

200833057A

厚生労働科学研究費補助金

こころの健康科学研究事業

国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究

平成20年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 飯森眞喜雄

平成21（2009）年3月

正誤表

参考資料3 全項目に対する評価詳細 に関して誤りがありました。

F1 (p.192-219) および F2 (p.219-222) の使用頻度の表示に関し、「よく使う」と「ときどき使う」の順序が逆になっておりましたので、以下の通り訂正をお願いします。

《訂正箇所》

[正]

| 回答者数 | 使用頻度 (%) | | | | |
|------|----------|----------|--------|------|--------|
| | 全く使わない | ほとんど使わない | ときどき使う | よく使う | 日常的に使う |
| 219 | 5 | 7 | 28 | 27 | 33 |
| ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ |

[誤]

| 回答者数 | 使用頻度 (%) | | | | |
|------|----------|----------|------|--------|--------|
| | 全く使わない | ほとんど使わない | よく使う | ときどき使う | 日常的に使う |
| 219 | 5 | 7 | 28 | 27 | 33 |
| ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ |

目次

I. 総括研究報告

- 国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究1
飯森眞喜雄

II. 分担研究報告

1. WHO 本部からの情報収集および ICD-11 に向けての調整・診断モデルの検討17
A. WHO 本部からの情報収集17
B. ICD-11 に向けての調整・診断モデルの検討98
丸田敏雅
2. 診断基準の構造上の問題点の検討247
染矢俊幸
3. プライマリ・ケアにおける診断分類の問題点
—プライマリ・ケアにおける ICD-10 に関する研究—255
中根秀之
4. 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—269
針間博彦
5. 症状を含む器質性精神障害の診断分類・診断基準の検討279
新井平伊
6. 統合失調症・統合失調症刑障害および妄想性障害の診断分類・診断基準の検討
—緊張病症状の検討—283
大久保善朗
7. 気分障害の診断分類・診断基準の検討287
三國雅彦
8. 神経症性障害・ストレス関連障害および身体表現性障害の
診断分類・診断基準の検討291
小澤寛樹
9. 成人のパーソナリティおよび行動の障害
—パーソナリティ障害についての検討—293
大野 裕
10. 知的障害、心理的発達の障害および小児期および青年期に通常発症する行動
および情緒の障害299
青木省三

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表 305

Ⅳ. 研究成果の刊行物・別冊 309

平成 20 年度 総括研究報告書

国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究

飯森眞喜雄

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学 研究事業）
総括研究報告書

国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究

主任代表者 飯森眞喜雄

東京医科大学精神医学講座 教授

研究要旨

1. WHO 本部からの情報収集および調整

平成 19 年より、WHO の「精神保健及び薬物乱用部」がハーバード大学のハイマン教授を座長として精神保健の分野別専門委員会会議（TAG：Topical Advisory Group）を年 2 回開催している（第 1 回会議は平成 19 年 1 月 11、12 日、第 2 回会議は平成 19 年 9 月 24、25 日、第 3 回会議は平成 20 年 3 月 11、12 日、第 4 回会議は平成 20 年 12 月 1、2 日に開催された）。

ICD-11 の「精神と行動の障害」についてはこの委員会が最高意志決定機関である。この委員会のメンバーは世界精神医学会などの NGO や WHO により選任を受けた代表計 16 名からなっている。第 2 回及び第 3 回会議および第 4 回会議には分担研究者である丸田が WHO より特別招待者として招聘され、ICD-11「精神と行動の障害」に関する情報収集を行い、また、第 2 回会議では「日本での ICD-10 の使用状況」および第 4 回会議では「WHO が提案した 5 つの Large Grouping に関する日本の意見」について報告した。

2. 各カテゴリーの診断分類や診断基準に対する専門家の提言

ICD-10 の「精神と行動の障害」には F0 から F9 まで 10 個の大きなカテゴリーに分かれている。各分担研究者はそれぞれのカテゴリーに対して問題点を指摘した。

3. web サイトによる幅広い意見の吸い上げ

精神医療に関わる様々な方面から幅広く ICD-10 に関する問題点を取り上げることを目的としているため、本研究様のホーム・ページ（<http://www.icd11mental.com>）を開設している。web サイトの開設案内は精神神経学雑誌にも載せている。

