際診断面接第5版(CIDI 5.0)日本語版の活用におけるプライマリ・ケア医との
連携に関する研究」

分担研究者 大西弘高（東京大学医学系研究科附属医学教育国際研究センター 講師）

研究要旨

CIDI 5.0 の日本語版（面接者使用版、自己回答版）により収集された情報から DSM-5、ICD-11 に基づく精神障害を同定する診断アルゴリズムを開発する。開発を開始したトレーニング用パッケージの内容に対して、プライマリ・ケア医の立場から分かりやすさなどに関してフィードバックする予定で計画を進めている。

A. 研究目的

CIDI 5.0 の日本語版（面接者使用版、自己回答版）を開発し、その信頼性と妥当性を少数の精神障害群と健常者群との比較により確認し、CIDI 5.0 により収集された情報から DSM-5、ICD-11 に基づく精神障害を同定する診断アルゴリズムを開発する。開発を開始したトレーニング用パッケージの内容に対して、プライマリ・ケア医の立場から分かりやすさなどに関してフィードバックする。

B. 研究方法

日本プライマリ・ケア連合学会のメンタルヘルス委員会に、本研究のトレーニング用パッケージが完成したことを伝え、プライマリ・ケア医にインタビューを実施することを伝え、協力者を募った。

インタビュー調査は、オンライン会議システムを用いて行い、録音はせずに要旨を記録した。記録内容は研究参加者の確認を受けた。

C. 研究結果

日本プライマリ・ケア連合学会メンタルヘルス委員会より選定された3名の研究参加者を得た。予備的なインタビューとして、①メンタルヘルスにどの程度従事しているか。研究への関与はあるか、②心理検査や質問紙はどのようなものをどの程度利用しているかの2項目を尋ねた。また、直接的な内容として、③CIDI 研修

プログラムを視聴して、将来利用したいか、今後の診療への変化はどうか、④CIDI5.0 に関してプライマリ・ケア医としてどのような関与が望まれるかの2項目も尋ねた。主な内容としては以下のようにまとめられる。

メンタルヘルスにどの程度従事しているか。研究への関与はあるか。

- 患者数にして1～2割だが時間はもっととられている印象がある。背後にあるメンタルな問題も入れるともう少し増える。
- 現在は10割だが、以前家庭医だった頃は1～2割だった。その前は〇〇大学心療内科に入局していたため、摂食障害の研究等にも関わっていた。
- 1～2割だが、認知症入ればもっと増える。診ている患者は高齢者、労働者が多く、思春期は少ない。研究については、現在日本プライマリ・ケア連合学会のメンタルヘルス委員会では会員に対する調査に関与している。

心理検査や質問紙はどのようなものをどの程度利用しているか。

- 大うつ病なら2質問法から PHQ-9、不安障害 GAD、認知症 HDS-R や MMSE、その他発達障害や知能検査については臨床心理士に依頼することができる。
- SDS はルーチンで実施する。PHQ-9 は外国

人など。強迫性障害なら Y-BOCS、ASD なら AQ、ADHD なら ASRS などを使う。認知症は浜田先生と同様。すべて自分で実施。

- あまり使っていない方かもしれないが、うつ病なら PHQ-9、高齢者のうつ病なら GDS-15、他は AUDIT も用いる。認知症への HDS-R や MMSE は看護師に依頼するようにしている。

CIDI 研修プログラムを視聴して、将来利用したいか、今後の診療への変化はどうか。

- 研修時間も長いし、実施に関しても長時間必要そう。医師はこれを用いるのは難しいのではないか。診断基準が網羅的に含まれているので、学習には役立つ。
- そのまま使うのは医師には無理だろう。系統立てて各疾患を学習するために、一度こういうものを学ぶのは悪くはないかもしれない。
- 心療内科の後期研修医のときは、病棟や外来予診で SCID を 40 分ぐらいかけてやっていた。SCID-1 と 2 があり、2 軸だけで 40 分かかった。外来主治医は使わない。研修プログラムについては独学でもいいのではないか。使い方の説明だけでよく、実演は不要かもしれない。オンラインで速度を速めて見ることもできるのは研修には好都合という考え方もあるが。

CIDI5.0 に関してプライマリ・ケア医としてどのような関与が望まれるか。

- プライマリ・ケア医としてはフルには使えない。学習用に使うか、より精緻な情報が必要なときに用いるか。
- 丸ごとの実装は難しい。プライマリ・ケア版を作れるとよいかもしれない。
- 患者さん自身が自記式で一旦回答できるとよいかもしれない。心療内科外来において、電話再診は COVID 関連の患者さんについては許容している。

D. 考察

プライマリ・ケア医にとっては、現状の CIDI 研修プログラムは時間的に長過ぎるという印象

が強そうである。また、メンタルヘルスに従事している場合には、外来で構造化面接を用いることもあり得るが、通常のプライマリ・ケア外来では相当困難であると思われた。

CIDI の研修については、インストラクショナル・デザインの考え方からは、動画による事前学習や事前テストを行い、疑問点を尋ねる程度で医師にとっては十分と思われる。研修の時間効率が良くなければ動機づけが低下し、効果も低下してしまう懸念がある。

一方で、質問紙法やそれを用いた心理検査は比較的プライマリ・ケア医にも用いられている。自記式の質問紙、協力が得られるなら心理士（公認心理師）や看護師が心理検査や構造化面接を手伝うようなことも考えるべきかもしれない。また、一部メンタルヘルスクリニックが行っているようなウェブ上での患者の情報入力により診療を効率化させるなどの方法も今後検討されていくことが期待される。

E. 結論

プライマリ・ケア医自身は CIDI を直接利用することは想定しにくい、心理士（公認心理師）や看護師の補助、あるいは自記式の質問紙等に落とし込まれた場合には利用の可能性が生まれると思われる。

F. 健康危険情報

特に問題となる事項はなし。

G. 研究発表

1. 論文発表
特記事項なし
2. 学会発表
特記事項なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得
特記事項なし
2. 実用新案登録
特記事項なし
3. その他
特記事項なし