

- 
14. Rangaswamy Thara, Schizophrenia Research Foundation (SCARF), R/7A, North Main Road, West Anna Nagar Extension, Chennai- 600 101, India. Email: scarf@vsnl.com (*unable to attend*)
  15. Xin Yu, Institute of Mental Health, Peking University, Huayuanbeilu 51, Haidian District, 100083, Beijing, China. Email: yuxin@bjmu.edu.cn

**SPECIAL INVITEES:**

16. Michael First, Columbia University, New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, Unit 60, New York, NY 10032, USA. Email: mbf2@columbia.edu
17. Linda Gask, University of Manchester Division of Primary Care, Rusholme Academic Unit, 1st floor, Rusholme Health Centre Walmer Street, Manchester, M14 5NP, United Kingdom. Email: linda.gask@manchester.ac.uk
18. Kimmo Kuoppasalmi, National Public Health Institute, Mannerheimintie 166, 00300 Helsinki, Finland. Email: kimmo.kuoppasalmi@ktl.fi (Representative of the Government of Finland)
19. Toshimasa Maruta, Department of Psychiatry, Tokyo Medical University, 6-7-1 Nishi-Shinjuku, Shinjuku-Ku, Tokyo 160-0023, Japan. E-mail: maruta@tokyo-med.ac.jp/ t-maruta@bd5.so-net.ne.jp (Representative of the Government of Japan)
20. Graham Mellsop, University of Auckland, P O Box 128469, Remuera, Auckland New Zealand Email: Mellsopg@waikatodhb.govt.nz (Representative of the Government of New Zealand)
21. Pratap Sharan, Department of Psychiatry, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi - 110029, India. Email: pratapsharan@yahoo.com

**WHO SECRETARIAT:**

22. Somnath Chatterji, Country Health Information, Department of Measurement and Health Information Systems, WHO. Email: chatterjis@who.int
23. Tarun Dua, Management of Mental and Brain Disorders, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO. Email: duat@who.int
24. Patricia Esparza, Mental Health: Evidence and Research, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO. Email: esparzap@who.int
25. Vladimir Poznyak, Management of Substance Abuse, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO. Email: poznyakv@who.int
26. Benedetto Saraceno, Director, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO. Email: saraceno@who.int
27. Shekhar Saxena, Mental Health: Evidence and Research, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO. Email: saxenas@who.int
28. Bedirhan Ustun, Classifications and Terminology, Department of Measurement and Health Information Systems, WHO. Email: ustunb@who.int
29. Rosemary Westermeyer, Mental Health: Evidence and Research, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO. Email: westermeyerr@who.int

WHO 精神保健および薬物乱用部

第 2 回「ICD-10 精神および行動の障害」国際アドバイザー・グループ会議

2007 年 9 月 24 から 25 日にかけて、ICD-10 精神および行動の障害の改訂に向けた国際アドバイザー・グループ (Advisory Group, 以下 AG と略) のミーティングがジュネーブで行われた。このグループは、ICD-10 の全面改訂にあたり、精神および行動の障害に関する改訂作業と他の方面で同時に進められる改訂作業とが調和することを旨として設立されたものである。特別に招待された者も含め、参加者名簿は添付書類を参照。このミーティングは、Dr. Steven Hyman を座長、Dr. Geoffrey M. Reed を Rapporteur として行われた。

この Summary Report は、ミーティングで合意が得られた点についてまとめたものである。

### 1. ICD 改訂全体に関する動き

精神および行動の障害 に関する章は、あくまでも ICD の全面改訂を前提としたものであり、よって 2010 年にすべての草案提出をめざす ICD Revision Steering Group の方針に合わせ計画を進める必要がある。

以下は特に検討を要する問題である。

1. ICD 全体の改訂に際して、疾病 (disease)、障害 (disorder)、症候群 (syndrome) およびその他類似する用語は精神障害の章において適当であるか、そしてこれらの用語が 2007 年 1 月に AG が承認した精神障害の草案段階での定義との一貫性を保っているか。
2. 精神障害に関してつくられた基準と精神障害分類に関連して包含された情報は、Classifications and Terminology team が提案する通りの ICD の特性 (場所、下人、影響、関連する介入法、使用状況等) と一致しているか。
3. 精神障害に関する章の複数のバージョンを Telescope させる (互いに相容れるかたちで作成する) ことは可能かどうか (i.e. プライマリ・ケアを念頭においたバージョン→臨床現場での使用を想定したバージョン→研究での使用を主な用途とするバージョン)。

### 2. 規則と手続きについて

上記の項目に関する規則や手続きについて、AG は同意に達した。利害の衝突に関する情報開示のよい一層明確な規則を Conflict of Interest Declaration form に盛り込むこと、また、利害の衝突が生じた際に的確な報告及び対処がなされれば問題には発展しないが、報告を怠ればそれ自体が問題であることが指摘された。もしも専門家としての立場、職務ないし他との関係性において、ICD 関連の業務との衝突の可能性が考えられるケースに将来的に至った場合には、速やかに WHO に申し出ること、またそれに応じて Conflict of Interest Declarations を更新することを確認した。

ICD 改訂に関する情報の提供および ICCD 改訂に向けて多方面からの参加を呼びかけるという点において、AG メンバーが専門的、科学的な場で発言していくことは有意義であろうとの同意があった。しかし、できる限りの誤解を避ける目的で、もしも AG メンバーがそのような公共の場で発表を行う際には、WHO が発表内容を確認できるようあらかじめ提出しておくことが決定された。

また、類似した点ではあるが、AG メンバーが診断・分類の領域において科学や学術雑誌への投稿を積極的に行うのは妥当であるとの判断がなされた。しかし、ここでも誤解を招かぬよう、診断・分類に関して投稿を行うのであれば、投稿前に WHO の同意を得てから、ということが確認された。

最後に、AG のメンバーが行うどんなプログラムや出版物であっても、それが診断・分類、特に ICD 改訂に関わる記述がある限り、それらは WHO や AG の意向を表明するものではないとの記述を必ず入れることで合意した。

### 3. Coordinating groups に関する動向

以下の Coordinating groups の業務計画が、審議・訂正を経て AG に承認された。

- 1) Global Scientific Partnership Coordinating Group (指揮: Dr. Norman Sartorius)
- 2) Stakeholder Inputs and Partnership Coordinating Group (指揮: Dr. Juan Mezzich and Dr. Benedetto Saraceno)
- 3) Resource Mobilization Coordinating Group (指揮: Dr. Steven Hyman and Dr. Shekhar Saxena)
- 4) ICD-DSM Harmonization Coordinating Group (指揮: Dr. Benedetto Saraceno and Dr. Shekhar Saxena)