A. 研究目的

国際疾病分類は 1900 年に第 1 回国際疾病分類（ICD-1）が作成され、その後、概ね 10 年ごとに改訂されてきた。ICD-10 は 1989 年に作成され既に 18 年が過ぎている。WHO は平成 19 年年 4 月から ICD-11 に向けて改訂作業を進めることを正式に発表し、改訂運営委員

会を組織し、その下に 5 つの分野別専門委員会（TAG：Topical Advisory Group）が組織されている。ICD は、WHO が保健医療統計分野において国際比較可能性向上のために定めた統計分類であるが、我が国の死因及び統計分類にも不可欠なものである。

しかしながら、現行の ICD-10、ことに「精神と行動の障害」に対しては現在の医学水準

や医療の進歩を網羅されておらず、臨床業務や研究を行う上で様々な問題点があると指摘されている。

本研究では ICD-10 の「精神と行動の障害」の問題点を抽出分析し、ICD-11 へ我が国の意見を反映できるような提言を作成し、ICD-11 がより我が国の臨床業務、研究及び精神保健行政を行う上で有益になるような対応ができるような成果を得ることを目的とする。

B. 研究方法

1). WHO 本部からの情報収集および調整

平成 19 年より、WHO の「精神保健及び薬物乱用部」がハーバード大学のハイマン教授を座長として精神保健の分野別専門委員会会議 (Topical Advisory Group : TAG) を年 2 回開催している。

ICD-11 の「精神と行動の障害」についてはこの委員会が最高意志決定機関である。この TAG に参加し ICD-11 「精神と行動の障害」に関する情報収集を行い、日本の意見を提案する。

また、上記の TAG の配下に置かれたグローバル科学連携ネットワーク (Global Scientific Partnership Network : GSPN) のコア・グループ (CG-GSPN) の第 1 回会議が平成 20 年 2 月 22 日に東京で開催され、その後、第 2 回会議は平成 20 年 5 月 3 日にワシントン, D.C、第 3 回会議は平成 20 年 11 月 24, 25 日にベルリンで開催され、これらの情報収集および日本からの提案を行う。

また、平成 20 年 9 月 20 日～25 日にプラハで開催された第 14 回世界精神医学会総会で我が国が ICD-11 に大きな関心を寄せていることもアピールし、我が国が ICD 改訂に大きな関心を寄せていることを示さなければならず、また、各国の ICD 改訂に関する動向も把握する必要があるため、本研究の途中成果を主任代表者の飯森が報告する (参考資料 1)。

また、同総会では、世界精神医学会の「診断、分類及び評価方法」部会が ICD 改訂のためのシンポジウムを組んでおり、同委員会の委員を務めている丸田が同シンポジウムの演者にも選ばれており、我が国の ICD-11 へ向けての取り組みについて、及びあるべき国際分類について発表する。同シンポジウムには指導的精神科医も多数出席し、我が国の ICD-11 についての取り組みについてもアピールできる。

2). 各カテゴリーの診断分類や診断基準に対する専門家の提言

ICD-10 の「精神と行動の障害」には F0 から F9 まで 10 個の大きなカテゴリーに分かれている。各分担研究者はそれぞれのカテゴリーに対して、各の診断カテゴリーの研究協力者 (5 から 8 名) と協議し ICD-10 の問題点を指摘する。

各分担研究者は、電子メール等で情報交換し、有識者会議を開催し議論をより深め、ICD-11 に関する日本からの提言をまとめる。

3). web サイトによる幅広い意見の吸い上げ

本研究では本研究様のホーム・ページを開設し (参考資料 2)、精神医療に関わる様々な方面から幅広く ICD-10 に関する問題点を取り上げる。ホーム・ページは、登録後 (匿名可能)、ICD-10 全体や各診断カテゴリーに関しての問題点や改正点を記入し送信できるように設計され、分担研究者及び研究協力者のみが閲覧できるようにする。ホーム・ページの開設の情報提供には、関連医学雑誌に登載するほか、日本精神神経学会、日本精神科診断学会の学術総会でもその存在をアピールする。また、精神医学講座担当者会議でも協力を呼びかける。これにより得られた情報のうち有益なものは「2). 各カテゴリーの診断分類や診断基準に対する専門家の提言」にも採用する。

