

日本の精神科臨床における伝統的診断分類と 操作的診断基準の有効な利用方法についての考察

Effective use of Traditional and Operational Diagnostic Criteria in Psychiatry Clinics of Japan

森 田 麻 登
Asato MORITA

概要

本研究は、日本の精神科医療において、伝統的な診断分類と操作的な診断基準の両者が並列的に存在している現状を明らかにした。精神医学領域の各分野からの報告をもとに、伝統的な診断分類と操作的な診断分類の有用性と限界についてまとめた。操作的な診断基準は客観的であり有用な道具であるものの、使い方によっては弊害とも成り得る。一方、伝統的な診断分類は、精神科患者の主観的な体験を理解する手がかりを提供するため、臨床場面で有用である。そこで、操作的な診断名に伝統的な診断分類からの記述を加えることは、患者や家族が精神障害の原因や経過についての理解を容易にする可能性が示唆された。操作的な診断基準は科学性を持ち、伝統的な診断分類は有益性を持っているため、両者をうまく活用することで治療者は多面的に患者を捉えることができ、全人的な医療を進められる。つまり、伝統的な診断分類と操作的診断基準を相対するものとして捉えるのではなく、臨床場面で有益な精神病理学的と研究において有益な DSM 診断と認識し、両者を相補的に用いることが必要である。

キーワード：操作的診断基準、精神病理学、精神医学、伝統的診断分類、Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

Abstract

Both traditional and operational diagnostic criteria are concurrently used in Japanese psychiatric practice. Based on reports on the practice of psychiatry in Japan, I analyzed the usefulness and the limitations of using both traditional and operational diagnostic classifications. Operational diagnostic criteria are objective and useful, however, they may become counterproductive depending on how they are utilized. Conversely, traditional diagnostic classifications are useful in the clinical setting because they offer clues to understanding the subjective experience of psychiatric patients. Moreover, adding descrip-

tions from traditional diagnostic classifications to operational criteria may increase the understanding of the patient and the family regarding the cause of the mental disorder and its prognosis. Therefore, traditional diagnostic classifications also offer benefits. The therapist can utilize a patient's versatility by using both systems and thereby enhance the care that he provides. It is suggested that operational and traditional diagnostic classifications are complimentary in the clinical setting and using both systems is beneficial to the patient and to the therapist.

Keywords: operational diagnostic criteria, psychopathology, psychiatry, traditional diagnostic classifications, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

1. はじめに

今日、世界の人口の95%以上がメートル法という度量衡を使用していると言われており(黒須, 2009)、長さや距離の単位用語における共通言語としての地位を確立していることができる。しかし、このメートル法が用いられる以前、各国や各地域にはそれぞれ異なった単位用語が存在していた。もちろん、かつてのように単位がそれぞれの地域で異なっていたとしても、交易などの交流が比較的狭い地域に限って行われていた時代であれば問題が生じることはほとんどなかったであろう。しかし、近代化が進み、各国各地域の交流の範囲が拡大していくことにもなって、国や地域に限定されることのない具体的、操作的に定義されたグローバルな単位が必要になることは容易に想像できる。こうして1875年、フランスにおいてメートル法が誕生した。加藤(2006)によれば、この法が誕生した瞬間をもって科学的な規格化の第一歩が始まったと位置づけられているという。その後、全世界で科学分野の共通単位、つまり「ものさし作り」が一気に進められていった。言い換えれば、国際的な共通言語に例えられる基準化が、科学のさまざまな学問分野において進むこととなったのである。

各学問分野がそれぞれ単位の開発や基準化を進めるなかで、医学領域においては生物学的な解明が進むとともに「根拠に基づいた医療 **evidence-based medicine** (以下、**EBM** とする)」という考え方が導入されるようになった。この流れは精神医学においても例外ではなかった(宮岡, 2006)。**EBM**が精神医学に導入されたことにより、精神疾患ごとに有効的な介入を把握することを目的として、それぞれの精神疾患ごとに症例研究、調査研究、実験研究などの大量なデータ収集が進められており、治療的な介入とその結果の因果関係を評価する試みが行われるようになった。ただし、他の医学領域とは異なり、精神疾