詳細については WHO のウェブサイトを参照。

### 4. ICD-10 と DSM-IV との差異

様々な理由から、ICD-11 の精神および行動の障害に関する章と DSM-V が完全に一致することが理想である、と AG は判断した。しかしこれを達成することは非常に困難であることも同時に認めた。

多くのケースにおいて、これら二つのシステム間の差異は本質的なものごとく些細なものにと大別されるであろう。些細な差異はなくすべき、との意見が一般的であるが、しかし診断基準におけるこれら些細な差異が有病率など統計上の数字に多大な影響を及ぼすことも十分考えら

れる。また、これは結果的に行政面、公衆衛生上の記録、またそれらに伴う様々な報告書に関する領域にも影響を及ぼし得る。さらに、以下に些細な変更点であっても、研究およびこれまで蓄積されたデータの解釈や汎用性に与え得る影響は深刻なものと考えられる。

よって、本質的な差異、些細な差異どちらにおいても ICD-DSM 間の調和がなされるような案が必要となる。ICD-DSM Coordinating Group は今後、両システム間の差異をその重要性により分類し、また差異が生じた理由と調和のための具体的な方法を探る方針をまとめていく。AG はこの調和に向けての努力を強く支持する姿勢を見せた。また、妥当な理由から ICD-DSM 間に差異が生じているケースも十分に考えられ、これらの場合は互いの差異がフィールド・トライアルのような手段をもって解決されることが望ましい。

## 5. 診断と分類に関する文献の収集

WHO は ICD-10 発表以来の診断・分類の改善点に関する出版物について、文献収集を始めた。Medline を用い、検索条件を具体的に指定して検索したところ、改訂に直接的に関与するものと思われる 1132 の文献が見つかった。これらの文献は、改訂過程においての利用を目指し、現在照合、関連性の評価、データベースへの蓄積がなされている。

このデータベースを他のマテリアルと組み合わせ以下に活用していくかは今後の重要な課題である。このデータベースのメンテナンス及びさらなる発展に際し、なんらかの系統的プロセスが必要となる。GSPN の役割の一端としては主流の出版物には現れないが関連性はあると思われる文献を掘り上げることが挙げられるが、この活動もデータベースの発展の一例と言える。加えて、Medline だけでは関連するすべての文献をカバーしているとは言えず（心理学における診断の構成概念など）、検索の条件は変えないまま他のデータベースを用いてさらなる検索を行うことも必要であろう。このデータベースのさらなる充実を目指し、AG は有志を募っている。

## 6. プライマリ・ケアのための診断と分類システム

プライマリ・ケアにおける ICD-10 や DSM の精神障害の分類システムは、個々の精神障害の診断および分類を念頭においたシステムをプライマリ・ケア向けに改造されたものであり、もともとプライマリ・ケアの現場の状況を踏まえて作成されたものではなかったことを AG は認めた。したがって、現行の精神障害の分類システムは実際にプライマリ・ケアの現場でみられる患者の典型的な特徴をうまく捉えられていない。現場で遭遇するような患者は、しばしば臨床域値下の症状を呈したり、症状が複数であったり、また時にそれらが入り混じるような場合が見受けられる。このような現状は、前述の目的に沿って作成された ICD-10 では十分に対応できているとは言い難い。加えて、ICD は基本的に欧米を中心として作成されてきたため、患者の呈する症状にどれほど文化的要因が関与しているのか、十分に考慮されていない。さらに、現場において重要となる症状の重軽度、慢性度、また機能障害の程度も十分に討議されてきたとは言い難い。

プライマリ・ケアのためのバージョンは、専門家のためのものをベースに作成するのではなく、専門家のためのバージョンと同時に整合性を保った形で作成を進めるべき、との意見で AG は一致した。これはつまり、より大きく higher-order のカテゴリーが十分な妥当性および有用性をもつことが非常に重要であることを意味する。また、プライマリ・ケアにおいて用いられる分類およびアセスメントのシステムとの関連性に留意することも改訂過程において重要となる。機能低下の程度、慢性度、緊急度など、プライマリ・ケアに特に関連のある項目について、これらのレベル区分についても考える必要がある。

## 7. 研究における診断と臨床における診断の対立

現行の分類システムには約 150 の診断名があり、各々の診断に至るには 10 から 30 もの項目の情報が必要となる。これは人間の脳の処理能力をはるかに超えるものであることを AG は認めた。実際に、臨床現場でくださる診断名の過半数が NOS (Not Otherwise Specified) とされており、各診断に設けられた具体的基準がそれほど利用されていない現状が表れている。臨床現場において実際に有用な分類システムを提示することは ICD の本来の目的のひとつであり、また ICD の本来の意図どおりに使用されれば、結果的により妥当性の高い情報が収集できるはずである。

しかしながら、臨床に携わる者が柔軟性や使いやすさを重んじるのに対し、研究に際しては、研究対象を正確かつ再現可能に設定する都合上、臨床での用途と比べより精密な分類方法が要求される。この問題への対策としては、臨床と研究それぞれのため、二段階の分類システムを作成することが考えられる。臨床バージョンは各診断名の簡潔なプロトタイプ (Prototype? 原型?) の記述を、一方研究バージョンは現行通り詳細な診断基準を盛り込む分類法を採用することが提案された。特にプライマリ・ケアにおいては、現在の診断基準をリスト化したものよりも、プロトタイプを用いたアプローチの方がより臨床家の思考や判断に近いことがこれまでの研究で示されている。また、これは臨床だけではなく研究に関しても同じことが言われてきたことだが、分類は詳細であればあるほどいいといった既成概念は必ずしも正しいとは言えず、むしろ害を及ぼす面すらあったのではないかと指摘もあった。どのような形であれ、臨床における有用性の高い分類システムは結果的に診断の妥当性も高いものであろう。ICD-8 はプロトタイプを用いたシステムに近い様式であったが、この評判が非常に良かったことも付け加えられた。

臨床およびプライマリ・ケアに向けた診断分類システムでプロトタイプ様式を採用することに AG は前向きな姿勢を見せたが、一方で以下のような課題も提起された。まず、臨床家といっても様々な状況設定および職種が考えられることから、プライマリ・ケアも含め臨床においてプロトタイプ様式が実際にどれほど有用であるものか不明である。次に、プロトタイプ様式の診断分類が項目のリスト様式を採用する研究バージョンとどれほど互いに対応するものとなるかが不明である。しかしながら、これらの課題のほとんどは実際にフィールド・トライアルを含む研究を行うことで解決が目指せるものである。概して、AG はプロトタイプ様式の採用に積極的な姿勢を示した。

## 8. ICD と DSM における重軽度

ICD-10 において重軽度が明示されていた分類は非常に限られており、うつ病と並びにその関連の診断名（うつ病エピソード、反復性うつ病性障害等）、知的障害、認知症（研究目的の診断基準のみ）がその代表例である。これらのケースでは、重軽度の程度により異なるタイプの治療や異なるレベルのケアが適当であるとする根拠が示されている。しかし、すべてとは言わないまでも、上記以外にも重軽度を明示することでメリットの生まれる診断名がある可能性は考えられる。