C. 研究結果

1. WHO 本部からの情報収集および調整・診断モデルの検討 (丸田分担研究者)

a). WHO 本部からの情報収集

精神保健の TAG である精神部門の TAG は、「ICD-10 精神および行動の障害の改訂のための国際アドバイザー・グループ (International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioral Disorders)」と命名され、ICD-11 の「精神と行動の障害」についてはこの委員会が最高意志決定機関である。会議は年 2 回開催しており、現在まで、第 1 回会議は平成 19 年 1 月 11、12 日、第 2 回会議は平成 19 年 9 月 24、25 日、第 3 回会議は平成 20 年 3 月 11、12 日、第 4 回会議は平成 20 年 12 月 1、2 日の 4 回の会議が行われた。これらのうち、丸田分担研究者が第 2 回～第 4 回会議に WHO から招聘され、参加し ICD-11 「精神と行動の障害」に関する情報収集を行い、また、第 2 回会議では「日本での ICD-10 の使用状況」および第 4 回会議では「WHO が提案した 5 つの Large Grouping に関する日本の意見」について報告した。

また、上記の TAG の配下に置かれたグローバル科学連携ネットワーク (Global Scientific Partnership Network: GSPN) のコア・グループ (CG-GSPN) には、丸田分担研究者が選任され、平成 20 年 2 月 22 日に開催された第 1 回の東京会議、平成 20 年 5 月 3 日に開催された第 2 回のワシントン、D.C 会議、平成 20 年 11 月 24、25 日に開催された第 3 回のベルリン会議に参加し、情報収集および日本からの提案を行った。

平成 20 年 9 月 20 日～25 日にプラハで開催された第 14 回世界精神医学会総会では、9 月 23 日に開催された「分類、診断評価および命名部会によるマラソン・セッション」において、丸田分担研究者がシンポジウム「Broadening the bases for international diagnosis: The global

network of classification and diagnostic group」において、「日本の ICD-11 に関する取り組み」を報告し、各国の情勢を把握した。

b). 調整・診断モデルの検討

本研究は、現在改訂作業が進められている国際疾病分類 (International Classification of Diseases; ICD) 第 10 版の本邦における利用状況の把握を目的として行われた。全国 80 医科大学精神講座と精神科診断学会評議員 147 名を調査対象とし、ICD-10 に含まれる 835 全診断名についてその使用頻度と必要性を検討した。本研究で対象となった ICD-10 精神および行動の障害に含まれる計 835 項目 (F0 53 項目; F1 430 項目; F2 41 項目; F3 52 項目; F4 67 項目; F5 48 項目; F6 59 項目; F7 10 項目; F8 29 項目; F9 46 項目) に対するその使用頻度と必要性に関する結果を得た。

2. 診断基準の構造上の問題点について (染矢分担研究者)

ICD-11 に向けて、現在の精神科診断基準の構造上の問題点について、わが国の専門家の意見を集約する目的で本調査を行った。1) ICD-11 の大分類について、2) 双極 II 型障害について、3) 単一躁病エピソードについて、4) 双極性障害の診断カテゴリーについて、5) 統合失調感情障害について、6) 精神病性障害の次元方式についておよび 7) 精神疾患における機能障害、能力障害についてからなる質問紙を作成し、日本精神科診断学会の全評議員 146 名に郵送にて配布し、52 名から返答が得られた (回収率 36%)。

その結果、ICD-11 の新しい大分類は概ね受け入れられているが、双極性障害・精神病性障害の診断モデル、診断基準における機能・能力障害の記載については見直しが必要であると考えられた。

3. プライマリケアにおける ICD-10 に関する研究 (中根分担研究者)

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えない状況である。このため、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、医療職を対象にアンケート調査を行った。対象は、佐賀県下の687の医療施設である。方法は、ICD-10-PCで扱われている精神障害に対する診断と医療への態度を調べるためのアンケート調査であり、郵送により配布し、FAXにて回収を行った。

配布を行った687施設中、242施設よりアンケートの回答を得た(回収率:35.2%)。このうち有効回答241施設を解析の対象とした。この結果、プライマリケア医の勤務する医療施設では、精神医学的診断の際に参考とするものについては、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60%と最も多かった。一方で、精神科専門領域と同一のシステムを希望するものは、4%と低く、プライマリケア独自のシステム構築を望むものが25%であった。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。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各疾患で大きく異なっていた。

4. 国際疾病分類の改訂による社会的影響に関する研究(針間分担研究者)

