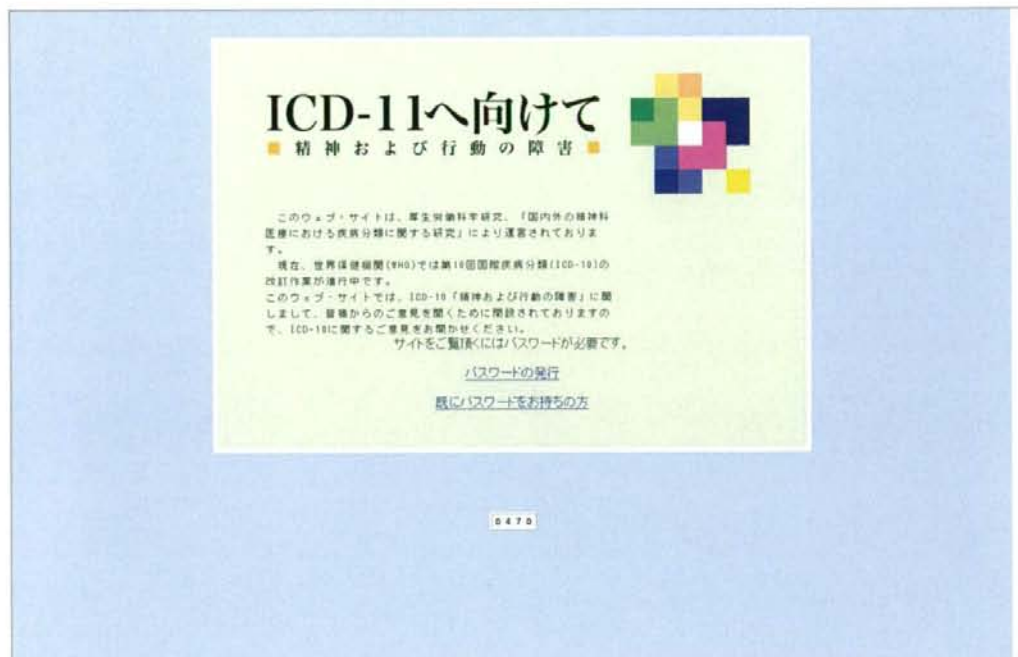


<http://www.icd11mental.com/index.html>



The banner features a light yellow background with a blue border. At the top right is a colorful geometric logo composed of squares in green, yellow, blue, and pink. The main title is in large black characters, followed by a subtitle in smaller characters. Below this is a block of Japanese text providing information about the website's purpose and the current status of the ICD-11 revision. At the bottom of the text block are two links: one for password registration and another for existing users.

ICD-11へ向けて

■ 精神および行動の障害 ■

このウェブサイトは、厚生労働科学研究、「国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究」により運営されております。

現在、世界保健機関(WHO)では第10回国際疾病分類(ICD-10)の改訂作業が進行中です。

このウェブサイトでは、ICD-10「精神および行動の障害」に關しまして、皆様からのご意見を聞くために開設されておりますので、ICD-10に関するご意見を聞かせください。

サイトをご覧頂くにはパスワードが必要です。

[パスワードの発行](#)

[既にパスワードをお持ちの方](#)

0470

平成 20 年度 分担研究報告書

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

丸田敏雅

厚生労働科学研究補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

WHO 本部からの情報収集

分担研究者

丸田 敏雅（東京医科大学精神医学講座・講師）

研究協力者

松本 ちひろ（東京医科大学精神医学講座・研究助手）

研究要旨

世界保健機関（WHO）が、第 10 回国際疾病分類（ICD-10）¹⁾ を刊行してから既に 20 年近くが過ぎており、現在その改訂作業が行われつつある。本稿では、まず、WHO 「分類と用語部」を中心とする ICD-11 全体に関する WHO の動向を概説した上で、精神および行動の障害分野の改訂作業を中心的行っている WHO 「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」の動向、その作業部会の一つであるグローバルな科学的協力ネットワーク・グループの動向、国内の ICD-11 への取り組みについて報告した。また、最後に比較的新しい概念である内面化（内在化）障害や外面化（外在化）障害についても紹介した。

A. 研究目的

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 Hyman 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「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」と命名され、この委員会が最高意志決定機関となっている。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。

さらに、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み、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、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した。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た。

B. 研究方法

本分担研究者が特別招待者として第2回～第4回の「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」会議に参加し ICD-11 に向けた情報収集を行い、日本の意見を提案する。

また、本分担研究者が上記 GSPN のコア・グループ・メンバーに選任されているため、CG-GSPN 会議に参加し、ICD-11 に向けた情報収集を行い、日本の意見を提案する。

C. 研究結果

1). はじめに

世界保健機関 (WHO) が、第 10 回国際疾病分類 (ICD-10)¹⁾ を刊行してから既に 20 年近くが過ぎており、現在その改訂作業が行われつつある。本研究報告では、まず、WHO 「分類と用語部」を中心とする ICD-11 全体に関する WHO の動向を概説した上で、精神および行動の障害分野の改訂作業を中心的に行っている WHO 「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」の動向、その作業部会の一つであるグローバルな科学的協力ネットワーク・グループの動向、国内の ICD-11 への取り組みについて報告し、最後に比較的新しい概念である内面化 (内在化) 障害や外面化 (外在化) 障害についても紹介する。

2). ICD 改訂に関する WHO の動向

国際疾病分類 (ICD) は、1900 年に第 1 回国際疾病分類 (ICD-1) が発表された後、概ね 10 年ごとに改訂され、現行の ICD-10 は 1990 年に世界保健総会で批准された後、1994 年から WHO 加盟国で使用されている (図 1)。しかし、既にその登場から 18 年が過ぎ WHO でも改訂の作業が準備されている。WHO の ICD の改訂作業は WHO の「分類と用語部」