障害の重軽度が介入方法の選択や予防的措置の必要性の有無に関わる場合、障害の重軽度の判断を診断の過程の一環として行えることが必要であると AG は考える。重軽度によって異なる治療法が異なる経過につながる事が明らかな場合は、診断システム内にあらかじめ重軽度を含める方法がひとつ提案された。これは重軽度に対応して有効と思われる介入法を探る研究にも役立つものと思われる。またさらに、重軽度に関する共通の尺度を作成し、それを様々な障害に対し応用する方法も提案として出された。

## 9. ICD-10 精神と行動の障害分類 の使用

ICD 精神と行動の障害 の使用について、数カ国から収集された情報が取り上げられた。ICD 使用に関する現在の研究結果を評価する一方、以下のような具体的質問に対する答えを導き出すべくさらなる情報収集が必要であることも示された。

- 保険の払い戻しに際し、何カ国が ICD-10 を使用中もしくは ICD-11 を使用予定か
- ICD を分類基準として行われた研究の論文が、どの学術雑誌で掲載されているか
- どの程度の研究が ICD を診断分類の基準として採用し、資金を得ているか
- どの程度各国の協会ないし学会は分類システムの使用を勧めているか
- どの国において ICD と DSM を目的に応じ両方使用することが求められているか
- 各国の専門家のグループから、具体的な分類や基準についてどんな問題点が指摘されているか

これらの情報の収集にあたり、なんらかのメカニズムが必要であり、またフィールド・トライアルも含めた改訂過程の一環として捉えるべきである。

## 10. 疫学がもたらす貢献

AG は、精神医学に関する疫学が精神および行動の障害分類の改訂に際して貢献するものと考えている。World Mental Health Survey は重要な情報源であるものの、疫学全体からの見地から、他のさらなる情報源も必要である。疫学に関しすでに得られているデータから分類を自然派生的に導くのではなく、あくまでも目的意識を持ち疫学のデータを積極的に活用する姿勢がベストだと AG は考える。（下線部分、要検討）

既存の疫学に関するデータをもって取り組める具体的課題に WHO 事務局と共に回答を出すべく、AG は数人のメンバーを選出した。彼らはまた課題解決に向けて、World Mental Health Survey Group を含む協力を得られると思われる研究グループとの連携を行う。この過程において、データの照合および分析のため、さらなる資源が必要となるだろうとの見解を AG は示した。

## 11. APIRE マテリアルの活用

APIRE によってこれまで蓄積された資料は、ICD の改訂過程において非常に重要な役割を果たすであろう。さらに、文献等の出版物の検索において通常カバーされないような地域および言語からの資料も、情報のベースに加える必要がある。ICD 改訂における国際性の重要度から、これは特に重要な点と言える。

訳

東京医科大学精神医学講座  
松本ちひろ、丸田敏雅、飯森真喜雄

**World Health Organization  
Department of Mental Health and Substance Abuse  
Geneva, Switzerland**

Meeting of the International Advisory Group  
for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders  
11 – 12 March, 2008, Geneva SWITZERLAND

**Meeting Summary Report**

The third meeting of the International Advisory Group (AG) for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders was held in Geneva during 11 – 12 March 2008. The AG was constituted by WHO with the primary task of advising WHO on all steps leading to the revision of the mental and behavioural disorders classification in ICD-10 in line with the overall revision process. A list of participants in this meeting is provided in the Annex.

This Summary Report provides a summary of the conclusions reached during the meeting.

**1. Opening Remarks**

The meeting was opened by Dr. Ala Alwan, Assistant Director General, Noncommunicable Diseases and Mental Health. Dr. Alwan emphasized the importance of the revised ICD Mental and Behavioural Disorders classification as a tool for improving services for people with mental disorders and to encourage accountability among governments for their efforts to reduce the substantial disease burden associated with them.

**2. Large groups of diagnoses and entities and spectra**

Introduced by Dr. Gavin Andrews

Presentations by Dr. Robert Krueger, Dr. William Carpenter, Dr. David Goldberg, and Dr. Gavin Andrews

The purpose of this series of presentations was to introduce a proposed re-conceptualization of the large groups of mental disorders currently found in ICD-10. This re-conceptualization relates to how disorders are grouped together into classes and not to the criteria for individual diagnoses. This conceptual schema was offered as a basis for discussion by the AG, and not as a completed project.

The proposed grouping is based on several factors, including symptom presentation, risk factors, treatment response, and other biological, cognitive, and emotional characteristics. Based on the available information, four large clusters of disorders were proposed, which were the focus of the subsequent presentations. It is important to note that the names used in this report to refer to these clusters are simply for the purpose of clarity, and with the AG's awareness that a more complete discussion of terminology would be needed.

Dr. Krueger reviewed evidence from a variety of studies indicating that common mental disorders separate into two correlated clusters, which have been labelled Internalizing and Externalizing. He also presented data suggesting that the Internalizing Disorders cluster further separates into Distress (e.g., depression, dysthymia, generalized anxiety disorder) and Fear (e.g., phobias, panic disorder). The evidence for the coherence of the Externalizing cluster includes genetic effects, course in early adulthood, and neural correlates, in addition to phenomenological similarities. Prototypic examples of disorders in the Externalizing cluster are those related to alcohol and substance use, conduct disorder, adult antisocial personality disorder, and possibly the hyperactivity component of ADHD.

Dr. Carpenter argued that the current classificatory structure for psychotic disorder fails to define similarities and differences among disorders that result in specific and discrete classification. The



current over-specification and arbitrary grouping of disorders has contributed to problems in both research and practice. The conceptualization of treatments at a cluster level and the identification of key similarities and differences among disorders within clusters would help to refine the research and therapeutic issues. Evidence for the coherence of the Psychotic Disorders cluster comes from research on biomarkers, environmental and genetic influences on psychotic disorders, family studies of schizophrenia spectrum, neural substrates, cognitive and emotional factors, co-morbidity, and treatment response. The disorders in this cluster include those that are currently classified as psychotic disorders, as well as bipolar disorder and some forms of personality disorder.

Dr. Goldberg presented evidence for common features within the cluster of Internalizing Disorders. These disorders are characterized by distress experienced inwardly, and related to the emotions of anxiety, depression and fear. Although diagnostic criteria are specific to each disorder, many symptoms are shared so that a wide range of common disorders may be identified by superficial screening. As symptom severity increases, the symptoms that differentiate among the disorders appear. Disorders in this cluster share common environmental risk factors and substantial similarities in cognitive and emotional processes (e.g., high negative affectivity or "neuroticism"). Available treatments are generally effective across disorders within the cluster (e.g., SSRIs, cognitive behaviour therapy). Internalizing disorders include generalized anxiety, panic disorder, specific phobias, social phobias, obsessional states, dysthymic disorders, neurasthenia, somatoform disorders, post-traumatic stress disorder, and non-psychotic forms of depression.

