【GMCPLM0039】

精神科ならでは?の操作的診断とは

- 操作的診断とは
- ICD-10とDSM-5 について
- 多軸診断と多元的診断
- 代表的な精神疾患の診断基準
- 内科と精神疾患の診断の違い
- 司法精神での考え方（私見）

演者は、日本精神神経学会専門医
日本司法精神医学会認定精神鑑定医です

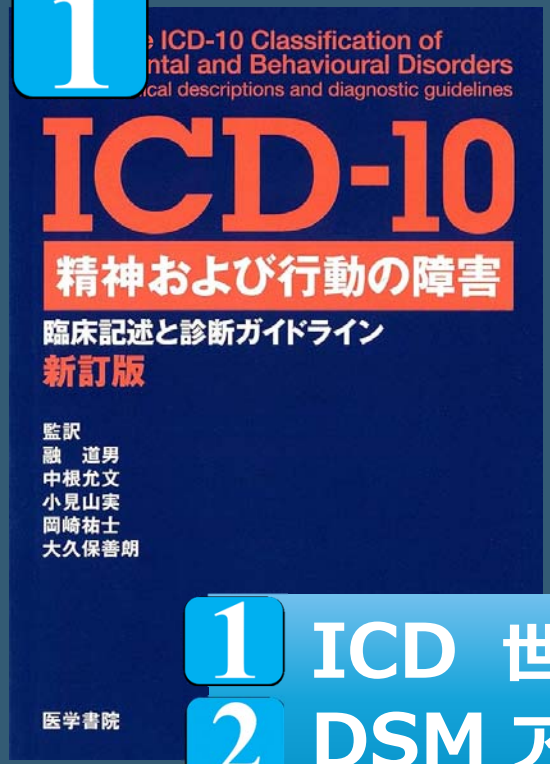
こころと身体のクリニック
医療法人社団
五稜会病院
令和6年3月作成

操作的診断基準とは

精神疾患は、原因が不明で生物学的な検査方法がなく、臨床症状によって診断せざるを得ないため、信頼性の高い診断を行うために設けられた診断基準

- 原因や病態から症状を説明出来るような身体の病気の診断とは全く異なる

1



ICD-10
WHOの疾患分類

精神疾患：Fコード
ICD-11 2018年
日本語版は未だ

2

DSM-5
アメリカ精神医学会
最新版は
DSM-5-TR
2022年

1 ICD　世界水準で公表されているほぼすべての疾病の診断分類

2 DSM アメリカ精神医学会の出した精神障害のみの診断分類

ICD-10とDSMの分類は多少違っている

発達障害の定義

【GMCPLM0037】

広汎性発達障害（自閉症、アスペルガー症候群等）、学習障害、注意欠陥・多動性障害等、
通常低年齢で発現する脳機能の障害　（発達障害者支援法第２条）
※ＩＣＤ－１０（疾病及び関連保健問題の国際統計分類）におけるF80-98に含まれる障害
（平成１７年４月１日付文部科学事務次官、厚生労働事務次官連名通知）

1 ＩＣＤ－１０（ＷＨＯ）
＊平成２年にＷＨＯ総会で採択。現在は平成１５年に一部改正されたものを使用。
令和元年５月のＷＨＯ総会で改訂案（ＩＣＤ－１１）が承認された。

F00–F69　統合失調症や気分（感情）障害など

F70–F79　知的障害<精神遅滞>

F80–F89　心理的発達の障害
- 1 広汎性発達障害（自閉症、アスペルガー症候群）
- 3 学力の特異的発達障害（学習障害）など

F90–F98　小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害
- 2 多動性障害（注意欠陥多動性障害）
- その他、トゥレット症候群、吃音症　など

＜法律＞　＜手帳＞

精神保健福祉法

知的障害者福祉法　発達障害者支援法

精神障害者保健福祉手帳　療育手帳

2 DSM-5（米国精神医学会）
＊平成25年に米国で改訂

統合失調症スペクトラム障害、抑うつ障害群など

神経発達症群
- 知的能力障害群
- コミュニケーション症群
- 自閉スペクトラム症
- 注意欠如・多動症
- 限局性学習症
- 運動症群
- チック症群
- 他の神経発達症群

