

診察において ICD-10、DSM-IV、従来型診断のすべてが混合して用いられており、精神障害による自傷他害のおそれという判断に ICD-10 が十分に生かされているとは言い難い。ICD-10 が状態像診断であり暫定診断も想定されていることが十分に周知されていないことも、その理由の一つと思われる。

一方、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。

司法精神医学は法学との学際領域であり、特に精神鑑定場面では精神医学者から法律家への十分な説明が必要とされる場合がある。そのため操作的診断基準は明確さなどの点から有益であると考えられるが、診断が困難な事例に遭遇することも多い精神鑑定事例では伝統的診断も必要とされている可能性がある。

今後は裁判員制度が開始され、裁判官のみならず一般市民にも理解されうる診断の説明が求められるが、司法精神医学的な思考過程が考慮され、かつ医療者以外にも分かりやすい操作的診断基準の開発が求められる。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 小池純子、森田展彰、中谷陽二：「精神保健判定医の全国アンケート調査」、精神神経学雑誌、111(1)；10-23, 2009
- 2) 大澤達哉：精神鑑定の問題点と今後のあるべき姿、心と社会、39(4)；p.16-21, 2008

### 2. 学会発表

- 1) 小池純子、森田展彰、中谷陽二：「措置入院の現状に関する研究」、司法精神医学会第 4 回大会、福岡、2008
- 2) 中谷陽二、小池純子、森田展彰：「精神保健判定医の全国アンケート調査」、司法精神医学会第 4 回大会、福岡、2008
- 3) 小池純子、針間博彦、森田展彰、中谷陽

二：「長期入院触法精神障害者の社会復帰に関する研究」、日本犯罪学会第 45 回学会総会、東京、2008

- 4) 大澤達哉：刑事訴訟過程において複数の精神鑑定が実施された 20 事例の精神医学的診断に関する検討、第 4 回日本司法精神医学会大会、福岡、2008 年
- 5) 大澤達哉：鑑定人および裁判官の刑事責任能力判断の要因に関わる研究、第 24 回法と精神医療学会大会、東京、2008
- 6) 大澤達哉：鑑定人および裁判官の刑事責任能力判断の要因に関わる研究、第 4 回京都法精神医学研究会、京都、2009

## H. 知的財産権の出願・登録状況

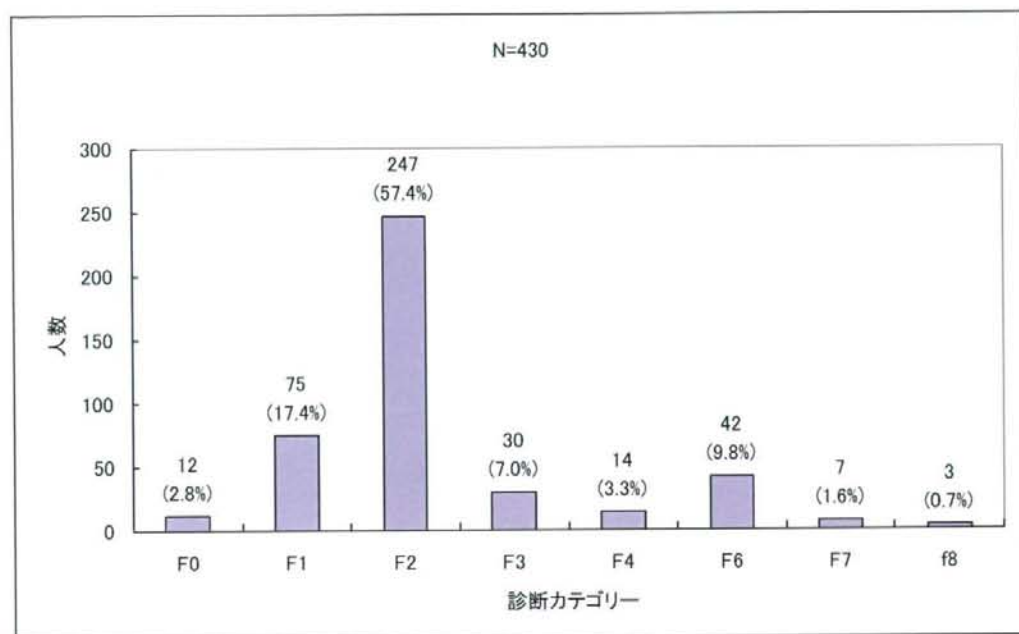
(予定を含む。)