Dr. Andrews presented findings relevant to a cluster of disorders characterized by neurocognitive deficit, usually associated with permanent neural loss. Dr. Andrews argued that clustering these disorders together can help to facilitate diagnosis, improve treatment processes, improve prognosis by facilitating early identification and treatment, and inform research. Disorders in this cluster share some genetic and environmental risk factors. Treatments that are effective for disorders within this cluster are not disorder-specific, and also typically effective for other disorders within the cluster (e.g., anticholine esterase inhibitors, antipsychotic medications, cognitive behaviour therapy). At the same time, this cluster was recognized as the most disparate of the four presented.

The AG acknowledged that this approach would represent a major change in classification, but viewed the proposed approach as a potential basis for the development of a more clinically useful system, both for multidisciplinary mental health professionals and in primary care settings. The approach is intuitively appealing, easily understandable, roughly corresponds to the way in which mental health care is often organized, and provides a useful correction to the over-specification that characterizes current classification systems. At the same time, the AG noted several limitations and reservations about the proposed approach, in particular regarding the coherence of a single cluster of neurocognitive disorders. The AG discussed the idea of a separate cluster for disorders that can be considered under the rubric of developmental disorders. There was also considerable discussion about the names for the clusters.

Based on the AG's discussion, Drs. Andrews and Goldberg were asked to prepare a more complete "straw man" grouping as a basis for further discussion. This second iteration, presented on the second day, included the notable addition of a category for Bodily Disorders (e.g., eating disorders, sleep disorders, sexual disorders) and the separation of developmental disorders and mental retardation from neurocognitive disorders such as delirium and depression. A number of additional issues were raised regarding the revised proposal, but there was not sufficient time for the AG to discuss them thoroughly. Further development of the proposal will be reported at the AG's next meeting.

### **3. Progress in the overall ICD revision**

Introduced by Dr. Bedirhan Üstün and Mr. Can Celik

Dr. Üstün reminded the AG that the goals of the revision are to develop a multi-purpose and coherent classification with logical linkages to available health-related terminologies and ontologies. ICD-11 should function seamlessly in an electronic health records environment and serve as an international

and multilingual reference standard for scientific comparability and communication purposes. Specific challenges for this revision include: to achieve comparable and consistent data across health information systems; to managing the transition from legacy systems; and to involve multiple stakeholders on a large scale to capture and synthesize information.

Web-based tools are available for enhanced communication among individuals involved in the revision process, via three primary methods:

- 1) The ICD Update and Revision Platform is a web-based application that allows any user to post proposals or comments and to review other proposals and comment on them.
- 2) The ICD-11 draft will be a WIKI-like joint authoring tool, designed for use by ICD-11 Technical Advisory Group (TAG) and WHO editors in the specification of taxonomic rules, definitions and diagnostic criteria.
- 3) The ICD terminology provides the basis of the information model linking between ICD and SNOWMED-CT, other ontology and terminologies, and clinical interface algorithms.

The timeline for the revision process is as follows: the Alpha draft version of ICD-11 should be completed in 2010, followed by 1 year for commentary and consultation. The Beta draft version should be completed in 2011, followed by field trials, analysis of field trial data, and revision during the subsequent 2 years. The final version for public viewing should be completed in 2013, with approval by the World Health Assembly in 2014.

#### **4. Progress on Coordinating Groups**

Reports from three Coordinating Groups established by the AG were presented and discussed. The AG noted that these groups had been appointed for the 2-year period of 2007 – 2008.

##### **A. Global Scientific Partnership Coordination Group**

Introduced by Dr. Norman Sartorius

The Global Scientific Partnership Coordination Group was established to assist the AG in ensuring continued involvement of and input from scientists around the world during the revision process. The group has created a Global Scientific Partnership Network that is intended as an important scientific resource for the AG. This network will facilitate identification and use of key scientific papers, particularly from countries mainly using languages other than English. Its tasks also include identification and evaluation of country-level or regional adaptation of ICD Mental and Behavioural Disorders. The AG commended Dr. Sartorius for the group's progress and plans, and expects that Dr. Sartorius will be in close communication with the AG Chair and the Secretariat as the group's work proceeds.

##### **B. Stakeholder Input and Partnership Coordination Group**

Introduced by Dr. Juan Mezzich and Dr. Benedetto Saraceno

The purpose of this group was to stimulate input, collaboration, and commitment to implementation among the three primary groups of WHO constituents: 1) users/consumers of mental health services and their families; 2) multidisciplinary mental health professionals and other relevant health professionals; and 3) governments of WHO member states.

The AG recognized the important and valuable resources represented by World Psychiatric Association (WPA), its Section on Classification and Diagnostic Assessment, and the WPA Global Network of Classification and Diagnostic Groups. The AG also believes that it is important to develop relationships with other groups of relevant professional associations, beginning with those represented on the AG. These organizations should be encouraged to develop infrastructures to

enable participation, such as WPA has done. In terms of service users and family members, the WHO Secretariat will identify groups who may be in a position to participate constructively in the revision process and a plan for communicating with them about the revision. In relation to governments, the Secretariat has already initiated communication with a number of member states, as evidenced by the participation of their representatives at AG meetings. In view of the current nature and range of tasks related to stakeholder coordination and input, the Terms of Reference and composition of this group will be reviewed at the Fall AG meeting.

### C. ICD-DSM Harmonization Group

Introduced by Dr. Shekhar Saxena

The task of this group is to facilitate the achievement of the highest possible extent of uniformity and harmonization between ICD-11 mental and behavioural disorders and DSM-V disorders and their diagnostic criteria. Dr. Saxena emphasized the genuine desire of both organizations to achieve harmonization of the two systems. He described a variety of specific issues related to differences between the DSM and the ICD-10 that are important areas of discussion by the Harmonization Group. The AG endorsed the following statement intended to guide the WHO representatives in their activities as part of the ICD-DSM Harmonization Group: "WHO and APA should make all attempts to ensure that in their core versions, the category names, glossary descriptions and criteria are identical for ICD and DSM. Adaptations of the ICD should be directly translatable into the core version."