今年度は、国際疾病分類の改訂による社会

的影響に関する研究のうち、特に「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」について調査を行った。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は、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)がいか用に用いられているかに関する現状を調査する必要がある。本報告では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、問題点を検討した。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療・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。措置入院の対象者は、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。司法精神鑑定の対象は、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。

措置診断書は2006年に改定され、ICD-10に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%)について検討した。これらのうち、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。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。

5. 症状性を含む器質性精神障害の診断分

類・診断基準の検討（新井分担研究者）

本研究では、1) ICD-10 の F0 領域における疾病分類の問題点を検討し、明らかにすること、2) 新たな分類として必要な疾病の決定、3) それぞれの疾病に対する診断基準の策定、4) 2) および 3) で定めた診断分類および診断基準に関する調査用紙の作成、5) 認知症関連学会員へのアンケート調査の実施、6) アンケート調査の集計、7) 集計に基づく診断分類および基準の作り直し、8) それらを臨床での実践に用いて、実用性の観点から検討する、9) 上記実践により生じたさらなる改訂を行い、最終案として、F0 領域疾病分類の新たな提言を行うことを目的としている。

初年度にあたる今年は、上記計画の段階 1 から段階 2 を検討・実施した。協力研究者と共に現在の ICD-10 の F0 領域の疾病分類を詳細に検討した。

現在の ICD-10、F0 領域の問題点として、F02 他に分類されるその他の疾患の認知症が時代遅れとなっている点が指摘された。また、F06.7 軽度認知障害 (MCD) が、最近注目されている軽度認知障害 (MCI) の整合性をどのように保つかが大きな臨床的問題となっていることも指摘された。加筆・修正すべき障害として、改正すべき病名として、ピック病の認知症を前頭側頭葉変性症、パーキンソン病の認知症をレビー小体型認知症、クロイツフェルトヤコブ病をプリオン病などとすべきであると提案された。また、新たに加えるべき障害として、軽度認知障害 (MCI) は疾病と捉えるべきか、認知症の前段階として、そして将来認知症に移行する可能性がある病態として、臨床的には意義深いなどの意見が提案された。加えるべき診断基準として、アルツハイマー病においては、NINCDS-ADRDA (McKhann et al, 1984)、血管性認知症においては NINDS-AIREN (Roman et al, 1993)、前頭側頭葉変性症においては、FTD のコンセンサスクライテリア (Neary et al, 1998)、レビー

小体病においては、ガイドライン改訂版 (McKeith et al., 2005) などが挙げられた。

6. 統合失調症・統合失調症型障害および妄想性障害の診断分類・診断基準の検討 (大久保分担研究者)

緊張病症状は、Kahlbaum の緊張病にその概念の起源をもち、無動症、無言症、昏迷、カタレプシー、命令自動、姿勢保持、常動症、拒絶症、反響言語など、姿勢、動作、言語に意志発動の障害を呈する特徴的な症候群である。Kraepelin は慢性に経過して荒廃に至る経過の緊張病に注目して、早発性痴呆の一亜型として緊張病を規定した。その考えが引き継がれ、DSM-IV や ICD-10 では緊張病は主に統合失調症の一亜型として診断されている。しかしながら、緊張病症状は、統合失調症よりも気分障害、特に双極性障害に関連して認められることが多いことから、症状のみでは原疾患を特定することは困難なことが報告されている。また、緊張病症状は原疾患の如何にかかわらず、benzodiazepine などの薬剤と電気けいれん療法 (ECT) が有効なことから、緊張病を統合失調症の一亜型に限定して考えるのではなく、緊張病症状を呈する状態を一つの症候群として診断し、早急な治療を行うことが推奨されている。

今回、本調査では院患者を対象に、Fink らが提案した緊張病症状の診断基準の適用を試みた。対象は、日本医科大学付属病院精神科病棟に平成 20 年 4 月 1 日から 12 月 31 日まで入院となった 268 名で、カルテ調査によって Fink らの緊張病症状の診断基準に合致する症例を抽出した。その結果、入院患者 268 例中、緊張病の診断基準に合致したのは 17 例 (6.3%) であった。緊張病の出現率が高い順に、ICD-10 診断をあげると、F0：症状性を含む器質性精神障害 (10 例中 5 例、50%)、F2：統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害 (49 例中 7 例、14.2%)、F3：気分