患の客観的な生理的指標マーカーの確立が困難であるため、診断する医師によって診断名が異なり、データの比較が行えない、データの蓄積が雑になってしまうといった問題が存在している。つまり、基礎研究と臨床研究が行われるにあたって、この研究の際の協力者の診断名を確定する診断基準は、重要な意味を持っているということができる。20世紀初頭に至るまで、精神医学界における精神疾患の診断分類は各国、各理論家、各学派で内容や基準が大きく異なっており、各々が支持する理論同士で議論となることもまれではなかった。しかし、20世紀中盤になって、米国精神医学会（American Psychiatric Association；APA）による『精神疾患の診断統計マニュアル Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders（以下、DSM とする）』と世界保健機構（World Health Organization；WHO）による『疾病及び関連保健問題の国際統計分類 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems（以下、ICD とする）』の二つの診断基準が登場したことにより、精神医学界においても世界共通のグローバルな共通語が導入され、数回の改定を経て現在、広く全世界で用いられるようになってきている。一方、この二つの国際的な診断基準が導入されたことによって、「精神医学における診断とは何か」という議論を呼ぶことになった（高橋・高橋・染矢，2001）。なお、本論文では DSM のほうが ICD よりも利用されることが多いことから（神谷，2003）、DSM について中心に述べることにした。

本研究では、まず、わが国の精神科医療において、伝統的な診断分類と操作的診断基準の両者が同時に並列的に存在している現状を明らかにする。次に、精神医学領域の各分野からの具体的な報告をまとめ、それを基にそれぞれの診断分類・基準の有用性と限界について考察する。そして、伝統的な診断分類と操作的診断基準を次元に相対するものとして捉えるのではなく、臨床や研究という用いる文脈に合わせて両者を柔軟に適用することで長所を生かして短所を補うことを可能にし、精神医学の発展に寄与できるという結論を導く。

2. 精神科医療における診断基準について

2.1. 精神医学の誕生と伝統的診断分類

精神疾患という概念が成立するまでの歴史を振り返った場合、ローマ時代のギリシアの医学者ガレノスは生物学的な要素と精神状態との関連を指摘している点で重要な人物であったと考えることができる。ガレノスはヒポクラテスの説を発展させ、人間の体液の成分により個人の気質が決定されると考え、黒胆汁の多い人は抑うつ的なメランコリータイプ、黄色胆汁の多い人は気難しい傾向を持つと説明し（梶田，2003）、医学的な特徴に基づいて精神状態の分類を行っていたと理解することができる。

その後、中世から近代以前まで、世間が理解できないような記憶障害、錯乱状態、興奮状態などについて、人々はその様相を示している人物の内に悪魔などの邪悪な存在が宿っていると解釈し、迫害してきたという事実がある（中井，1999）。しかし、19世紀後半のドイツの医学者クレペリンは狂気を精神疾患とみなし、身体疾患と同様に一定の原因、症状、経過、脳を中心とした解剖所見を持つ疾患単位と仮定した。さらに彼は、内因性精神病を早発性痴呆（現在の統合失調症に相当する）と躁鬱病に大別し、現代の精神医学の臨床的体系の基礎を固めた。

クレペリンの行った精神疾患の診断分類は、現在の精神医学においても重要なものであり、わが国に導入され現在でも用いられている。日本における診断基準の現状について調査した高橋他（2001）はこのクレペリンに端を発する診断分類について「日本の従来診断（ドイツ伝統的）」と呼んでいるが、従来診断という名前では現在においては使用されていないという印象を与えてしまう可能性があるため、本論文では「伝統的診断分類」と呼ぶことにした。高橋他（2001）は、伝統的診断分類とDSMなどの国際基準を目指す診断基準の他にフランス学派の診断分類が存在することを指摘している。しかし、彼らの調査によればフランス学派による分類を使用する精神科医はごく少数であり、診断基準を考える際にはその影響が少ないと考え、本論文ではピネルやエスキロールらのフランス学派による分類を除いて扱った。伝統的診断分類はドイツを中心として発展してきた精神病理学を背景理論としており、精神疾患の発病の心理学的機序を解明することに研究の焦点を当てるクレペリン、シュナイダー、ヤスパースに始まり、20世紀以降の実存主義的な人間理解に至る理論を持つビンスワンガーやミンコフスキーなど立場まで幅広い。この精神病理学の立場に共通した特徴は、異常な精神現象の組み合わせにより定義される精神疾患を観察と記述により体系的に分類・整理し、異常な精神現象の生ずる心理学的な機序を考察しているところにある。