### 5. *Contributions of epidemiology: Report from the ad-hoc group*

Introduced by Dr. Somnath Chatterji

At its September, 2007 meeting, the AG appointed Dr. Oye Gureje, Dr. Maria Elena Medina-Mora, Dr. Andrews, and Dr. Goldberg to work with Dr. Chatterji to consider the needs to epidemiological data and analyses as a part of the AG's work. Dr. Chatterji provided a discussion of ways in which epidemiological data would make an important contribution to decisions about the classification system. For example, using available epidemiological datasets, from the World Mental Health Survey as well as other studies, the effects on or proposed changes on parameters such as case identification and prevalence. The AG was in full agreement regarding the relevance and importance of epidemiological data in the revision process. The AG recommended that an open call be issued for epidemiological information relevant to series of specific questions based on the information presented by Dr. Chatterji. This may help to distribute the resource demands of time-intensive re-analyses of epidemiological datasets. The AG recommended formalization of this ad-hoc group as a Coordinating Group reporting to the AG.

### 6. *Report on progress and plans on public health aspects of diagnoses and classification*

Introduced by Dr. Norman Sartorius

The WHO/APIRE Conference on Public Health Aspects of Diagnosis and Classification of Mental Disorders was held during 26 – 27 September, 2007, immediately following the most recent AG meeting. As Co-Chair of that conference, Dr. Sartorius provided a summary to the AG. The conference produced the following outcomes: 1) Ten background papers regarding the public health implications of diagnosis and classification of mental disorders were developed; 2) A series of recommendations from a public health perspective regarding the revision of mental disorders diagnosis and classification systems; and 3) Summary recommendations from the previous conferences in the APIRE series on diagnosis, reviewed and revised in order to best serve public health needs. The background papers developed for the conference will be finalized for publication as part of a joint WHO/APIRE publication, and the recommendations considered as they relate to both DSM and ICD.

## 7. Research versus clinical diagnoses

Introduced by Dr. Shekhar Saxena and Dr. Norman Sartorius

Dr. Saxena provided a brief overview of the history of the development of the different versions of the ICD-10 Chapter V and the DSM-IV. In the case of ICD-10, the *Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines* for mental and behavioural disorders were developed first, and the *Diagnostic Criteria for Research* were published a year later.

The AG decided to devote more of its time to discussion of the “large groups” or categories of disorders, so the series of presentations that had been planned for this item was truncated. The AG has already established its intention to develop a comprehensive ICD-11 that can be viewed at different levels of detail for different purposes. These “views” would be developed simultaneously and in integrated form, rather than being based on different conceptualizations. The question of how the disorders are aggregated in large groups is a fundamental part of this process.

The AG placed a priority on the development of a user-friendly classification system for clinical applications, including for use in primary care. It would also be important to develop a version with more specific criteria to meet the requirements of researchers, in close collaboration with the DSM group. The AG will need to have additional discussion of the need for different versions as the revision process proceeds.

## 8. Reports from representatives of federations/associations

### A. WONCA

Comments by Dr. Michael Klinkman

Dr. Klinkman provided a discussion of relationship between ICD-10 and mental health concepts included in the International Classification of Primary Care (ICPC), which has been accepted by WHO as a related classification. A revision of the ICPC is currently underway, with its completion planned within two and a half year.

### B. International Council of Nurses

Comments by Dr Amy Coenen

Dr Coenen presented an overview about the International Council of Nurses (ICN). Members of the ICN include 129 national associations of nurses, each representing one country. The ICN's mission is “to represent nursing worldwide, advancing the profession and influencing health policy.” The pillars of ICN programmatic activity are professional practice, social and economic welfare of nurses, and nursing regulation. Dr Coenen also described the International Classification of Nursing Practice (ICNP), which is a standard ontology that includes nursing diagnoses, nursing interventions, and outcomes of nursing care. Dr Coenen recommended that the ICD revision be examined for compatibility with the ICNP, in addition to other structured terminologies.

### C. International Union of Psychological Science

Comments by Dr. Geoffrey Reed

Dr. Reed presented an overview of the International Union of Psychological Science (IUPsyS), which is an umbrella organization of national or regional associations representing psychologists in more than 70 countries. IUPsyS's mission is to support “the development of psychological science, whether biological or social, normal or abnormal, pure or applied”. In characterizing psychological practice as it relates to the ICD revision, a challenge is presented by the major international differences in professional requirements. The authorization of psychologists to make diagnoses, and therefore their use of a diagnostic classification system and capacity to participate in the ICD revision process will differ from country to country in relation to the standard of training for practice. Dr. Reed suggested that there is a need for more involvement of multidisciplinary mental health

professionals in specifying use requirements, establishing the development process, and conducting field trials. To accomplish this, international associations of health professionals must develop an infrastructure that enables such participation.

#### **D. World Psychiatric Association**

Comments by Dr. Juan Mezzich

Dr. Mezzich presented the perspective of the World Psychiatric Association (WPA) on the ICD revision. WPA is committed to full collaboration with the WHO in developing the ICD-11 and related classifications. WPA will engage its Section on Classification and Diagnostic Assessment, other scientific sections, member societies, and members of the WPA Global Network of Classification and Diagnosis Groups in this process. Dr. Mezzich presented recent publications and additional contributions of WPA that are relevant to the ICD revision, such as the organization of symposia on international classification and diagnostic systems and the WPA Institutional Program on Psychiatry for the Person.

#### **E. International Federation of Social Workers**

Comments by Mr. Rolf Blickle-Ritter

Mr. Blickle-Ritter described the perspective of the International Federation of Social Workers (IFSW) related to the ICD revision process. The profession of social work defines itself on the basis of acting for and with the person, emphasizing the characteristics of the person instead of the diagnosis, including strengths as well as deficits, and viewing the person within his or her social context. The Federation is establishing a reference group in relation to the ICD revision process in order to raise awareness and to solicit input on the questions of relevance to the AG. The Federation believes that the revision process should emphasize the public health purposes of diagnosis, helping to improve access to treatment all over the world, to educate the public about mental disorders, and to involve more people in the treatment and recovery process. The Federation believes that a version of the ICD-11 for use in primary care would be more attractive to social workers, and therefore result in wider training, dissemination, and implementation of the system.

The AG requested that the representatives of professional organizations to the AG develop methods for soliciting comments from their groups regarding the issues that are under discussion. Representatives should provide summary feedback from these comment processes to the AG, with specific and individual comments submitted through the ICD Update and Revision Platform. Professional association representatives were asked to disseminate information about the platform to their members and to obtain as much input as possible over the next year. This will increase the active involvement of the organizations, but also help to ensure input from a range of mental health professionals.

#### **9. Future plans for coordinating and working groups**

Introduced by Benedetto Saraceno

As noted, the existing coordinating and working groups of the AG were established at the beginning of 2007 and intended to have a life of two years. At its Fall 2008 meeting, the AG will review the need for, Terms of Reference, and composition of existing groups, and propose changes it views as necessary at that time. The AG itself was also appointed for a 2-year period through the end of 2008, and the Chair and Secretariat will review its composition in relationship to the ongoing needs of the revision effort. It would be helpful for more member states to designate representatives and support their participation. The AG recommended that two new working groups be established with immediate effect: A working group on epidemiology and one on the "large groups" to provide input to the AG and to inform the work of the ICD-DSM Harmonization Group.