が中心となり、WHO 国際分類ファミリー・ネットワーク (WHO-FIC) の分類改訂委員会 (Update & Revision Committee) のもと改訂運営委員会 (Revision Steering Group) が設けられ、現在のところその分科会として、精神、外因、腫瘍、稀な疾患及び内科の 5 つの分野別専門委員会 (Topical Advisory Group : TAG) が設置されている。これらの他、「母子の保健、周産期」、「眼科」及び「医療情報システム」などの分野別専門委員会の設置も予定されている。

また、WHO は国際疾病分類 (ICD)、国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF) 及び作成中の医療行為の分類 (International Classification of Health Interventions : ICHI) の 3 つ分類を中心とする国際分類ファミリー (Family of International Classifications : FIC) を用いて、各国の保健業務、臨床業務、管理業務、報告業務を総合的に行っていくという保健情報システム (Health Information System : HIS) の構築を目指している。このような大きな構想の中で、ICD-11 の改訂が準備されているため、ICD-11 全体を指揮する WHO 「分類と用語部」の Üstün 専門官は、各国の ICD 改訂に対する関心は従来の改訂作業の時よりも高いと指摘している。さらに、ICD-11 草案は、様々な意見を盛り込みより良い分類とするため “Hi-Ki” と命名されたウィキペディアのような体系的共同編集ツールを用いて改訂作業も行われている²⁾。

精神部門は、WHO の精神保健及び薬物乱用部が中心になり、分野別専門委員会が設けられた。現在まで 4 回のアドバイザー・グループ (Advisory Group : AG) による会議が開催されている。「精神および行動の障害」の改訂作業は、この AG が改訂の骨子を決定し、改訂作業を行う構成となっている。

3). 「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」の動向(第1回～第4回会議の要旨)

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、座長にはハーバード大学のHyman教授が就任している。その他のメンバーの構成は、精神医学の有識者、及び各文化圏及び言語圏の代表者として、Gavin Andrews(オーストラリア)、David Goldberg(英国)、Oye Gureje(ナイジェリア)、Maria Elena Medina-Mora(メキシコ)、Karen Ritche(フランス)、Khaled Saeed(パキスタン)、Norman Sartorius(元WHO精神保健部部長、元世界精神医学会会長)、Rangaswamy Thara(インド)及びXin Yu(中国)が選任され、また、精神保健の関連団体の代表としてRolf Blicke-Ritter(国際ソーシャル・ワーカー連盟)、Amy Coenen(国際看護師協会)、Michael Klinkman(世界家庭医機関)、Juan Mezzich(世界精神医学会)及びGeoffrey Reed(国際心理学的科学連合)が選任された(敬称略、これらの委員を以下AG委員とする)。

「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」会議の第1回目から3回目までの会議要旨はWeb Siteで公表されている³⁾。以下に4回までの会議の要旨を述べる。

第1回AG会議は2007年1月11、12日にジュネーブのWHO本部で開催された。まず、ICD-11の機能として、1. 臨床場面での使用、2. 研究での使用、3. 教育及びトレーニングでのツールとして使用、4. 公衆衛生を目的としての使用、5. 統計報告目的での使用の5つの機能が確認された。ICD-11で精神障害をどのように定義するのかに関しては、その定義により、何が分類されるのかが決まること、機能障害や能力障害を個々の障害の診断基準

に含めないこと、機能障害や能力障害は文化的な影響を受けることを考慮することなどがまとめられた。付加的な情報をどのように包含するかに関しては、障害の分類であって、“人”を評価するツールではないこと、ICD-11が多軸システムを採用することを推奨しないこと、診断基準としてでなければ、関連病像や関連疾患、検査所見、身体所見、医学的狀態、有病率、経過、家族歴などの付加的情報を診断分類の一部として取り入れることを推奨しないことなどが取り決められた。臨床閾値以下の状態、危険因子及び保護的因子の包含については、予防的な役割に有用であることは認めるものの、しかし、臨床閾値以下の状態、危険因子及び保護的因子については、これらを含めることは推奨しないこと、危険因子及び保護的因子については、精神及び行動の障害ではなく、ICD全体として取り組むべきであるなどが決められた。ICD-11 精神および行動の障害には複数の版が準備されることが決定され、プライマリ・ケアのための版、臨床的な使用のための版及びICD-10にもある研究用診断基準のような研究用のための版を作成することが決められた。

また、AGの下に、ICD-DSM調和コーディネート・グループ(ICD-DSM Harmonization Coordinating Group)、グローバルな科学的協力コーディネート・グループ(Global Scientific Participation Coordinating Group)、ステークホルダー(中立的な有識者)参加グループ(Stakeholder Input and Participation Group)及び資源流動化コーディネート・グループ(Resource Mobilization Coordinating Group)の4つのコーディネート・グループ(Coordinating Group)を設置することが決定された(以上はWHO精神保健及び薬物乱用部のwebサイトで公表されている会議報告書から抜粋した)。

第2回AG会議は、2007年9月24、25日にWHO本部で開催された。参加者は、前述

の座長の Hyman 教授、14名の AG 委員、筆者の一人である丸田を含む6名の特別招聘者、WHO から精神保健および物質乱用部のサラセーノ部長ほか8名のスタッフであった。まず、ICD 全般の改訂課程に関して、Üstün 専門官がその進捗状況を報告し、疾患(disease)、障害(disorder)、症候群及び他の用語に関しても ICD 全般の改訂と歩調を合わせなければならない、また、精神障害の章においては互いに相容れた構造、すなわちプライマリ・ケア版を作成し、その後に精神保健の専門家により使用される版、次いで研究用の版が作成されるべきであることなどが強調された。第1回会議で組織されることが決定した4つのコーディネート・グループについては、この間に座長が決まり、ICD-DSM 調和コーディネート・グループは Saraceno 部長(WHO 精神保健及び薬物乱用部)と Kupfer 教授(米国精神医学会 DSM-V 実行委員会委員長)、グローバルな科学的協力コーディネート・グループは Sartorius 教授、ステークホルダー参加グループは Mezzich 教授と Saraceno 部長、資源流動化コーディネート・グループは Hyman 教授に決まった。そして、各座長より進捗状況と今後の活動予定について報告された。