障害(131例中5例, 3.8%)の順が多かった。また、F3の下位分類をみるとF31:双極性障害(19例中4例, 21.0%)において出現頻度が高かった。このように、緊張病症状は統合失調症だけではなく双極性障害や器質性精神障害においても認められることが確かめられた。緊張病症状は原疾患にかかわらず一定の治療法が有効なことも考慮すると、緊張病症状を呈する状態を一つの症候群として診断することが推奨される。

7. 気分障害の診断分類・診断基準の検討 (三國分担研究者)

本研究はWHOのICD-11に関する国際委員会での検討状況を把握しながら、ICD-10のF3の現状分析を踏まえて、わが国としての「気分障害に関する診断分類・診断基準について検討すること」を目的とし、研究協力者による委員会を組織し、エキスパートコンセンサスとして集約するように努め、以下のような提言を得た。

- (1) ICD-11の国際委員会で検討されている5大疾患分類に関する、ICD-10のF3での問題点として、双極性障害が精神病性疾患にまとめられ、単極性うつ病が情動性精神疾患にまとめられることになり、F3が2つの大分類の間を移動することがあり得ることになるので、この5大疾患分類はきわめて不適切な分類であることを指摘した。
- (2) ICD-10の基本的な問題点として、(a)うつ病エピソード、躁病エピソードは基準であって、病名ではないのに、うつ病エピソードはF32の病名となっているので、depressive disorder、うつ病性障害(初回)とするべきである、(b)子どものうつ病の診断基準の明確化が必要であり、亜型分類として双極性の基準の明確化も必要である、(c)F38.10反復性短期うつ病性障害はICD-10で規定されているが、反

復性短期双極性感情障害は入っておらず、加えるべきである。

- (3) ICD-11で検討すべき課題として、(a) Endogenousの内容での亜型分類は必須であり、身体性症候群を伴うものというのは曖昧すぎるのではないか? (b) 気分不一致な精神病症状を伴う群は治療困難性との関連からも、F3から分離すべきではないか? (c) 初発が20歳代~40歳までと、50歳代以降のうつ病性障害では生物学的基盤が異なるので、亜型に分類すべきではないか? (d) うつ病エピソードの診断基準に「気分反応性がないこと」を明記するべきではないか? 気分反応性のある症例は亜型として分類すべきなのか、反応性うつとしてF4に移すべきではないか?
- (4) 厚生省精神保健医療研究「精神疾患の診断基準の作成に関する研究」班研究で検討された日本版のICD-10案(JCM)が1992年に報告されているので、今回の改定に生かせないかを検討する必要がある。
- (5) 研究用ICD-11に対して、脳画像、死後脳、遺伝子研究での病態の異同、治療反応性、予後の異同についてまとめて、亜型を提案できるようにし、それらに基づいてどこでも使えるICD-11を作るように働きかける必要がある。

8. 神経症性障害・ストレス関連障害および身体表現性障害の診断分類・診断基準の検討(小澤分担研究者)

日本とアジア圏におけるICD-10のF4群診断基準の臨床的側面からの見直しと臨床診断の実態を把握すべく、シンポジウムと会議の場で、F4群の主要専門家を招き、問題の同定と具体的調査内容に関して明らかにした。

シンポジウムと会議で議論した内容をF4群の下位項目ごとにまとめ、それぞれの診断上の問題点を明らかにした。また、地域性や

アジア圏の文化的特性を考慮に加えながら、F4 群診断基準のポータビリティを改善する必要性が明らかになった。

まず、診断基準が ICD, DSM, 従来診断と乱立し、互換性に乏しく、診断時の混乱がある。また区分化に伴う診断軸のずれなど疾病概念の再構築が必要である。今後は、この研究で得られた結果・示唆を元に大規模調査のパイロットスタディとして、現在刊行されている国内施設における F4 群の臨床統計を収集し、メタ解析を進める必要がある、などの提言が出された。

日本国内とアジア圏における多施設での統計的調査と併せ、ケース提示による各国・施設での診断の揺れを調査する。考察に加え、国内ではプライマリケア医からの精神科紹介を増やすことが急務とされ、同医師への教育内容の更なる充実が望まれる。

今後は、日本・アジア圏における大規模調査を予定している。

9. パーソナリティ障害についての検討

(大野分担研究者)