クレペリン流の伝統的診断分類では、病気の原因を基準とした精神疾患の分類方法（病因論的分類）を特徴としている。クレペリンは、身体因が明らかなものを「外因性精神疾患」、症状の明白な原因はないが遺伝的な素因（多因子遺伝）が想定されるものを「内因性精神疾患」、心理的な原因によるものを「心因性精神疾患」と分類した。近年、脳科学や遺伝学が進歩し、精神医学の臨床や研究の知見が集積されてきたとはいえ、精神疾患の代表とも言える内因性精神疾患の統合失調症と気分障害（躁うつ病、うつ病など）であっても生物学的・身体的原因を明確に特定できていないのである。これらの疾患は、家族や親戚に同じ病気の人がいること、発病の頻度に男女差があること、複雑な要素が関係していること、メンデル遺伝のような確率的な数値は不明であることなどの特徴を持っている（有波，2005；加藤，2005；山下，2007）。つまり、高血圧、糖尿病などの疾患と同様に単一の遺伝子に原因を求められるものではなく、数種類の疾患関連の異常遺伝子と環境的

な要素との総和により生じる多因子遺伝病 (Beers, 2006 福島訳, 2006) であると考えられているものの、現在において生物学的な原因や病態についても完全に解明されておらず、心因性精神疾患や外因性精神疾患と比べると議論が多く、今後の研究の知見に期待されている。このような理由から、現状としては病因による分類では不十分であり、精神疾患患者との診察、面接における会話、行動を通じて精神疾患を分類していく目的で開発されてきたのが、DSM と ICD である。

2.2. 新しい根拠に基づいた医療の流れと操作的診断基準

まず、操作的診断とはいかなるものであるかということについて述べ、その後、米国の新しい医療の流れ、DSM や ICD の展開と現状について述べることにする。

精神疾患の中心である統合失調症、気分障害（躁うつ病）の病因が解明されていないため、病因を問わない複数の症状のまとまりである症候群 (syndrome) を基準とした記述症候論的分類の必要性が高まってきた。それは、精神疾患の操作的定義 (operational definition) による分類とも言い換えることができる。操作的分類とは、病気の原因を前提とするのではなく、観察された症状のまとまりに基づいて障害を定義し分類することであり、操作的分類によって作られた精神医学の診断基準が操作的診断基準である。新福 (2006) も指摘しているように、近年この精神医学界における操作的診断基準の導入は世界で広がっており、日本においても例外ではない。

この背景としては、1952 年、クロルプロマジンが開発され、その後もさまざまな向精神薬が開発されたことをきっかけとして、世界的に精神疾患の治療に薬物療法が導入されるようになったことがある。というのも、これらの薬物療法の効果測定研究を行う際、厳密な科学的な方法によって均質な臨床群の判別を可能にする実証性、客観性の高い診断基準が必要となったからである (神谷, 2003)。

さらに、1970 年代の米国では、根拠に基づいた医療、EBM が台頭し始めた。EBM は、「Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996)」と定義されており、個々の患者のケアについての決定をするにあたり、現時点での最善の根拠を良心的、明確かつ思慮深く利用する医療をさしている。つまり、精神医学の分野について言えば、EBM の影響を受けたことで実証的研究の上に精神医学を再構築しようとする機運が高まったのである。そしてこの EBM の影響を受け、1980 年に DSM-III が出版された。この DSM-III ではこれまでの DSM-I、DSM-II に存在していた病因論を排して操作的分類が採用された。現在、この DSM は米国に限らず世界各国で広く用いられている。

2.3. DSM、ICDについて

DSMは、1952年にDSM-I、1968年にDSM-II、1980年にDSM-III、1987年にDSM-III-R、1994年にDSM-IVと改訂を重ね、現在は2000年に発表されたDSM-IV-TRが用いられている。EBMの影響を受けたDSM-IIIからシステムが大きく変わり、生物-心理-社会的に評定を行うという理想に基づいて操作的診断基準が設定され、多軸評定（I軸は臨床的障害、II軸は人格障害と精神遅滞、III軸は一般医学的状态、IV軸は心理社会的および環境的問題、V軸は機能の全般的評定）が採用された。DSMによる診断は、患者が示す臨床像の記述により各精神疾患を言語により定義し、その障害の特徴となる病像がいくつ当てはまるのかという基準で付ける操作的診断であり、利点として診断の客観性と公共性が高まり、国際的な評価報告や研究で使用しやすいことがある。さらに、現在のチーム医療において、医療職、看護職、心理職、福祉職など複数の専門職が連携、協同し、患者の問題に対処する上での共通言語として使うことができる点で非常に有用である。