次いで、第1回会議で宿題とされた「ICD-10 と DSM-IV-TR の完全な相違リスト」については、特別招待者の First 教授(コロンビア大学)が論文を準備し、ICD-10 と DSM-IV-TR 概念的の差違があると思われる障害が36あり(F1x.1 有害な使用など)、ICD-10 には含まれているが、DSM-IV には含まれていない障害が25(F06.5 器質性解離性障害など)、そして、DSM-IV には含まれているが、ICD-10 には含まれていない障害が11(窃触症など)あるなどの報告をした。「診断と分類における文献検索」について、特別招待者の Sharan 氏(全インド医科学研究所、精神保健部)が、Medline による検索で ICD の改訂に関連する文献が1,132文献あると報告した。

しかし、Medline で検索できない文献で有益な情報を与えてくれる文献(英文誌で発表されていなかったり、診断に関するものであっても心理学系の雑誌で報告されたものなど)もあるのではないかという指摘があり、それらに関しては、引き続き検索し、また、上記の科学的協力コーディネート・グループでも取り上げていくことが決まった。「プライマリ・ケアのための診断と分類」に関して、Gask 教授(マンチェスター大学プライマリ・ケア部)は、ICD-10 や DSM システムにおいて、プライマリ・ケアにおける精神障害の分類は、専門家の使用を前提とした分類から作成されたものであり、プライマリ・ケアで遭遇する典型的な患者を診断する際に困難なことが多い、そこでは、閾値下の障害、合併例及び複数の障害が混在した症候群なども多く、現行の ICD-10 では不十分であることを指摘した。また、文化的要因が強い障害や障害の重症度、慢性化や機能障害を評価するのに不十分である点などが報告され、AG としてもそれらの点を加味して改訂作業を行っていくことが決められた。

「研究のための診断対臨床診断」に関して、Andrews 教授(AG 委員)から、DSM-IV と ICD-10 の不安障害や気分障害の診断基準は伝統的な患者面接の最中には、想起することが難しいことが指摘された。そして、多くの障害では閾値の定義や除外診断が不十分である。また、個々の障害のプロトタイプを明確にして、簡素化すべきであるとの主張が出された。「ICD と DSM の重症度基準」に関しては、Goldberg 教授(AG 委員)及び Reed 氏(AG 委員)の両氏から報告があり、気分(感情)障害、認知症、知的障害などの重症度について、ICD-10 と DSM-IV の相違や、特に発展途上国においては重症例で自己支援行動の発見が遅れたり、無視されたりする場合が少なくなく、ICD-10 ではこれらが考慮されておらず、ICD-11 においては、このような観点も考慮し、

重症度を再考すべきであると報告された。

その他、各国の ICD-10 の使用状況について、特別招待者の Mellsop 教授（オークランド大学）、同じく特別招待者である分担研究者の丸田及び Xin 教授（AG 委員）がそれぞれ、ニュージーランド、日本（参考資料 1）、中国の状況について報告した。また、ICD 改訂には疫学調査のデータやその解析によっても有益な情報が得られるため、AG の作業の一つとしてそれらを行っていくべきであることが採択された。さらに、研究と教育のための米国精神医学協会（American Psychiatric Institute for Research and Education：APIRE）が行った会議の資料も参考とすることなどが決定された。他に、知的障害や睡眠障害を「精神および行動の障害」に包含すべきかどうかに関して議論がなされ、これらを「精神および行動の障害」に含めるには再考の余地があるのではないかと、特に「知的障害は、ICF で分類すべきではないか」などの意見があった。また、2 日間の会議を通じ、Categorical 分類と Dimensional 分類の議論も多くなされた。

第 3 回会議は、2008 年 3 月 11、12 日に WHO 本部で開催された。参加者は、座長の Hyman 教授、14 名の AG 委員、5 名の特別招聘者、WHO から精神保健および物質乱用部の Saraceno 部長ほか 9 名のスタッフであった。まず、「診断と疾患単位の大分類及びスペクトラム」と題されたセッションでは、ICD-10 で分類されている障害の再概念化について、Krueger 教授（ミネソタ大学心理学部）が、現在存在する精神障害は内面化（内在化）障害（Internalizing Disorder）と外面化（外在化）障害（Externalizing Disorder）と名称されるような 2 つの大きな群に大別でき、さらに内面化障害は苦痛を伴う群（例えばうつ病、気分変調症、全般性不安障害など）と不安を主体にする群（例えば、恐怖症やパニック障害など）から構成されている。外面化障害のエビデンスは、現象学的類似性に加え、遺伝的関

連性、成人早期での経過、神経系の関連などにより示されており、外面化群に属する障害のプロトタイプ例として、アルコールや薬物使用、行為障害、成人の反社会性人格障害及びおそらく ADHD の過活動性の要素が挙げられると報告した。

Carpenter 教授（メリーランド医科大学、米国精神医学会 DSM-V 実行委員会「精神病性障害」座長）は、現在の分類体系における精神病性障害（Psychotic Disorder）では、そこに含まれる障害の類似性や相違性の定義が不十分であり、研究の阻害因子となっている。その群の水準における治療の概念化やその群に含まれる障害の鍵となるような類似性と相違性を特定することが、研究や治療に関わる諸問題をより明確化できる。精神病性障害のエビデンスは、生物学的マーカー、環境邸及び遺伝的影響、統合失調症スペクトラムにおける家族研究、神経伝達物質、認知及び感情的な要因、合併及び治療反応性などから得られており、これに含まれるものとして、現在精神病性障害に分類されているものに加え、双極性障害やパーソナリティ障害のいくつかの障害があると報告した。