## 3<sup>rd</sup> Meeting of the Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders

11 - 12 March 2008 Geneva, SWITZERLAND  
Venue: Conference Room B, 3rd floor, WHO Main building

---

### LIST OF PARTICIPANTS

1. Gavin Andrews, Clinical Research Unit for Anxiety Disorders, St. Vincent's Hospital, 299 Forbes Street, Darlinghurst, NSW 2010, Australia. Email: gavina@unsw.edu.au
  2. Rolf Blickle-Ritter, International Federation of Social Workers, Psychiatrizentrum Münsingen, Leitung Sozialdienst, 3110 Münsingen, Switzerland. Email: rolf.blickle@gef.be.ch
  3. Amy Coenen, International Council of Nurses, University of Wisconsin - Milwaukee, College of Nursing, PO Box 413, Milwaukee WI 53201-0413, USA. Email: coenena@uwm.edu
  4. David Goldberg, Institute of Psychiatry, King's College, London, United Kingdom. Email: spjudpb@hotmail.com
  5. Oye Gureje, Department of Psychiatry, University College Hospital, PMB 5116 Ibadan, Nigeria. Email: ogureje@comui.edu.ng
  6. Steven Hyman (Chairman), Harvard University, Massachusetts Hall, Cambridge, MA 02138, USA. Email: steven\_hyman@harvard.edu
  7. Michael Klinkman, The World Organisation of Family Doctors (Wonca), University of Michigan Depression Center, 1500 E Medical Center Drive, F6321 MCHC Ann Arbor, MI 48109-0295, USA. Email: mklinkma@med.umich.edu
  8. Maria Elena Medina-Mora, Instituto Nacional de Psiquiatria Ramon de la Fuente, Calzada Mexico-Xochimilco, Col. San Lorenzo Huipulco, México, D.F. 14370, Mexico. Email: medinam@imp.edu.mx
  9. Juan Mezzich, World Psychiatric Association, International Center for Mental Health, Mount Sinai School of Medicine of New York University, Fifth Avenue & 100th Street, Box 1093 New York, NY 10029-6574, USA. Email: juanmezzich@aol.com
  10. Geoffrey Reed, International Union of Psychological Science, Glorieta de Bilbao, 5, 4<sup>o</sup> 428004 Madrid, Spain. Email: gmreed@mac.com
  11. Karen Ritchie, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, E 361 Pathologies of the Nervous System Epidemiological and Clinical Research, Hôpital La Colombière, 34093 Montpellier Cedex 5, France. Email: ritche@montp.inserm.fr
  12. Khaled Saeed, H. No: B-18, St: 02, Rawalpindi Medical College Staff Colony, Rawal Road, B-18, St. 02, Rawalpindi, Pakistan. Email: saeedsh1993@yahoo.co.uk
  13. Norman Sartorius, 14 chemin Colladon, 1209 Geneva, Switzerland. Email: sartorius@normansartorius.com
  14. Rangaswamy Thara, Schizophrenia Research Foundation (SCARF), R/7A, North Main Road, West Anna Nagar Extension, Chennai- 600 101, India. Email: scarf@vsnl.com
  15. Xin Yu, Institute of Mental Health, Peking University, Huayuanbeilu 51, Haidian District, 100083, Beijing, China. Email: yuxin@bjrmu.edu.cn
-

**SPECIAL INVITEES:**

16. William Carpenter, University of Maryland School of Medicine, Maryland Psychiatric Research Center, Baltimore, USA. Email: wcarpent@mprc.umaryland.edu
17. Toshimasa Maruta, Department of Psychiatry, Tokyo Medical University, 6-7-1 Nishi-Shinjuku, Shinjuku-Ku, Tokyo 160-0023, Japan. E-mail: maruta@tokyo-med.ac.jp/ t-maruta@bd5.so-net.ne.jp (Representative of the Government of Japan)
18. Graham Mellsop, University of Auckland, P O Box 128469, Remuera, Auckland New Zealand Email: Mellsopg@waikato.dhb.govt.nz (Representative of the Government of New Zealand)
19. Robert Krueger, Department of Psychology, University of Minnesota, 75 E. River Rd., Minneapolis, MN 55455, USA. Email: krueg038@umn.edu
20. Kimmo Kuoppasalmi, National Public Health Institute, Mannerheimintie 166, 00300 Helsinki, Finland. Email: kimmo.kuoppasalmi@ktl.fi (Representative of the Government of Finland)

**OBSERVERS:**

21. David Kupfer, Department of Psychiatry, University of Pittsburgh, Western Psychiatric Institute & Clinic, 3811 O'Hara Street, Pittsburgh, PA 15213-2593, USA. Email: kupferdj@upmc.edu
22. Darrel Regier, American Psychiatric Association, 1000 Arlington Blvd, Suite 1825, Arlington, VA 22209-390, USA. Email: dregier@psych.org

**WHO SECRETARIAT:**

23. Can Celik, Classifications and Terminology, Department of Measurement and Health Information Systems, WHO. Email: celic@who.int
24. Somnath Chatterji, Country Health Information, Department of Measurement and Health Information Systems, WHO. Email: chatterjis@who.int
25. Tarun Dua, Management of Mental and Brain Disorders, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO. Email: duat@who.int
26. Samy Egli, Mental Health: Evidence and Research, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO. Email: egli@who.int
27. Robert Jakob, Classifications and Terminology, Department of Measurement and Health Information Systems, WHO. Email: jakobr@who.int
28. Vladimir Poznyak, Management of Substance Abuse, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO. Email: poznyakv@who.int
29. Benedetto Saraceno, Director, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO. Email: saraceno@who.int
30. Shekhar Saxena, Mental Health: Evidence and Research, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO. Email: saxenas@who.int
31. Bedirhan Ustun, Classifications and Terminology, Department of Measurement and Health Information Systems, WHO. Email: ustunb@who.int
32. Rosemary Westermeyer, Mental Health: Evidence and Research, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO. Email: westermeyerr@who.int

WHO 精神保健および薬物乱用部

第 3 回「ICD-10 精神および行動の障害」国際アドバイザー・グループ会議

2008 年 3 月 11 から 12 日にかけて、ICD-10 精神および行動の障害の改訂に向けた国際アドバイザー・グループ (Advisory Group、以下 AG と略) のミーティングがジュネーブで行われた。このグループは、ICD-10 の全面改訂にあたり、精神および行動の障害に関する改訂作業と他の方面で同時に進められる改訂作業とが調和することを目指し設立されたものである。特別に招待された者も含め、参加者名簿は添付書類を参照。