また、もう一つの診断基準としてICDがある。ここでは簡単に概要を述べておく。ICDは世界各国間の死亡および疾病統計に使用される分類である。約10年ごとに改訂されており、現在は92年に発表されたICD-10が用いられており、わが国では主に厚生労働省などの行政分野の報告などで採用されている。ICDは、精神疾患専門のものではなく、精神疾患や身体疾患を含んだ疾患すべての分類であるという特徴がある。なお精神疾患は、第V章「精神および行動の障害」として記載されている。

2.4. わが国の臨床現場での実態調査から

さて、わが国でもDSMの翻訳版が医療現場に導入されるようになり、現場の精神科医は実際どのように用いているのだろうか。高橋他（2001）が現役の精神科医に行ったDSM-IVについてのアンケート調査は、約10年前とやや古いものの、その実態について非常に分かりやすくまとめている点で評価することができる。

この調査は、DSMが日本でどの程度普及しているかを調べることを目的として、2000年4月から5月にかけて、大学病院ないしその関連病院に勤務する精神科医654名にアンケート用紙を配布して行ったものであった。回収率は32.4%、212名から回答が得られた。その結果、実際DSMを診断に用いた経験がある医師は91%であった。精神科医が外来で使用している診断基準は、従来診断（本論文での伝統的診断分類のこと）が42.0%、DSM（DSM-III、DSM-III-R、DSM-IV）が34.4%、ICD-10が22.7%であった。次に、ポジション（所属）の差異からみた場合、研修医や大学病院の医師は開業医、大学以外の勤務医とくらべてDSMを使用する傾向が高かった。年齢の差異からみた場合、20代から50代までの医師はDSMの使用経験が高く、60代以降の医師は少ないという結果

であった（使用経験のない医師は 19 名で、そのほとんどは 60 代以降）。

このアンケート調査を行った高橋他（2001）によれば、実際に DSM が認知されるようになったのは 1980 年に出版された DSM-III 以降であり、その時に多くの精神科医が多軸システム、操作的診断基準、病因論的中立を経験したことになる。また、若手の医師は操作的診断基準、40 代以上の医師は伝統的診断基準を用いる傾向から、日本の精神科医療の現場に立つ精神科医は年齢による使用頻度、認知の差異という特徴を持ちながらも、操作的診断基準と伝統的診断基準の両者が混在しているという状況であることがうかがわれた。

さらに高橋他（2001）は、操作的診断基準である DSM とわが国において DSM 導入以前から行われている伝統的な診断分類とを比較している。この結果から、DSM は「信頼性、客観性が高く」、「共通語として使える」、「多軸診断、重複診断、研究用によい」、「国際的に共通するという点を有用であると認識している一方、細かすぎる」、「確認に手間がかかる、わずらわしい」、「わずかな差で違った病名になる」、「治療に役立たない」、「患者理解が進まない」、「病因論に立ち入らない」、「病気の本質がわかりにくい」、「他科の医師、コメディカル、司法関係、家族にわからない」、「改訂によって診断が変わる」、「バージョンアップが早すぎる」と認識していることが明らかとなった。以上より、伝統的診断は日常の臨床にマッチしており目の前の患者やその家族などケースへの個別性が高く現場向きであり、操作的な診断基準は、国際的な視点に基づいており、大量のデータ処理を行うような学術発表、研究用という色彩を強く持っているまとめることができる。

2.5. わが国における精神医療の各分野からの報告のまとめ

ここから、日本における精神医学の各分野における報告をまとめ、それぞれの診断基準の限界と有用性について検討してみたい。

精神病理学の立場からは、加藤（2006）が操作的診断基準を偏重することへの警鐘を鳴らしている。彼は伝統的な診断分類の軽視は精神医学の歴史を軽視することと同義であり、科学的洞察を含む批判精神の欠如という問題が存在しているとも述べている。また、DSM には、DSM を生み出し、発展させた米国が抱える問題を含んでいると指摘している。つまり、保険会社が治療に大きな決定権を持っており、保険を適用する際の利便性や会社の利益を優先することにより医療現場や患者を軽視しやすいという米国の保険制度の問題点を含んだ診断基準となっていることである（神谷，2003）。これでは効率性を重視しすぎることから、当然医療の実態から乖離してしまうこともあると推測される。そもそも、日本は、米国のような医療制度ではないため、診断基準やニュアンスが異なることがあるだろう。また、加藤（2006）は、DSM を用いると、必要以上に統合失調症など他の疾患に診断されてしまうことがあり、鑑別診断が難しいことも指摘している。さらに、