Goldberg 教授（AG 委員）は、内面化（内在化）障害の群は、不安、抑うつ及び恐怖における感情に関連して精神的な内面で体験される苦痛により特徴づけられる。現在、個々の障害には個別の診断基準が与えられているが、多くの症状は共通しており、このため、表層的なスクリーニングでは非常に幅広い障害が捉えられているかもしれない。症状の重症度が増すことにより、障害間で異なっていた症状が現れている。この群に含まれる障害は、環境的危険因子、認知的及び感情的な課程における本質的な類似点（例えば、高い否定的な感情性や“神経症的傾向”など）を共有している。この群に含まれる障害は治療法（例えば、SSRI や認知行動療法）も一般的に共通して効果的である。内面化障害には、全般的

不安障害、パニック障害、特定の恐怖症、社会不安、強迫状態、気分変調症、神経衰弱、身体表現性障害、PTSD 及び非精神病的うつ病などが含まれると報告した。

Andrews 教授 (AG 委員) は、通常永久的な神経系の喪失と関連する神経認知的欠陥により特徴付けられる障害群について、これらの障害を一つの群としてまとめることは、1). 診断を容易にし、2). 治療過程を改善させ、3). 早期診断や治療の介入による予後の改善にも貢献でき、4). 研究にも貢献できる利点がある。この群に含まれる障害群はいくつかの遺伝的環境的要因を共有している。この群に含まれる障害に効果的な治療法は、個々の障害に特異的ではなく、この群に含まれる他の障害にも効果的な治療法である (例えば、抗コリン酵素阻害薬、抗精神病薬、認知行動療法など)。同時にこの群は、上記3つの群 [外面化 (外在化) 障害、精神病性障害及び内面化 (内在化) 障害] とは本質的に異なる群であると報告した。

これらの報告の後 AG 内で議論が行われ、上記の再概念化に関しては、今後診断分類を作成していく上で、有益な素地となるとしながらも、特に神経認知的障害の群に関しては、その限界や一つの群として認識することに対して留保する指摘もみられた。

第3回会議を通じて最も議論されたのは、前述した内面化 (内在化) 障害、外面化 (外在化) 障害、精神病性障害及び神経認知的障害などのグループ化をどうすべきかであり、会議の合間にもかなり議論された。結局、次の会議までにより多くの科学的文献を準備し継続審議することとなった。また、早期の神経学的発達、個々の精神障害にどのような影響を与えているのか、あるいは一生涯を通じて精神障害がどのような経過 (特に児童及び思春期の精神障害) をたどるのかなども考慮して、分類すべきであるなどの意見も出され、これらについては今後考慮していく課

題となった。また、上述した4つのコーディネート・グループに加え、疫学エビデンス・コーディネート・グループ (Epidemiological Evidence Coordination Group) も設置することが決まった。

第4回会議は、2008年12月1、2日にWHO本部で開催された。その会議の直前に、WHOより第3回会議で討議された4つの群を中心にする、**Neurocognitive Disorders** (神経認知的障害)、**Neurodevelopmental Disorders** (神経発達の障害)、**Psychoses** (精神病群)、**Emotional Disorders** (感情障害) および **Externalizing Disorders** [外面化 (外在化) 障害] の5つの large grouping を基本にフィールド・トライアルを行うことが通知された。このモデルの最大の特徴は、診断学上これまで独立したものと捉えられていた各精神障害を、研究および臨床の見地から5つの大まかなクラスターをごとに分類するという発想である (図1)。

- **Neurocognitive** (神経認知; 神経系の異常によって分類される)
- **Neurodevelopmental** (神経発達; 早期および持続性の認知的欠損によって分類される)
- **Psychosis** (精神病; 情報処理における欠損を示す生物学的指標により分類される)
- **Emotional** (感情ないし情緒; 前駆的に見られるネガティブな感情により分類される)
- **Externalizing** (内面化ないし内面化; 前駆的に見られる抑圧の低さにより分類される)

クラスター抽出にあたり DSM Task Force の Study Group は11の判断基準をあらかじめ挙げ、結果的に上記の5つがクラスターとして認められた。各クラスターに含められる精神障害が一定の整合性ないし近似性を保つために挙げられた判断基準は、以下の通りである。



図 1：5つの Cluster による Large Grouping

1. 共通する遺伝的リスクファクター (shared genetic risk factors)
2. Familiarity (familiarity)
3. 共通する特定の環境リスクファクター (shared specific environmental risk factors)
4. 共通する神経系の特徴 (shared neural substrates)
5. 共通する生物学的指標 (shared biomarkers)
6. 共通する前駆的に見られる気質 (shared temperamental antecedents)
7. 共通する認知ないし感情面のプロセスにおける異常 (shared abnormalities of cognitive or emotional processing)
8. 症状の近似性 (symptom similarity)
9. Comorbidity の割合 (high rates of comorbidity)
10. 障害の経過および予後 (course of illness)
11. 治療への反応 (treatment response)

1 から 7 は精神障害の原因に言及するものであり、8 から 11 は臨床においてみられる特徴と捉えられる。これらの判断基準は必ずしもすべて満たされなければならないものではなく、各クラスターを独立したものとみなす妥当性の検討のために用いられた。

第 1 日目の冒頭に、Goldberg 教授は、これら 5 つの群に関して総説したうえで、ICD-10 ではあまりにも多くの章がありすぎる、実際の診療では NOS (特定不能) が多用されているのでこれらに関して解決策を提案する必要がある。上記の 5 つの群に関しては、特に Emotional Disorder においては、回避性パーソナリティ障害や BPD などこれをに含めるような evidence はなく、Externalizing Disorders においても ADHD や BPD をこれらに含める evidence がない、また、身体機能の障害を含める群がないなどの問題もあると指摘した。

その後、今後どのような手段をとればこれら 5 つの large grouping に関してフィールド・トライアルが可能であるのかに関し、低および中所得国、世界精神医学会、世界家庭医機関、グローバルな科学的協力コーディネート・グループ、日本 (分担研究者丸田が報告、