この Summary Report は、ミーティングで合意が得られた点についてまとめたものである。

## 1. 開式の辞

今回の会議は、Dr. Ala Alwan (Assistant Director General, Noncommunicable Diseases and Mental Health) の言葉と共に開会を迎えた。ICD 精神および行動の障害分類の改訂版の意義について、精神障害のある人々の受けるサービス向上に役立つこと、ならびに精神障害がもたらす負荷を抑える努力を行っている政府においてさらに信頼を得ること、この二点を Dr. Alan は強調した。

## 2. 診断の大枠 —— その実態とスペクトル

Introduced by Dr. Gavin Andrews

Presentations by Dr. Robert Krueger, Dr. William Carpenter, Dr. David Goldberg, and Dr. Gavin Andrews

以下一連のプレゼンテーションは、現在 ICD-10 に見られる精神障害クラスターの見直しを図ることを目的に行われたものである。今回のこの見直しの焦点は、個々の障害に対する基準ではなく、ICD に見られる様々な精神障害がどのように関連付けられ、グループ分けされているかにある。この概念的な枠組みは、すでに完遂されたプロジェクトというわけではなく、さらなる議論のベースとして AG が提示したものである。

以下に示すグループは、症状、危険因子、治療反応、および生物学的、認知的そして情緒的特徴など、様々な要因を考慮した上で提案されたものである。得られた情報に基づき、このプレゼンテーションの核を成す四つの精神障害クラスターが紹介された。補足であるが、今回紹介された精神障害クラスターの呼称は便宜上暫定的に付けられたものであり、正式な名称決定に至るまでにはさらなる議論が必要と AG は考えている。

Dr. Krueger の文献レビュー結果によると、多くの精神障害が内面化 (Internalizing) と外面化 (Externalizing) という二つの大きなクラスターに分けられる。また、内面化障害クラスターの中でもさらに苦 (e.g. 抑うつ感, 気分変動, 全般性不安症障害) のグループと恐れ (e.g. 恐怖症, パニック障害) グループに分けられることを Dr. Krueger は示した。外面化障害クラスター



の一貫性に関しては、現象としての類似性に加え、遺伝的影響、青年期の経緯、神経系の関連がその根拠として挙げられる。外面化障害クラスターの原型的例としては、アルコールや薬物の乱用、行為障害、成人における反社会性人格障害があり、また ADHD の過活動性要素も含められるかもしれない。

Dr. Carpenter は、精神病に関する現在の分類体系では数々の精神病の類似点や相違点を明確にできておらず、結果的に明確かつ確かな分類を困難にしていると指摘した。過度な細分化、そして恣意的なグループ分けがなされている現在のシステムは、研究および実践に支障をきたしている。治療に関する概念をクラスターレベルで捉えたり、同一クラスター内での類似点や相違点を明確にすることができれば、研究や治療に役立つであろう。精神病クラスターの一貫性に関するエビデンスは、生物学的指標、環境および遺伝子の精神病に及ぼす影響、統合失調症スペクトラムに関する家族研究、神経系に関わる物質、認知及び情緒的要因、合併、そして治療反応等に関する研究から得られている。現在精神病として分類されている精神障害は勿論のこと、双極性障害や人格障害のいくつかもこのクラスターに含めることができるだろう。

Dr. Goldberg は内面化障害クラスターに共通してみられる特徴についての発表を行った。このクラスターに含まれる精神障害の特徴は内的に体験される苦痛であり、不安、抑うつ感や恐怖といった感情と深く関連している。各障害にそれぞれ異なる診断基準はあるが、多くの症状は多数の精神障害に共通してみられるものであり、簡単なスクリーニングを行うことでこのクラスターに分類される精神障害を発見することができる。症状が重度になれば、同じクラスターに分類される精神障害間の差異が明確となる。このクラスターに含まれる精神障害は、環境的危険因子、および認知的・情緒的な面に関して、共通する部分が非常に大きい（高い否定的感情ないし『神経質』）。また、詳細な障害区分に関わらず、このクラスター全体に関して言えば有効な治療法も重なる部分が多々ある（SSRI、認知行動療法など）。内面化障害に含まれる精神障害としては、主に、全般性不安障害、パニック障害、特異的恐怖症、社会恐怖、強迫状態、気分変調障害、神経衰弱、身体表現性障害、PTSD、精神病水準まで至らないうつ病などが含まれる。

Dr. Andrews は神経認知的欠陥を特徴とする障害のクラスターに関して発表を行った。このクラスターは、永久的神経系の欠損と関連づけられることが多い。Dr. Andrews は、これらの精神障害を同一クラスターとみなすことで、診断の補助、治療過程の向上、早期発見・治療開始による予後経過の向上、および研究への貢献が見込めると考える。このクラスターに含まれる精神障害は特に、遺伝および環境要因によるところが大きい。これらの精神障害に有効な治療法は、特定の障害のみに有効なわけではなく、このクラスターに含まれる他の障害にも同様に有効である場合が多い（抗コリン酵素阻害薬、抗精神病薬、認知行動療法など）。また、このクラスターは他の三つのクラスターと比較して本質的に特に異種なものと認められた。

AG はこのクラスターによる分類の導入が今回の ICD 改訂の主な変更点となるであろうことを確認したが、今回提案されたアプローチは、多方面にわたりメンタルヘルスに携わる専門家やプライマリ・ケアを主に行う専門家にとってより臨床的有用性の高いシステムを今後構築して

いくベースとなるものである。今回議論されたアプローチは直感的な使用に適しており、また理解しやすいものである。加えて、現場で行われるメンタルヘルス・ケアの実情に即しており、現在の過度に細分化された分類システムを改善するという意味でも意義深い。ただし、今回のアプローチに関して AG は慎重な姿勢を保つ必要性も訴えた。特に、今回四つ挙げられたクラスターの中でも神経認知的クラスターの一貫性が疑問視された。これについて、AG は新たに発達障害の項目を別枠で設けることを検討した。また、各クラスターの呼称についても議論が行われた。

AG の議論に基づいて、前出の四つのクラスターに加え、さらなる議論のために叩き台となるグループ分けが Drs. Andrews and Goldberg によって行われた。二日目に行われたこの議論の場で、特に Bodily Disorders (摂食障害、睡眠障害、性機能不全など) の新たなグループ、発達障害および知的障害と譫妄や抑うつ感といった神経認知的障害との区別が特に注目を集めた。改善案に関してさらなる問題点が挙げられたが、それらを十分に検討する時間がなかったため、改善案の全体の進捗状況も含め次回の AG ミーティングであらためて報告されることとなった。