パーソナリティ障害に関する議論や研究は、わが国では、症例報告を除いてほとんど行われておらず、ICD-11 に向けて現時点で提言するのは難しい状況にある。したがって、まずは、専門家による会議を開催して、現在の ICD-10 のパーソナリティ障害のセクションの課題について検討した。

専門家による会議を行い、現在の ICD-10 のパーソナリティ障害のセクションの課題について検討した。その結果、以下のような課題が明らかになった：①パーソナリティ障害の定義（全般的診断基準 General diagnostic criteria for a Personality Disorder）が曖昧である、②パーソナリティ障害同士の併存が多い（comorbidity の高さの問題）、③パーソナリティ障害と精神疾患の併存や鑑別が曖昧である、④実際の日常でどのように使われている

か不明である、⑤その他（器質性パーソナリティ障害は disorder とする表記は妥当であるか、パーソナリティ障害の生物学的背景を検証する必要があるのではないかなど）。以上の他に、器質性パーソナリティ障害は disorder ではなく、personality change とすべきではないかという意見が出された。また、パーソナリティ障害の生物学的背景について、前頭葉機能や側頭葉機能との関係を含めて検討する必要がある、とくにサイコパスとの関連でそれが重要になってくるという意見も出された。

こうした状況を鑑み、来年度は、アンケートの実施と各領域の専門家を交えた検討会の実施が必要であるとの結論に至った。

10. 知的障害、心理的発達の障害および小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害（青木分担研究者）

ICD-11 委員会の委員を中心に、児童青年精神科医などに ICD-10 の問題点について質問し回答を得た。また、研究論文や著書などを検索し、ICD-10 の問題点について調査する。

その結果、発達障害という用語をめぐって、発達障害という用語をめぐって、多動性障害と広汎性発達障害の合併、併存、自閉症スペクトラム障害の問題点、成人期の多動性障害と広汎性発達障害の診断、文化的問題などを検討した。

F7：精神遅滞（知的障害従来の精神疾患と広汎性発達障害の関係については、鑑別が難しい例が少なくないが、単に併存していると考えられる例もある。また、まず発達障害があり、それをベースとして様々な精神疾患が発展していると考えると理解しやすい例もある。F8：心理的発達の障害 F9：小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害の多くのものが、発達障害という概念によって括られる可能性がある。多動性障害と広汎性発達障害の併存は考えられていた以上に多く、多動性障害の症状が改善したときに、

広汎性発達障害症状が顕在化してくることは少なくない。両者を明瞭に区別することは困難であり、一人の子どもに多動性障害傾向がどの程度で、広汎性発達障害傾向がどの程度かというような視点で子どもを診ていく必要がある。多動性障害と広汎性発達障害の併存を認めるべきだと考えられる。高機能自閉症とアスペルガー症候群の鑑別が困難であり、また小児自閉症に分類される症例よりも、非定型自閉症や特定不能の広汎性発達障害に分類される症例の方が多きことなどから、自閉症スペクトラム障害という概念を用いることも今後は検討すべきだと考えられる。ただ、概念としては有用だと思われるが、疾病分類としては範囲が曖昧で広すぎるという側面があり今後の検討を要する広汎性発達障害やADHDと捉えるかどうかは、その社会の持つ価値体系などの文化的要因が関与している可能性が否定できない。それをどのように疾病分類に反映させていくかが難しい、などの意見が出された。

11. webサイトによる幅広い意見の吸い上げ

現在、上述したwebサイトが稼働し、広範囲な意見を吸い上げる試みがなされている。今後もWHOの動向や本研究の進行状況などを開示し、より多くの意見を集めていきたい。

D. 考察

すでに研究結果において詳しく述べたため、改めて考察において言及することはない。ICDは我が国の日常臨床や死因及び統計分類にも不可欠なものであり、厚生労働行政にも直結する分類であるが、ICD-10発刊以降、ICD-10「精神及び行動の障害」に関して、現

在までにその問題点を総合的に浮き彫りにした研究はない。

上記のように今年度は、まず、ICD-11作成の情報収集と現行のICD-10の問題点を浮き彫りにすることを焦点として研究が行われた。今年度の研究において、多くの問題点が浮き彫りにされた。これらを加味して次年度の研究へつなげていき、ICD-11に日本の意見が反映され、より日本の臨床に則したものとなるよう研究成果を得たい。

E. 結語

ICD-11「精神及び行動の障害」に向けて、包括的な研究を行った。このような研究は未だなく、ICD-11に日本の意見が取り入れられるような重要な研究であり、本研究の結果はWHOにも大きな影響を与えるものと確信する。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

学会報告

Iimori, M & Maruta, T: The revision of the International Classification of Disease, Japanese perspectives, World Congress of Psychiatry, September, 2008 (in Prague).