参考資料 2)、ニュージーランドらの代表者から意見が述べられた。その後、疫学エビデンス・コーディネート・グループからの報告では、ハーバード大学の Kessler 教授が本会議の特別招聘者として、彼のグループが行っている大規模疫学調査を紹介し、特に PTSD と ADHD に関して現行の診断基準や診断分類の問題点を指摘した。また、DSM-V 実行委員会の Regier 教授は DSM-V の改訂作業について報告し、作業部会として、Disability Study Group や Gender and Cultural Group が設置されたこと、双極性障害の位置づけ、統合失調感情障害の診断基準、統合失調症型パーソナリティ障害と統合失調症との関係、回避性パーソナリティ障害と社会不安障害との関連、認知症と軽度認知症との閾値問題などが議論されていると述べた。

第 2 日目は、後述するグローバルな科学的協力ネットワーク・グループや ICD-DSM 調和コーディネート・グループの作業の進捗状況について報告された。また、ICF と ICD 改訂作業との関連に関して、Reed 博士が First 教授 (コロンビア大学) の機能障害や能力障害に関して ICD-10 では言及していないものが 69% であるのに対して、DSM-IV では 29% であったというデータを紹介した。このため、機能障害や能力障害を ICD-11 のなかになどのように位置づけるのか、ICF との関連をどのように構築していくかが問題である指摘した。第 4 回会議の 2 日間を通して最も議論されたのは上記の large grouping の問題であり、ICD-11 の改訂作業で「精神および行動の障害」の改訂作業が遅れていることを反映して、具体的にどのようなフィールド・トライアルが可能なのかについて活発な議論がなされた。

[上記の第 1 回～第 3 回の「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」会議のサマリーは、WHO の承諾を得て参考資料 3～8 として載せた。こ

れらの邦訳も載せた]

4). グローバルな科学的協力ネットワーク・グループ (Global Scientific Partnership Network Group : GSPN) について

前述したように第 1 回の AG 会議において、本グループの設置が決定された。グローバルな科学的協力コーディネート・グループは、ICD 改訂において世界中の科学者から意見を求め、それらを AG に提供し ICD 改訂に有益な上を与えることを目的としている。このため、グローバルな科学的協力ネットワーク・グループ (Global Scientific Partnership Network Group : GSPN) という組織を作り活動を開始している。このグループの大きな特徴は、ICD は国際的な分類であるため、改訂への根拠になる科学的論文に関しては英文で出版されたものに限らず、各言語圏や文化圏から多くの意見を求めることにある。Sartorius 教授を座長として、中核メンバーは WHO の 5 大公用語である英、仏、西、露、中国、アラビア語圏のほか、ドイツ語圏、ポルトガル語圏、日本、また各地域としてマグレブ、オセアニアから選ばれた。中核メンバーは、Goldberg 教授 (前出 AG 委員)、Pull 教授 (ルクセンブルグ中央病院)、López-Ibor 教授 (ロベツ・イポール・クリニック)、Krasnov 教授 (ロシア精神科医協会)、Xin 教授 (北京大学)、Okasha 教授 (アインシャムス大学)、Gaebel 教授 (ハイリッヒ・ハイネ大学)、Rohde 教授 (リオグランデ・ド・ソル連邦大学)、丸田、Moussaoui 教授 (カサブランカ医科大学)、Mellsop 教授 (ワイカト臨床大学) 及び WHO からの代表として Saxena 専門官である。

本グループの第 1 回会議が 2008 年 2 月 22 日に東京で開催され、中核グループが中心になり世界中から ICD 改訂に大きく寄与できる精神科医を推薦し、ICD 改訂に有益な情報を提供できるような組織を形成していくことが決定された。また、第 1 回会議では、1). エビデンス、実際の利用及び公衆衛生的な使用

における ICD-10 を評価する、2)．改訂のために意見を蓄積する、3)．ICD-11 草案のフィールド・トライアル、4)．各言語への翻訳の手助けなどの作業を行っていくことが決定された。このグローバルな科学的協力グループに、現在までのところ、我が国から約 30 名の委員が選任されている。

第 2 回会議は、161 回米国精神医学会総会中の 2008 年 5 月 3 日に開催され、今後の活動方針がより具体化された。第 3 回会議は、ドイツ精神医学、精神療法および神経学学会総会 (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde : DGPPN) 中の 2008 年 11 月 24、25 日にベルリンで開催され、1)．各言語圏および文化圏で GSPN のメンバーの選定し、さらに GSPN を構築していく、2)．WHO が今後対峙する科学的問題について特別な科学的アドバイスをする、3)．フィールド・トライアルのデザイン、コーディネーションおよび評価をする、4)．改訂課程において、特に属する言語圏において出版された出版物について、文献レビューを支援する、5)．ICD-10 の使用で浮き彫りにされた問題点の特定に参加する、6)．WHO からの要請された診断分類やフィールド・トライアルに関するテキストの翻訳においてアドバイスや支援をする、など活動方針が確認された。また、DGPPN では、GSPN のメンバーによるシンポジウム「On the way to the classification of mental disorders in the 11th revision of the International Classification of Diseases」が開催され、多くのドイツの精神科医が参加し、ICD 改訂に関する関心の高さが伺われた。

5)．第 14 回世界精神医学会総会で世界精神医学会の「診断、分類及び評価方法」部会により開催された分類、診断評価および命名部会によるマラソン・セッションについて

第 14 回世界精神医学会総会が平成 20 年 9

月 20 日～25 日にブラハで開催されたが、9 月 23 日に丸 1 日をかけ同医学会の「診断、分類及び評価方法」部会により、ICD-11 に向けたマラソン・シンポジウムが開催された。開催されたシンポジウムは下記の如くである。

1. International classification and diagnostic system
2. Classification and diagnostic systems contributions from across the world (Cuba, China, France)
3. A common language for the description of symptoms or disorders of functioning in mental disorders
4. Inter-sectional symposium on collaboration for ICD-11 and person centered integrative diagnosis
5. Broadening the bases for international diagnosis : The global network of classification and diagnostic group (American, European, African & Middle East, Asia/Australia contributors)