### 3. ICD 改訂全体の動き

今回の改訂の目標は、多様かつ一貫した分類システムを公衆衛生に関する用語や理念と結びつけるところにある、と Dr. Üstün は述べた。ICD-11 は、電子的に患者のデータを保管するような環境でも機能しなければならない。また異なる国家や言語間であっても同じスタンダードを保ちつつ研究を進め、またその結果を伝達するのを助ける役割も果たさなければならない。以下は、改訂にあたり特に大きな課題である。多数の Health Information System 間において、同等かつ一貫したデータを集めること；旧システムからの移行をスムーズに行うこと；様々な情報を集めるため、できるだけ多くのステークホルダー（何らかの変化を通し影響を与えるもしくは受ける人たち）からの声を聞くこと。

この改訂作業に関わっている者同士のコミュニケーションを円滑に進めるため、以下三つのウェブ上でのコミュニケーション手段が提示された。

- 1) The ICD Update and Revision Platform は、ユーザーが案やそれに対するコメントを書き込んだり、以前のログを読んだりそれらにコメントを残す機能を持つ。
- 2) The ICD-11 の草稿は WIKI のようなジャーナル・オーサリング・ツールになる予定である。これは ICD-11 のために分野別専門委員会 (Topical Advisory Group; TAG) および WHO 編集者によって、分類学上の規則、定義そして診断基準における明確化のため作られた。
- 3) ICD の用語は ICD と SNOWMED-CT、他のオントロジー、用語そして演算法を臨床の間をつなぐ情報モデルとして提供される。

この改訂過程に関する今後のタイムラインは、以下のとおりである、

- 2010 年以内にアルファ草案版に寄せられた意見をもとにベータ版を作成、翌一年かけてコメント、コンサルテーションを行う。
- 2011 年以内にベータ版を完成、続いてフィールド・テストを遂行。
- 2012 年以内にフィールド・トライアルの結果に基づき最終版の作成、一般公開
- 2014 年、世界保健総会による ICD-11 の完成版承認を目指す

#### 4. コーディネート・グループの進捗状況

これまでに設立された三つのコーディネート・グループから、進捗状況について報告があった。ちなみにこれらのコーディネート・グループの任期は2年である。

##### A. グローバル科学協力コーディネート・グループ (Global Scientific Partnership Coordinating Group)

Introduced by Dr. Norman Sartorius

このグループは、改訂の過程において世界各国の科学者たちからの意見を吸収するという目的をもって設立された。GSPN が新たに設立され、これは ICD 改訂に際して有用であると思われる文献、とりわけ英語以外の言語で書かれたものに関する情報を収集するという役割を負う。またその他に、ICD 精神および行動の障害の各国における使用状況の把握も役割として担う。このグループの今後の計画および経過については、Dr. Sartorius が指揮をとり、また上記の通り計画や経過に関しては AG および事務局と密にコンタクトをとっていくものとする。

##### B. ステークホルダー参加コーディネート・グループ (Stakeholder Input and Partnership Coordinating Group)

Introduced by Dr. Juan Mezzich and Dr. Benedetto Saraceno

このグループは、以下の通り WHO と関わりを持つ（影響を及ぼすもしくは及ぼされる＝Stakeholder）三つのグループから、意見の収集と計画実施への参加を呼びかけるのが主な役割となる。

- 1) メンタルヘルス・サービスの利用者およびその家族
- 2) 多くの学問領域にわたるメンタルヘルスの専門家および関連分野の専門家
- 3) WHO 加盟国の政府機関

World Psychiatric Association (WPA) により、彼らの作成した命名・分類及び診断評価法に関するセクション (Section on Classification and Diagnostic Assessment) と WPA 分類・診断グループのグローバルネットワーク (WPA Global Network of Classification and Diagnostic Groups) の発表があり、それらは重要かつ価値のあるものとして AG に認められた。また AG は、WPA をはじめ、他の関連の専門家団体と協力していくことを重要視する姿勢を見せた。これらの団体は、WPA に倣い参加に必要な基盤を整えることが奨励される。メンタルヘルス・サービスの利用者およびその家族に関しては、WHO 事務局が改訂過程において建設的なかたちで参加可能と思われる団体を挙げることとなった。最後に WHO

加盟国政府に関しては、事務局が既に数力国とコンタクトを取っており、結果的に AG は数人の各国代表を含む構成となっている。現在課せられている任務の内容と幅を吟味した上で、このグループの委託事項および構成は秋に開催予定の AG ミーティングで審議される予定である。

### C. ICD-DSM 調和コーディネート・グループ (ICD-DSM Harmonization Group)

Introduced by Dr. Shekhar Saxena

このグループの課題は、ICD-11 精神および行動の障害 と DSM-V 障害とその診断基準間における最大限の調和と一致を図ることである。これら 2 つのシステム間における調和が図られることに対し、Dr. Saxena は強い期待を示した。DSM と ICD-10 の間においてみられる主要な相違点について具体的な説明が行われ、またそれらはこのグループの活動にとって焦点となることが示された。また、ICD-DSM 調和コーディネート・グループの一員でもある WHO 代表の今後の活動の指針として、AG は以下の声明を支持した。「カテゴリー名、用語の解説および基準は、ICD と DSM 各々の中核をなすバージョンにおいて一致するよう WHO と APA は最大限の努力をする。ICD に手を加えるのであれば、必ず前述の中核をなすバージョンと一致する形での修正改変のみ認められる。」

### 5. 疫学の貢献：ad-hoc グループからの報告

Introduced by Dr. Somnath Chatterji

2007 年 9 月のミーティングにおいて、疫学的データの収集及び分析を AG の任務の一部として遂行するため、AG は Dr. Oye Gureje, Dr. Maria Elena Medina-Mora, Dr. Andrews and Dr. Goldberg に上記に関して Dr. Chatterji と協力するよう要請した。Dr. Chatterji は疫学的データが分類システムを考える上でどのように用いられるかの説明を行った。(一例として World Mental Health Survey をはじめとした疫学のデータをみると、ケースの判断や有病率といったパラメーターへの影響ないし変化。AG は、改訂過程における疫学的データの関連性および重要性を十分に認識している。また、Dr. Chatterji により示されたいくつかの具体的な疫学的問題ないし課題について、関連すると思われる情報があれば提供するよう AG は広く呼び掛けた。これにより、時間的に厳しい疫学データの再分析に必要な負担をある程度分散させられるかもしれない。この任務について、現在 ad-hoc グループの扱いであるこのグループを正式にコーディネート・グループに加える意思を AG は示した。

### 6. 公衆衛生面からみた診断および分類の進捗状況と計画に関する報告

Introduced by Dr. Normal Sartorius

前回の AG ミーティングに続き、2007 年 9 月 26 から 27 日にかけて WHO/APIRE (American Psychiatric Institute for Research and Education) Conference on Public Health Aspects of Diagnoses and classification が開催された。本会議の座長のひとりである Dr. Sartorius から以下が発表された。1) 診断および分類の公衆衛生上の影響に関する論文十本 2) 特に精神および行動の障害が