DSMでは個別性を軽視しがちであるため、事務的な手続きのみを行う医師が増えるのではないかと危惧している。加藤(2006)は、精神病理学的な理解は精神疾患の現象学的な記述を重視し、患者の主観的、直観的な体験への理解の手がかりを得ることができることから、伝統的診断基準の有用性を主張している。また、DSMにおいてもクレペリンによる記述の厳密性という思想が反映されているため、DSMを用いる精神科医であっても従来の精神病理学に基づいた伝統的な診断分類について学んでおく必要があると指摘している。最後に、DSMの診断名を記述するだけでなく、あわせて精神病理学、生物学レベルでの発見的記述をすることを提案している。

乳幼児精神医学の立場における診断基準についての議論は、発達障害を中心に述べられている。というのも、これまで乳幼児の診断というと遺伝疾患を中心に精神遅滞(知的障害)が中心であったが、2007年4月から学校教育の現場に特別支援教育が導入されたことにより、発達障害の病態・病因理解や診断基準について様々な議論がなされるようになってきたからである(神尾・井口, 2009)。古くは、自閉症について初めて報告したKanner(1974)によって、自閉症の診断は単に疾病の状態について名前を与えるだけでは意味がなく、問題についての認識や問題の起因を含んだものであるべきであるという指摘がなされている。児童精神科医である山崎(2006)は、精神医学的な診断は親子の相互交渉過程を精密に評価することから始められるため、操作的診断基準では限界があると指摘している。つまり、親子や友人など対人関係についても考慮すべきだと述べている。この点では、DSMなどの操作的診断基準を使用するだけでは、十分とは言えないだろう。

老年期の精神疾患は、アルツハイマー病、パーキンソン病、ピック病など器質性の精神疾患がほとんどであり、その大半は生物学的な基盤が解明されている。つまり病因がはっきりと対応していることが特徴であり、このことが他の領域の精神疾患とは大きく異なっている。そして、これはクレペリンの伝統的診断分類で言うところの外因性精神疾患にほぼ相当するものである。他の精神疾患と異なってほとんどの老年期の精神疾患は脳の障害部位が明らかになっているということは、精神疾患と生物学的な原因とが対応しているため、操作的診断の病因に踏み込まないという趣旨とは矛盾している。三好(2006)は、DSM-IV-TRでアルツハイマー病を記述した場合、延々と列挙する必要があると、医師からみても煩雑、患者側からも理解しにくいという問題があると指摘している。これは、操作的診断基準は、臨床現場で患者を診ている精神科医にとってだけでなく、患者が自分自身の精神疾患を理解する上でも活用することが難しいことを示している。

また、DSMの特徴として調査結果により数年間で改訂が行われるため、有用な指標が消えてしまう場合があることを問題として三好(2006)が指摘している。例えば、最新版のDSM-IV-TRではこれまで古い版で存在していた認知症の診断に有効な症状の程度の評価が削除されてしまった。このように、変化が大きく、改訂直後は医療スタッフ、患

者ともに戸惑いを生じる可能性があることは大きな問題である。

以上のことから、精神疾患の背景にある事象について考察しない操作的診断基準は、生物学的基盤が比較的明らかになっている老年精神医学の分野における精神疾患の分類には限界があると思われる。DSMにも画像研究などの生物学的な原因を導入した、柔軟な基準に発展する可能性があることが指摘されており（三好，2006）、今後の改訂によって、矛盾したものでなくなることが期待される。

3. 考察

3.1. 伝統的診断分類と操作的診断基準の有効な利用方法について

これまで見てきたように、DSMやICDといった客観的な診断分類システムには有用な道具であるとその意義や効用を認められる一方で、わが国の精神科臨床の各領域からはその限界や問題点が指摘されている。

筆者はこれらの問題点について、伝統的な診断分類と操作的診断基準を次元に相対するものとして捉えるのではなく、臨床や研究、領域など用いられる文脈に合わせて両者を柔軟に適用することによって、医療の発展に寄与できると考えている。具体的にはDSMによる診断名と伝統的な診断分類の両者を用いて精神疾患患者の病因・病態を記述するということが望ましいと考えている。