このうち、「5. Broadening the bases for international diagnosis : The global network of classification and diagnostic group」において、本分担研究者が「The Japanese experience for ICD-11」と題する講演を行った。

6)．内面化 (内在化) 障害・外面化 (外在化) 障害について

ここで、内面化 (内在化) 障害 (Internalizing Disorders) および外面化 (外在化) 障害 (Externalizing Disorders) という用語について比較的新しい概念であるため少し述べたい。これらの概念は、Comorbidity という現象の研究から派生したものである。

現在の分類体系

現在の診断分類体系では、個々の診断名に対し一定の診断基準を満たしていればその診断名がつくことになり、複数の診断名を受け

ることも少なくない。どちらかといえば診断名ひとつのみの単純なケースがむしろ稀であり、複数の診断名が合併している (=Comorbid) ケースが非常に多い^{4, 5)}。この事実から、Comorbidity は現在の診断分類体系の妥当性に警鐘を鳴らすものではないかとの見方が出てきた^{6, 7)}。

代替モデル：内面化・外面化障害

その結果、合併の起こりやすい疾患同士の関連性に着目した上でそれらをグループにまとめ、新たな概念として誕生したのが内面化障害および外面化障害である。これらは単に合併症を起こしやすいだけでなく、症状として現れる現象の裏に何らかの共通因子ないし“core psychological processes^{6, 7, 8)}”があるのではないかとの見解がある。個々の疾患の症状に着目するのではなく合併して起こる疾患を総合的にとらえることで、結果的に各疾患のさらなる理解および治療の向上を図ることが期待される⁸⁾。

疫学データを元に統計的手法を用い、各疾患を様々なモデルと照らし合わせてみたところ、図2のモデル⁷⁾が最適であることが示された。彼らによれば、調査の対象となった疾患は内面化・外面化障害に大別され、さらに内面化障害の中には二つの下位因子 (Distress と Fear) が存在する。心理的な側面から言う

と、内面化障害が問題を内的ないし主観的に体験される症状として表出するのに対し、外面化障害は問題を外的世界において行動として表出させるのが特徴と言える⁶⁾。

図2に示されたモデルでは、アルコール、薬物等に伴う物質関連障害、行為障害、そして反社会的行動が外面化障害に含まれた。一方で内面化障害に関しては、従来気分障害および不安障害と分類されてきた診断名が多く該当した。しかしさらに内面化障害の下位因子である Distress と Fear を各々見ていくと、従来の分類と異なり、不安障害のうち GAD のみがむしろうつ病をはじめとする気分障害にむしろ近いことが示されたと言える。また、これまで気分障害の一環として扱われていた双極性障害は、このモデルにおいてはどちらのグループにも属さない。

内面化障害の下位因子について、内面化障害に分類されるものはさらに Distress と Fear の二種に細分化されることが示された。上記のモデルが示された当初、Distress は Anxious-Misery との表記であったが、現在は Distress (Anxious-Misery の表記もまだ少数みられる) とされている。Distress に含まれる疾患は抑うつ感、不安などの苦痛を常に感じているのが特徴であるのに対し、Fear に含まれる疾患は広場、社会的なシチュエーションな

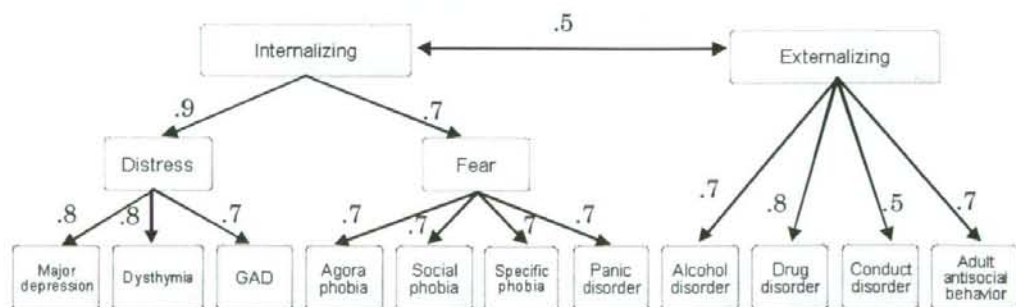


図2. Path diagram for best fitting meta-analytic model⁴⁾

ど特定の刺激に対する反応として不安および緊張状態を呈するのが特徴と言える。

本モデルを支持するデータ

世代間で特定の疾患(e.g. うつ病、薬物依存)が特によく見られることはこれまで報告されていたが、これは各疾患が個々に影響を及ぼすものではなく、内面化・外面化障害への傾向の伝播の影響によるものが大きいことがわかった。これは、内面化・外面化障害の括りの妥当性を支持するものである⁹⁾。また、上記に示されたモデルにおける傾向が長期間に渡って維持されることが示され^{8, 10)}、内面化ないし外面化傾向はその個人の心理過程の中核に密接したものである可能性が強調された。

これまでの研究に含まれていない診断名に関して

Krueger⁶⁾以降、内面化・外面化障害の研究に関して調査の対象となる診断名はごく限られてきた。そのため、内面化・外面化障害と他の疾患との関連を探る研究が近年行われている。Kramer et al.¹¹⁾の研究では新たに摂食障害(BNのみ)、心気症、OCDと内面化障害との関連が示されたが、相関はいずれも従来内面化障害に区分されてきたうつ病やGADよりも緩いものであった。また、境界性人格障害(BPD)についても同様に内面化・外面化障害モデルに照らし合わせた研究が行われている¹²⁾。これによると、全体及び男性に限れば外面化傾向とAnxious-Misery傾向どちらもBPDに示唆されているが、対象を女性に限定するとBPDはAnxious-Misery傾向のみとの相関でも説明される、ジェンダーに寄り若干差が見られる。内面化・外面化障害モデルが果たしてどの障害にまで適応できるものかは今後の課題である。