H. 知的財産権の出願・登録情報

特記事項なし

TOWARD REVISION OF INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES: Japanese Perspective

Mikio Iimori, M.D., Ph.D.

Toshimasa Maruta, M.D., Ph.D.

Chihiro Matsumoto, M.A.

REVIEW OF ICD-10 AND NEW VISION FOR ICD-11

Review of
ICD-10

• ICD-10 needs to be reviewed for its problems that have been identified in association with research and clinical practices

Vision for
ICD-11

• ICD-11 should reflect improvements made on the issues identified above

Task Force
for Revision

• The Japanese Society for Psychiatry and Neurology and the Japanese Society for Psychiatric Diagnoses have organized *the ICD-11 committee* dedicated to discuss issues regarding ICD-10

ACTIVITIES IN JAPAN FOR THE REVISION PROCESS

Composition of the ICD-11 Committee

A comprehensive Group

- A **comprehensive group** work on problems such as presentation of categories within ICD (i.e. F1-9); comorbidity issues; threshold of disorder; relationship between disability and disorder, etc.

10 Individual Groups

- **Individual groups** are designated to deal with problems regarding specific categories (F0 to F9).

ACTIVITIES IN JAPAN FOR THE REVISION PROCESS (CONT.)

Members of the ICD-11 Committee

Comprehensive Group

•Iimori, M. •Okazaki, Y. •Kashima, H. •Kitamura, T.
•Kurachi, M. •Someya, T. •Nakane, H. •Hamada, H.
•Higuchi, T. •Furukawa, Y. •Maruta, T.

F0 Group: Organic Mental Disorders

•Asada, T. •Amano, N. •Arai, H. •Ikeda, M.
•Umetsu, H. •Horiguchi, J.

F1 Group: Disorders due to Psychoactive Substance Use

•Saito, T. •Iga, M. •Ujiiie, H. •Umeno, M.
•Higuchi, S.

ACTIVITIES IN JAPAN FOR THE REVISION PROCESS (CONT.)

F2 Group:
Schizophrenia and Schizophrenic
and Delusional Disorders

・Okubo, Y. ・Kuzumi, I. ・Gomibuchi, T.
・Harima, H. ・Fukuda, M. ・Mizuno, M.

F3 Group:
Affective Disorders

・Inoue, T. ・Omori, T. ・Kaminiwa, S. ・Kurumaji, A.
・Sakamoto, K. ・Shinoue, K. ・Nakagome, K.
・Mikuni, M.

F4 Group (1):
Neurotic & Stress-Related
Disorders

・Asukai, N. ・Otsubo, T. ・Koyama, T. ・Shioiri, T.
・Taga, C. ・Nomura, S. ・Harada, S.

F4 Group (2):
Somatoform Disorders

・Iwanami, A. ・Ozawa, H. ・Terao, T. ・Nakayama, K.
・Nakamura, J. ・Miyaoka, H.

ACTIVITIES IN JAPAN FOR THE REVISION PROCESS (CONT.)

F5 Group:
Behavioral Disorders

・Uehara, T. ・Unchimura, N. ・Uchiyama, M.
・Kiriike, N. ・Nagata, T. ・Yamada, N.

F6 Group:
Disorders of Adult Personality &
Behavior

・Ishigooka, J. ・Iwata, N. ・Ono, Y. ・Ozaki, N.
・Kato, S. ・Nakatani, Y. ・Nishimura, R.
・Hayashi, N.

F8 & 9 Group:
Developmental Disorders &
Behavioral and Emotional
Disorders in Childhood and
Adolescence

・Aoki, S. ・Ichikawa, H. ・Kaneo, Y. ・Saito, M.
・Sugiyama, T. ・Hirota, K. ・Toichi, M.