ICD－10のF9の群に含まれていたていた、「反抗挑戦性障害」「異食症」などは、別の診断カテゴリーに位置づけ

精神科領域における２つの診断の考え方

- 精神疾患は、血液・画像での異常なしが多いので、診断方法が工夫が必要
- 多軸診断システムの廃止とディメンション診断（多元的診断）の導入

種類	1 多軸(カテゴリー）診断	2 多元的（ディメンション）診断
DSMの Version	DSM-4	DSM-5
	ある精神疾患において典型的な症状をいくつかあげ，そのうちのいくつ以上がそろっていれば診断できるという方法	基盤に多元的なスペクトラムを想定し，その上で，%表示で重症度を見ようという方法 軽 例　発達障害の特性 重
内容	複数の診断基準のうち一定の数以上を満たすことで診断を確定する（多神論的診断様式）。 これは、各診断カテゴリーに含まれるケースが均一なものでないことの認識に基づいており、各々の診断基準を全て満たされなければ診断できないという一神論的様式よりも診断の信頼性を高めるとされている。 第Ⅰ軸……精神疾患 第Ⅱ軸……精神遅滞とパーソナリティ障害 第Ⅲ軸……身体疾患 第Ⅳ軸……環境的問題（心理社会的問題） 第Ⅴ軸……機能の全体的な適応評価（GAF）	各臨床特徴を数量化して分類するため、その分散が連続的で明瞭な境界線を持たない現象の記述に適している。 症状の重症度を「症状なし」から「重度」まで評価することにより、患者の様々な臨床特徴を次元とみなして病態を系統的に、あるいは疾患横断的に捉えることができる。 ディメンション方式では、さまざまな精神障害を1つの軸上に並べて、重なり合ったひとつながりの形（スペクトラム）として表す。言い方を変えれば、異常と健常との二者択一で分けるのではなく、異常～健常はグラデーションで繋がっているのだという考え方

シェーグレン症候群（指定難病５３）改訂診断基準
厚生労働省研究班、平成11年

以下の１,２,３,４のいずれか２項目が陽性であればシェーグレン症候群と診断

1. 生検病理組織検査で次のいずれかの陽性所見を認めること

   A）口唇腺組織でリンパ球浸潤が４mm2当たり１focus 以上　B）涙腺組織で同様に１focus 以上

2. 口腔検査で次のいずれかの陽性所見を認めること

   A）唾液腺造影で stage Ⅰ（直径 １mm以下の小点状陰影）以上の異常所見

   B）唾液分泌量低下（ガムテスト10分間で10mL以下、又はサクソンテスト２分間２g以下）があり、かつ唾液腺シンチグラフィーにて機能低下の所見

3. 眼科検査で次のいずれかの陽性所見を認めること

   A）シルマー（Schirmer）試験で５mm/５min以下で、かつローズベンガルテスト（van Bijsterveld スコア）で陽性

   B）シルマー（Schirmer）試験で５mm/５min以下で、かつ蛍光色素

4. 血清検査で次のいずれかの陽性所見を認めること

   A）抗SS-A抗体陽性　B）抗SS-B抗体陽性

- ◆ 患者の主観的症状の記載はない
- ◆ 病理組織、口腔内・眼科・血液検査の所見が必要

境界性パーソナリティ障害(BPD)の診断基準
DSM -5の簡略化したもの

以下の診断基準が5つ以上当てはまれば、診断の条件を満たすことになる

1. 見捨てられる体験を避けようとする懸命の努力
2. 理想化と過小評価との両極端を揺れ動く不安定な対人関係
3. 同一性障害(自己像や自己感覚の不安定さ)
4. 衝動性によって自己を傷つける可能性のある、浪費薬物常用といった行動
5. 自殺の脅かし、自傷行為の繰り返し
6. 著明な感情的な不安定さ
7. 慢性的な空虚感、退屈
8. 不適切で激しい怒り
9. 一過性の妄想的念慮もしくは重症の解離症状

精神および行動の障害

- ◆ 患者の精神および行動の状態からの判断
- ◆ 血液検査等の所見は必要ない

注意欠如多動性障害ADHDの診断基準　DSM -5

下記などの条件が全て満たされたときにADHDと診断されます

◆ 精神および行動の状態からの判断。血液検査等の所見は必要ない

1. 「不注意（活動に集中できない・気が散りやすい・物をなくしやすい・順序だてて活動に取り組めないなど）」と「多動-衝動性（じっとしていられない・静かに遊べない・待つことが苦手で他人のじゃまをしてしまうなど）」が同程度の年齢の発達水準に比べてより頻繁に強く認められること
2. 症状のいくつかが12歳以前より認められること
3. 2つ以上の状況において（家庭、学校、職場、その他の活動中など）障害となっていること
4. 発達に応じた対人関係や学業的・職業的な機能が障害されていること
5. その症状が、統合失調症、または他の精神病性障害の経過中に起こるものではなく、他の精神疾患ではうまく説明されないこと