他のモデルとの比較

合併症としてよくみられる疾患および現象

や病因として似通っている疾患を系統的に再編成・モデル化しようとする試みはこれまでに多数行われてきた^{13, 14)}。これら現在までに提示されたモデルが今回示されているモデルとどのように比較されるであろうか。一例としてはHollander(1993)がObsessive-Compulsive-Related Disorders(OCRD)を一連のスペクトラムとして扱っており、OCDをはじめとして身体表現性障害、解離性障害、摂食障害、BPD、反社会性人格障害に至るまで様々な疾患が関連付けられて示されている。またHudsonら¹⁴⁾は大うつ病、神経性大食症、パニック障害、強迫性障害、ADHD、脱力発作、偏頭痛、そして過敏性腸症候群をAffective Spectrum Disorderとして捉えている。

なお、HollanderのOCRDモデルは強迫性(compulsive) - 衝動性(impulsive)、認知的(cognitive) - 身体的(motoric)、不確実性(uncertainty) - 確実性(certainty)など概念上の様々な角度から考察を試みたものであり、Affective Spectrum Disordersは薬物治療における特定の物質への反応から生物学的根拠を元に示されたもので、どちらも内面化・外面化障害のComorbidityの実態をベースとしたアプローチとは異なるものである。したがって単純な比較は難しく、必ずしもどちらが正しいモデルと断定できるものではない。しかし、これまでに提唱されたモデルと比較を行うことは、各疾患の症状の特徴や生物学的側面などの様々な要因と、実際にCo-morbidに現れる疾患との関連の理解促進に役立つと考えられる。

各疾患はどこまで内面化・外面化傾向で説明できるか

内面化・外面化障害に分類された疾患の中でも、どの程度内面化・外面化傾向がその疾患の病因に関わっているかは疾患により異なる¹¹⁾。つまりこれは、ひとつの疾患は、内面化ないし外面化傾向の要素とその疾患に特有

の要素が組み合わさって発症するものであることを示している。うつ病と OCD を例にとれば、うつ病の方が内面化傾向により大きく影響されており、反対に OCD には内面化傾向以外の要素に大きく影響を受けて発症するものと考えることができる。外面化傾向でいえば、外面化傾向の強さのみでなく、生物学レベルにおける各物質への代謝能力や依存傾向の差により、表出する症状が異なるものと捉えられる。

内面化・外面化傾向の原因

特定の疾患の組み合わせが合併症を起しやすきことは内面化・外面化傾向で説明されるが、内面化・外面化傾向がそれぞれなぜ強く現れるのかに関しては解明されていない。ジェンダー別の研究を例にとれば、女性は内面化傾向が強く男性は外面化傾向が強い（結果的に女性は内面化障害への罹患率が高く、男性は外面化障害への罹患率が高い）ことがわかった¹¹⁾が、ではなぜジェンダーによって各傾向が強くなるかは未解決なのである。これに関して Kramer らは、内面化・外面化傾向につながるリスクファクターへの曝され方がジェンダーにより異なる可能性などを挙げており、内面化・外面化傾向の根本的理解には一層の研究が必要であろう。

7). ICD-11 に関する論文

今後、様々な雑誌に ICD-11 に向けての論文が発表されることが予想される。今のところ、「European Psychiatry」に「ICD-11 の精神障害の展開」に関するシリーズ^{15, 16, 17)}が掲載されはじめた。このシリーズの緒言のなかで、Sartorius 教授は APIRE が主催した専門家会議には欧州の精神科医にも参加する機会が与えられたが、しかしながら、多くの研究者は参加することができず、このためこのシリーズを企画し、編集委員会からも同意が得ら

れた、と述べている¹⁸⁾。ICD-11 の作成は DSM-V の作成とも時期を同じくしており、今後もレビューや特集が組まれるものと思われる（「Psychological Medicine」では ICD-11 と DSM-V に関する特集が組まれる予定である）。

一方、DSM-V に関しても、改訂に際して論文が掲載され始めている。American Journal of Psychiatry にはすでに Editorial が掲載されており^{19, 20, 21)}、APIRE の会議に関しては現在までにパーソナリティ障害²²⁾、認知症²³⁾、薬物乱用²⁴⁾、年齢・性に関する問題²⁵⁾、Dimensional 分類に関する考察²⁶⁾等、項目ごと出版されており、今後も定期的に出版される予定である。

D. 考察

以上のように、2015 年の ICD-11 の導入に向け WHO が活動を開始している。第 4 回の AG 会議で、Neurocognitive Disorders（神経認知的障害）、Neurodevelopmental Disorders（神経発達の障害）、Psychoses（精神病群）、Emotional Disorders（感情障害）および Externalizing Disorders[外面化（外在化）障害]の 5 つの群を中心にして、ICD-11 の骨子を作成し、これらの妥当性についてフィールド・トライアルを施行する予定である。今後、WHO は GSPN やその他のネットワークを用いて作業を開始すると思われる。

E. 結論

本分担研究者は、ICD-11「精神と行動の障害」の最高意志決定機関である「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」の第 2 回～第 4 回会議に特別招待者として参加し、ICD-11 に向けた WHO の情勢に関して情報収集を行い、日本の意見を提案し、さらにこれらの情報を国内に報告した。

また、上記の GSPN のコア・グループ (CG-GSPN) のメンバーとして、第 1 回～第 3 回会議にも出席し、ICD-11 に向けた WHO の情勢に関して情報収集および日本からの提案を行い、さらにこれらの情報を国内に報告した。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

論文

- (1). 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄 : ICD-11 作成の動き. 精神神経学雑誌. 110(9); 813-818, 2008.
- (2). 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄 : ICD-11 に向けての動向. 精神科診断学. 1(1); 48-57, 2008
- (3). 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄 : ICD-11 作成に向けて. 精神科. 14(1); 1-11, 2009

学会報告

- (1). 丸田敏雅, 飯森眞喜雄 : ICD-11 作成の動き, 第 104 回日本精神神経学会学術総会 (東京, 平成 20 年 5 月 30 日)
- (2). Maruta, T : & Iimori, M : The Japanese experience for ICD-11, World Congress of Psychiatry, 23, September, 2008 (in Prague).
- (3). 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄 : ICD-11 「精神および行動の障害」作成の動向, -これまでの経緯-, 第 28 回日本精神科診断学会 (札幌, 平成 20 年 10 月 10 日)