というのも、現在、DSMは広く普及し、DSM診断は精神保健分野の標準語・共通言語として不可欠な役割を担っているため、伝統的診断分類のみを用いることは実際的ではない。また、DSMは、特定の学派、学説に依拠せず科学的な実証性を重んじ、いまだ完成されたものではなく、時代や研究結果に合わせて新たに改訂される柔軟さを持っている。さらに、操作的なチェックリスト方式であり、信頼性の高い診断を行うことができるという利点がある。これによって、診断名称の指す診断概念が明確となり、診断名称が一般性・流布性を持ち得るのである。つまりDSMは、薬物療法の効果測定に用いる指標としての診断基準と言え、EBMとの相性も良く、研究向きの道具と位置づけることができる。

一方、伝統的診断分類は、現象学的な記述を重視していることから、患者の主観的、直観的な体験への理解の手がかりを得ることができ、精神病理現象の生ずる心理学的な機序を精緻に考察することができるという有用性がある。また、ある程度病因がはっきりしている疾患の場合には、病因について触れることにより、患者側の理解が容易になるだけでなく、チーム医療で働く医師以外の医療スタッフにとってもコミュニケーションの効率を向上させることに役立ち、医療の迅速化に寄与できると考えられる。

診断の際、加藤（2006）も述べているように従来の精神病理学の有用性をDSMによ

る診断に加えることにより、両者の長所を補強し限界を補うことができるであろう。DSMの科学性と伝統的診断分類の有益性という両者の特徴を生かすことによって、多面的な情報をもとに患者理解が進むことになると思われる。さらに、老年期の精神疾患のように生物学的な背景と対応している場合には、中枢神経系の生物学的な特徴についても触れておくことで、操作的診断基準や伝統的診断分類とのダイナミックな理解が可能になるだろう。これについては三好（2006）も生物学レベルでの発見的記述を記述することを提案している。さらにまた、山崎（2006）が指摘しているように、操作的に診断基準を記述するだけでなく、関係性についても考慮すべきであり、他者、社会との関係性についての学問である発達心理学、精神分析学や社会心理学などの知見も役に立つと思われる。このように隣接分野を理解することにより、精神科医療の発展に寄与することが可能となる。

以上のことから、研究には操作的診断基準が有用であるものの、臨床には伝統的な診断分類と操作的診断基準のどちらか一方では不十分であることが明らかとなった。これらを相補的に用いることにより、精神科の診断のみならず、精神科医療全体の向上に役立つことが示唆された。また、DSMには、研究結果により改訂が行われるという特徴があることから、柔軟な基準に発展する可能性がある。今後の改訂によって、現実に即し、かつ簡便で科学的な基準が作られていくことが期待される。

3.2. 今後の課題

これまで述べてきたように、日本の精神科医療現場では操作的診断基準と伝統的診断分類の両者が用いられているという現状がある。そもそもなぜ我が国の精神科医療において複数の診断基準が並行して存在するのであるだろうか。最後にこのことについて触れ、今後の課題と展望を述べたい。

操作的診断基準が広まる以前であっても、伝統的診断の基となっている精神病理学の学派により、診断名称、概念内容、捉え方が異なっていた。つまり、これまで述べてきた伝統的診断分類は、ひとくちに伝統的診断分類とは言ってもまとまった一つの体系ではなかったのである。その背景には、研修を受けた大学の精神科教室（医局）が立脚している精神病理学の学派を習得し、その後においても使い続けるということがあった。

これまで本論で述べてきたように現在でも精神医学領域の各分野によって操作的診断の使われ方や注意点が大きく異なっている。つまり、伝統的診断分類と操作的診断の両者が存在しているながら、年代やポジションにより差異が生じることが明らかとなっている（高橋他，2001）。この原因として、高橋ら（2001）によれば研修医制度、つまり卒後教育と関連しているという。