LEWY小体病を伴う認知症の診断基準（ＤＳＭ－５）

major neurocognitive disorder with Lewy bodies

【GMCPLM0034】

A. 認知症の基準を満たす.

B. その障害は潜行性に発症し緩徐に進行する.

C. その障害は中核的特徴および示唆的特徴の組み合わせによるほぼ確実(probable)な Lewy 小体病を伴う認知症または疑いのある(possible)Lewy 小体病を伴う認知症の基準を満たす.

ほぼ確実(probable)な Lewy 小体病を伴う認知症では，2 つの中核的特徴，または 1 つ以上の中核的特徴と 1 つの示唆的特徴をもつ.
疑いのある(possible)Lewy 小体病を伴う認知症では，1 つの中核的特徴のみ，または 1 つ以上の示唆的特徴をもつ.
(1)中核的な特徴：
(a)著しく変動する注意および覚醒度を伴う認知の動揺
(b)よく形作られ詳細な，繰り返し出現する幻視
(c)認知機能の低下に引き続いて起こる自然に発生したパーキンソニ
(2)示唆的な診断的特徴：
(a)レム期睡眠行動異常症の基準を満たす.
(b)重篤な神経遮断薬に対する過敏性

D. その障害は脳血管障害，他の神経変性疾患，物質の作用，または
うまく説明されない.

◆ Lewy小体は、剖検しないと判明しない
◆ 亡くなって初めて確定診断が出来る？

〔日本精神神経学会 日本語版用語監修，髙橋三郎，大野　裕(監訳)：DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル，609-610，医学書院，2014 より〕

内科の疾患の診断と精神科における操作的診断

内科の診断は客観的なデータがある。精神科の診断は客観的データがない

内 科　各種の検査

客観的なデータがある

診 断

シェーグレン症候群
胃がん・肝臓がん・白血病

精神科　精神および行動

抑うつ気分・対人関係での問題
幻聴や妄想・認知機能の低下

客観的なデータが少ない

操作的診断

統合失調症
うつ病、発達障害
パーソナリティ障害
ASD・ADHD

例外

知能検査でわかる

精神遅滞
認知症

司法における　操作的診断基準の扱い方　私見

◆ 不可知論（かつて）：精神障害が、人の意思や行動の決定過程(弁識・制御能力)にどのように影響するかを判定することができない、とする立場

◆ 可知論（現　在）：弁識・制御能力は証明がある程度可能なものであり、その能力は精神医学的診断だけでなく、個々の事例で判断すべきという立場

参考 刑法第40条（平成7年削除）：瘖唖者ノ行為ハ之ヲ罰セス又ハ其刑ヲ減軽ス

精神科

精神および行動

操作的診断

統合失調症

認知症　レビー小体型

不可知論

抑うつ気分・対人関係

幻聴や妄想・認知機能の低下

可知論

責任能力の判断

昭和59年7月3日最高裁判所第三小法廷

「被告人が犯行当時精神分裂病に罹患していたからといって、そのことだけで直ちに被告人が心神喪失の状態であったとされるものではなく、その責任能力の有無・程度は、被告人の犯行当時の病状、犯行前の生活状態、犯行の動機・態様を総合して判断すべきである」

精神科ならでは?の操作的診断とは

GORYOKAI

まとめ

精神疾患は、原因が不明で生物学的な検査方法がなく、客観的データが少ないために、臨床症状によって診断せざるを得ない

- 操作的診断とは、診断基準を設け、基準に症状を当てはめる診断すること
- 精神科の２つの診断分類　1 ICD（WHO）と 2 DSM（ｱﾒﾘｶ精神医学会）
- ICD-10とDSMの分類は多少違っているが、ほぼ同じ
- 日本の公式な書類（手帳や年金の病名）は、1 の ICDのコードを用いている
- DSMでは、1 多軸診断と 2 多元的（ディメンション）診断というものがある
- 内科の診断は客観的なデータがあるが精神科には客観的データがない
- 司法精神医学では、不可知論と可知論という立場があった　参考
- 可知論とは、弁識・制御能力は証明がある程度可能なものであり、その能力は精神医学的診断だけでなく、個々の事例で判断すべきという立場