会議報告

- (1). Toshimasa Maruta, Makio Iimori : The use of the ICD-10 and a major teaching hospital,

The 2nd Meeting of the International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders (25 September 2007, WHO) (資料参照)

- (2). Toshimasa Maruta, Makio Iimori : Field testing the large groupings of the ICD revision in Japan and the Asian Pacific region The 4th Meeting of the International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders (1 December 2008, WHO) (資料参照)

H. 知的財産権の出願・登録情報

特記事項なし

引用文献

- 1). World Health Organization. (1992). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Geneva: World Health Organization.
- 2). World Health Organization: ICD Update and Revision Platform, <http://extranet.who.int/icdrevison/nr/login.aspx?ReturnUrl=%2fdefault.aspx> [23 March Cited]
- 3). World Health Organization: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/ [23 March Cited]
- 4). Clark, L. A., Watson, D., & Reynolds S. (1995). Diagnosis and Classification of Psychopathology: Challenges to the Current System and Future Directions. *Annual Review of Psychology*, 46; 121-153.
- 5). Wittchen, H. U. (1996). Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry Supplement*, 30; 9-16. Review.

- 6). Krueger, R.F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, 921-926.
- 7). Krueger, R. F., Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2; 111-33. Review.
- 8). Vollebergh, W. A., Iedema, J., Bijl, R. V., Graaf, R., Smit, F., & Ormel, J. (2001). The structure and stability of common mental disorders: the NEMESIS study. *Archives of General Psychiatry*, 58; 597-603.
- 9). Hicks, B. M., Krueger, R. F., Iacono, W. G., McGue, M., & Patrick, C. J. (2004). Family transmission and heritability of externalizing disorders: a twin-family study. *Archives of General Psychiatry*, 61; 922-8.
- 10). Krueger, R. F., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Silva, P. A. (1998). The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R): a longitudinal-epidemiological study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107; 216-27.
- 11). Kramer, M.D., Krueger, R.F., & Hicks, B.M. (2008). The role of internalizing and externalizing liability factors in accounting for gender differences in the prevalence of common psychopathological syndromes. *Psychological Medicine*, 38; 51-61.
- 12). James, L. M., & Taylor, J. (2008). Revisiting the structure of mental disorders: borderline personality disorder and the internalizing/externalizing spectra. *British Journal of Clinical Psychology*, 47; 361-80.
- 13). Hollander, E. (1993). Obsessive-compulsive disorders. American Psychiatric Press, INC.
- 14). Hudson, J. I., Mangweth, B., & Pope, H. G. et al. (2003). Family Study of Affective Spectrum Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60; 170-177.
- 15). Sartorius N. (2008). A new series of articles in European Psychiatry dealing with the development of the classification of mental disorders in the 11th revision of the ICD. Preface. *European Psychiatry*, 23; 468.
- 16). First, M.B. & Frances, A. (2008). Issues for DSM-V: unintended consequences of small changes: the case of paraphilias. *American Journal of Psychiatry*, 165; 1240-1241.
- 17). Maj, M. (2008). Depression, bereavement, and "understandable" intense sadness: should the DSM-IV approach be revised? *American Journal of Psychiatry*, 165; 1373-1375.
- 18). Oquendo, M., Baca-Garcia, E., Mann J.J., & Giner, J. (2008). Issues for DSM-V: suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate Axis. *American Journal of Psychiatry*, 165; 1383-1384.
- 19). First MB, Frances A. Issues for DSM-V; unintended consequences of small changes: the case of paraphilias. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1240-1.
- 20). Maj M. Depression, bereavement, and "understandable" intense sadness: should the DSM-IV approach be revised? *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1373-5.
- 21). Oquendo M, Baca-Garcia E, Mann JJ, et al. Issues for DSM-V: suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1383-4.
- 22). Widiger TA, Simonsen E, Sirovatka PJ, et al, editors. Dimensional models of Personality Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2006.
- 23). Sunderland T, Jeste DV, Baiyewu O, et al, editors. Diagnostic Issues in Dementia:

Advancing the Research Agenda for DSM-V.
Arlington, VA: American Psychiatric
Association; 2007.

- 24). Saunders JB, Schuckit MA, Sirovastka PJ,
et al, editors. Diagnostic Issues in Substance
Use Disorders: Refining the Research
Agenda for DSM-V. Arlington, VA:
American Psychiatric Association; 2007.
- 25). Narrow WE, First MB, Sirovarka PJ, et al,
editors. Age and Gender Considerations in
Psychiatric Diagnosis: A Research Agenda
for DSM-V. Arlington, VA: American
Psychiatric Association; 2007.
- 26). Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF, et al,
editors. Dimensional Approaches in
Diagnostic Classification. Arlington, VA:
American Psychiatric Association; 2008.

The use of the ICD-10 and a major teaching hospital in

Toshimasa Maruta, Makio Iimori

Department of Psychiatry, Tokyo Medical University,

The 2nd Meeting of the International Advisory Group
for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders
(25 September 2007, WHO)

Subjects and Methods

N = 7,903

(Men; 3712, Women; 4191)

The database of outpatient clinic of Department
of Psychiatry of Tokyo Medical University
Hospital from May, 2002 to July, 2007.

Diagnosis

- ICD-10
- DSM- IV- TR
(Diagnostic and statistical manual
mental disorders, fourth edition
text revised)

Japanese National One Day Survey (JNODS)

- Every 3 years, October
- ICD-10

Numbers of Patients in Each Diagnostic Category

Diagnosis	Number
F00 - 09	628
F10 - 19	185
F20 - 29	719
F30 - 39	2,546
F40 - 49	2,340
F50 - 59	603
F60 - 69	189
F70 - 79	34
F80 - 89	14
F90 - 99	41
G4	175
Unknown	429

From 2002 - 2007