現在、日本の医学部医学科精神医学教室がどのような課題を中心に研究・臨床を行って

いるか、インターネット検索を用いて筆者が調査したところ、精神病理学を中心に研究している大学は自治医科大学（加藤敏教授）のみであった。他の大学の精神医学教室では、臨床・研究ともに **EBM** を重視した生物学的精神医学が中心であった。20代、30代の若い医師の教育の中心は **DSM** や **ICD** などの操作的診断基準であることが考えられる。40代より上の世代の医師が研修を受けた当時は、医学部の精神科教室は、精神病理学が全盛期であり、教育でも精神病理学を中心に行っていた可能性がある。年齢の高い医師が現在においても伝統的診断分類を用いている理由ではないかと考えられる。若い医師は操作的診断によって教育されるため、精神病理学を知らず、伝統的診断分類を行うことができない。年配の医師は操作的診断についてある程度の知識は持っている一方、馴染みのある精神病理学的理解の枠組みで精神疾患を捉え、伝統的診断分類を行う傾向があると考えられるのである。ただし、これについては本研究では十分に検証することができなかったため、今後の課題である。

もし上記のことが証明された場合には、若い精神科医は伝統的診断分類を使用できるようにクレペリン、クレッチマー、ヤスパースなどの精神病理学を書物などから学ぶことを提案したい。また、年配の医師は **DSM**、**ICD** について学び、公的な書類、研究分野でこれらを使用するように心がけるように提案したい。さらに、伝統的診断分類と操作的診断をバランスよく学ぶことができる教育機関を設立し、卒後の研修施設として位置づけるなど制度を整えることを提案したい。

4. 引用文献

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision ; DSM-IV-TR)*. Washington, DC : Author. (高橋三郎、大野裕、染矢俊幸 (監訳) (2002). *DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引* 医学書院)
- 有波忠雄 (2005). 多因子遺伝病としての神経疾患—統合失調症— 最新医学 750 (60 巻増刊号) , 2010-2019.
- Beers, M. H., Porter, R. S., Jones, T. V., Kaplan, J. L., Berkwits, M. (2006). *The Merck manual of diagnosis and therapy*. 18th Edition. Whitehouse Station, NJ: Merck Research Laboratories.
- (ビアーズ, M. H. 福島 雅典 (監修) (2006). *メルクマニュアル第 18 版日本語版* 日経 BP 社)
- 梶田昭 (2003). *医学の歴史* 講談社
- 神尾陽子、井口英子 (2009). 発達障害者と精神科医療の役割：最近の傾向と今後の課題 日本精神科病院協会雑誌 , 28, 14-20.
- 神谷栄治 (2003). 心理士からみた操作的診断— **DSM** と **ICD** — 臨床心理学 , 3, 494-505.
- Kanner, L. (1972). *Child Psychiatry*. 4th Edition. Springfield, Ill : Charles C Thomas. (黒丸正四郎, 牧田清志 (訳) (1974). *カナー児童精神医学* 医学書院)
- 加藤敏 (2006). 操作的診断体系の今日的課題—精神病理学の見地から— 精神医学 , 48, 709-713.

- 加藤忠史 (2005). 多因子遺伝病としての神経疾患—躁うつ病 (双極性障害) 最新医学 750 (60 巻増刊号), 2002-2009.
- 倉知正佳 (2006). 精神医学における症候学的診断基準の意義—生物学的精神医学の立場から 精神医学, 48, 714-716.
- 黒須茂 (2009). メートル法以前の“長さ”の単位の変遷—オランダを中心とするヨーロッパの歴史的背景— 計量史研究, 31, 29-42.
- 三好功峰 (2006). 認知症における操作的診断基準の有用性と限界 精神医学, 48, 720-722.
- 中井久雄 (1999). 西欧精神医学背景史 みすず書房
- 新福尚隆 (2006). ICD の過去、現在、未来—国際的視点から、操作的診断を考える 精神医学, 48, 706-708.
- Sackett D. L., Rosenberg W. M., Gray J.A., Haynes R. B., and Richardson W.S. (1996). Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- 高橋誠, 高橋三郎, 染矢俊幸 (2001). DSM 診断はどこまで受け入れられたか? 精神医学, 43, 831-839.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva : WHO. (融道男, 中根允文, 小宮山実 (監訳) (1993). 精神および行動の障害: 臨床記述と診断ガイドライン 医学書院)
- 宮岡等 (2006). 精神科臨床における EBM の意義と今後の課題 EBM ジャーナル, 7, 122-126.
- 山下格 (2007). 精神医学ハンドブック 第6版—医学・保健・福祉の基礎知識 日本評論社
- 山崎晃資 (2006). 操作的診断基準の有用性と限界をめぐる今日的課題—児童精神医学の立場から 精神医学, 48, 717-719.