*No committee was formed for F7 (Intellectual Disorders)

GATHERING IDEAS AND OPINIONS FROM RELEVANT FIELDS

A platform-like website has been launched in order to hear from psychiatrists (clinical and research alike), nurses, psychologists and other practitioners

- Information about this website is being disseminated via many venues (e.g. Journal of the JSPN, PCN)
- The website is designed to maximize interactions between members (i.e. one can respond to someone else's opinion)
- Access to this website is regulated and monitored by way of requiring an ID and a password to log in

GATHERING IDEAS AND OPINIONS FROM RELEVANT FIELDS (CONT.)

ICD-11へ向けて
精神科および行動科学の分野

ようこそ [氏名] さん 2016-04-14 13:11

ICD-11へ向けて
ICD-11をめぐって
ICD-11をめぐって
ICD-11をめぐって
ICD-11をめぐって

メンバー: 6 • 投稿数: 5 • スレッド: 4
数件 [氏名] さんが、加わりました。

ICD-11へ向けて
ICD-11をめぐって
ICD-11をめぐって
ICD-11をめぐって
ICD-11をめぐって

ICD-11をめぐって
ICD-11をめぐって
ICD-11をめぐって
ICD-11をめぐって
ICD-11をめぐって

A sample page taken from the website.
For more information, go to www.icd11mental.com

GATHERING IDEAS AND OPINIONS FROM RELEVANT FIELDS (CONT.)

F4. 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
 F6. 気質的障害および身体的原因に関連した行動変容
 F6. 成人の人格および行動の障害
 F7. 知的障害
 F9. 心境的発達の障害
 F9. 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害
 * ICD-10に属する器質的の意見
 * * : その他の意見
 システム管理センターのお知らせ
 最新情報あり 最新情報なし

ICD-11へむけて—議論センター—

A sample page taken from the website. For more information, go to www.icd11mental.com

最近の投稿

| | |
|--|----------------|
| ユーザ登録の改善 By システム管理センター | 06/14/08 01:13 |
| ロゼリン錠「137mgが販売されています」と表示される事 By システム管理センター | 06/14/08 01:07 |
| DocuTalk患者からのアクセス By 40711 (おちい) | 06/12/08 14:52 |
| Re: システム管理センターのお知らせ By 40711 (おちい) | 06/09/08 22:24 |
| システム管理センターのお知らせ By 40711 (おちい) | 06/05/08 02:58 |

GATHERING IDEAS AND OPINIONS FROM RELEVANT FIELDS (CONT.)

Below are examples of concerns and opinions expressed by researchers and clinicians in Japan.

About Schizophrenia and Related Disorders

- “Schizophrenia” of Japanese equivalent has been changed into a less pejorative term—should the same consideration given to the English diagnoses?

About Affective Disorders

- Apparently redundant and/or closely related criteria seem to be making the diagnosis and classification look unnecessarily complicated—can the diagnostic system simplified?
- How to differentiate the degree of severity in depressive disorders/episodes (e.g. mild, moderate, severe depressive episodes) is unclear—can the diagnostic criteria be clarified?

GATHERING IDEAS AND OPINIONS FROM RELEVANT FIELDS (CONT.)

Below are examples of concerns and opinions expressed by researchers and clinicians in Japan.

About Personality Disorders

- Whether to conceptualize personality as categorical or dimensional upon diagnosing PD has been a controversy—what do we do in ICD-11?
- The overwhelming majority of the PD patients are diagnosed with borderline PD, and so few with other PDs—should the clinical threshold for each PD be reconsidered?
- Differences in terms used in ICD and DSM (e.g. dissocial and antisocial PD) can be confusing and misleading—a better word to describe the same phenomenon?

GATHERING IDEAS AND OPINIONS FROM RELEVANT FIELDS (CONT.)

Below are examples of concerns and opinions expressed by researchers and clinicians in Japan.

About Neurotic, Stress-Related and Somatoform Disorders

- What qualifies as an exceptionally threatening or catastrophic event (a criterion for PTSD) can be arbitrary—should the criteria for the stressful event be reconsidered?
- Symptoms of mixed anxiety and depressive disorders and mild depressive episode look all so similar when considering adjustment disorder—how can we give more accurate diagnoses?
- Conversion disorder is currently classified under dissociative disorders in ICD and under somatoform disorders in DSM—how do we reconcile this in ICD-11?

HOW THE VOICES FROM JAPAN GET TO WHO

(IIMORI'S GROUP & THE JAPANESE SOCIETY FOR PSYCHIATRY AND NEUROLOGY)