なし

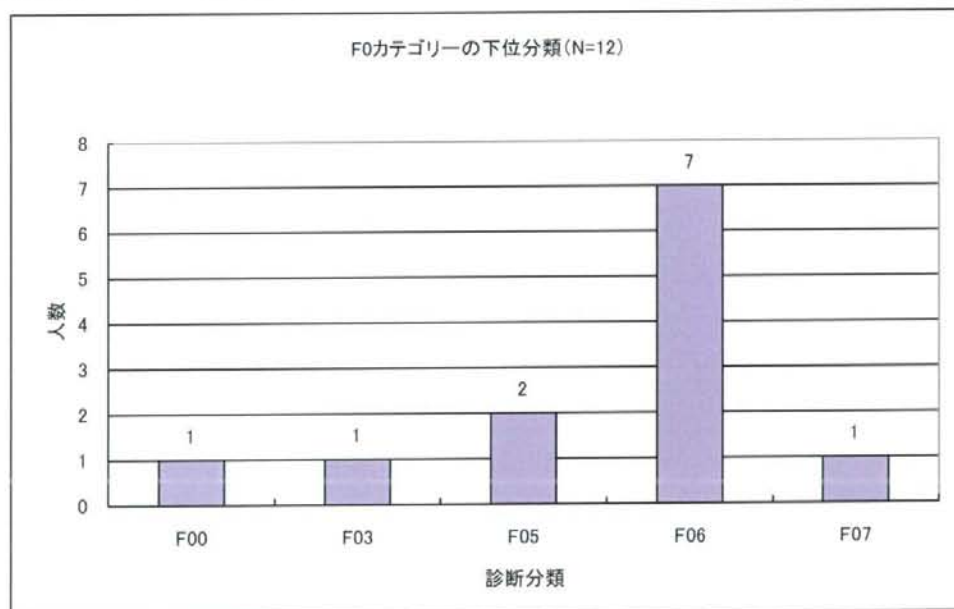
表1 入院時診断の内訳

診断名	全体(人)	(%)	2006年 11月以降	ICD-10	DSM-IV	従来診断
アルコール振戦せん妄	1	0.2	1			○
アルコール精神病	6	1.4	2			○
アルコール性痴呆	1	0.2				○
薬物依存症	1	0.2	1	○	○	
薬物精神病 or 薬剤性精神障害	3	0.7	1			○
有機溶剤精神病	2	0.5				○
急性覚醒剤中毒	2	0.5				○
覚醒剤精神病	34	7.9	7			○
覚醒剤中毒後遺症	1	0.2				○
中毒性精神病	8	1.9	1			○
器質性うつ病性障害 (甲状腺機能低下症)	1	0.2		○?		
器質性精神病	5	1.2	1			○
アルツハイマー型認知症	1	0.2	1	○		
老年期うつ病	1	0.2				○
老年期精神病	4	0.9				○
てんかん精神病	2	0.5				○
症状精神病	1	0.2				○
統合失調感情障害	1	0.2		○		
統合失調症	152	35.3	29	○	○	○
統合失調症型障害	1	0.2		○		
妄想性障害	1	0.2		○		
急性一過性精神病性障害	5	1.2	1	○		
急性精神病	112	26.0	14			○
急性統合失調症様精神病性障害	1	0.2		○		
うつ病	24	5.6	6			○
躁うつ病 (気分変調症)	12	2.8	1	○		
躁状態	1	0.2				○
強迫神経症	1	0.2				○
解離性障害	1	0.2		○	○	
心因反応	2	0.5				○
適応障害	1	0.2		○		
人格障害	23	5.3	4		○	
境界性人格障害	2	0.5			○	
情緒不安定性人格障害	5	1.2	1	○		
衝動性人格障害	1	0.2				○
精神遅滞	6	1.4	3	○		
特定不能の精神障害	2	0.5	1	○		
反応性精神病	1	0.2				○
非定型精神病	1	0.2	1			○
合計	項目 人数	430	76	13/41	4/41	24/41

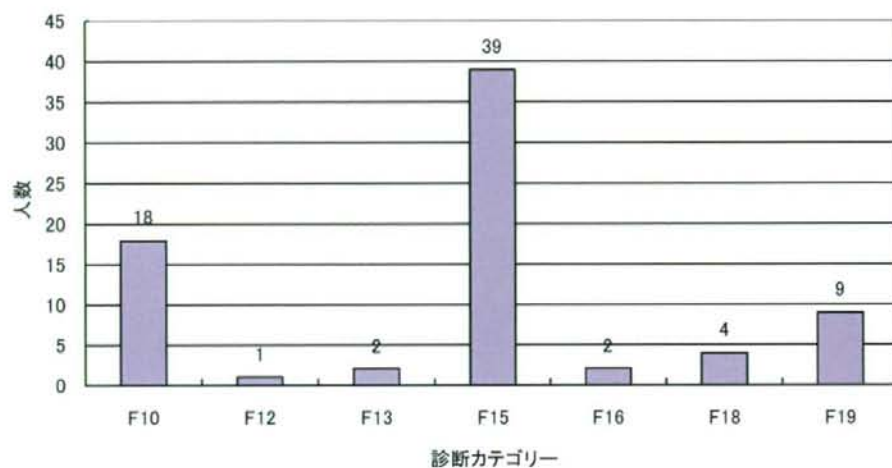
退院時診断（診断カテゴリー）



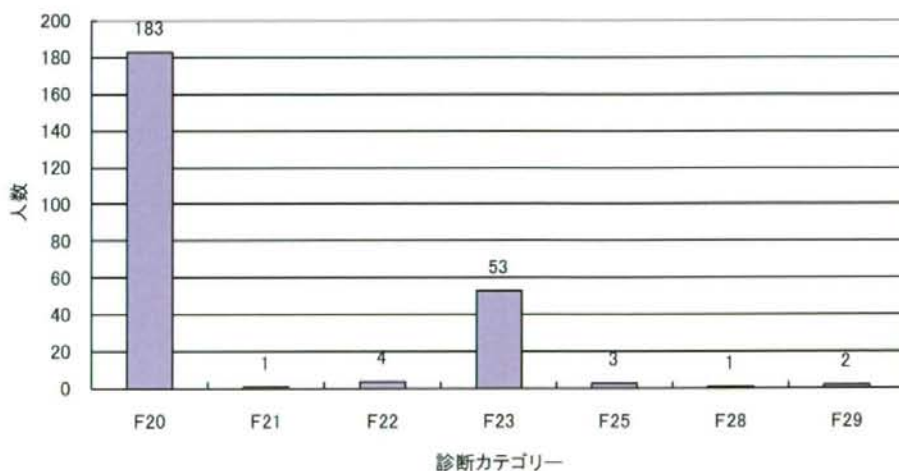
各診断カテゴリーの下位分類

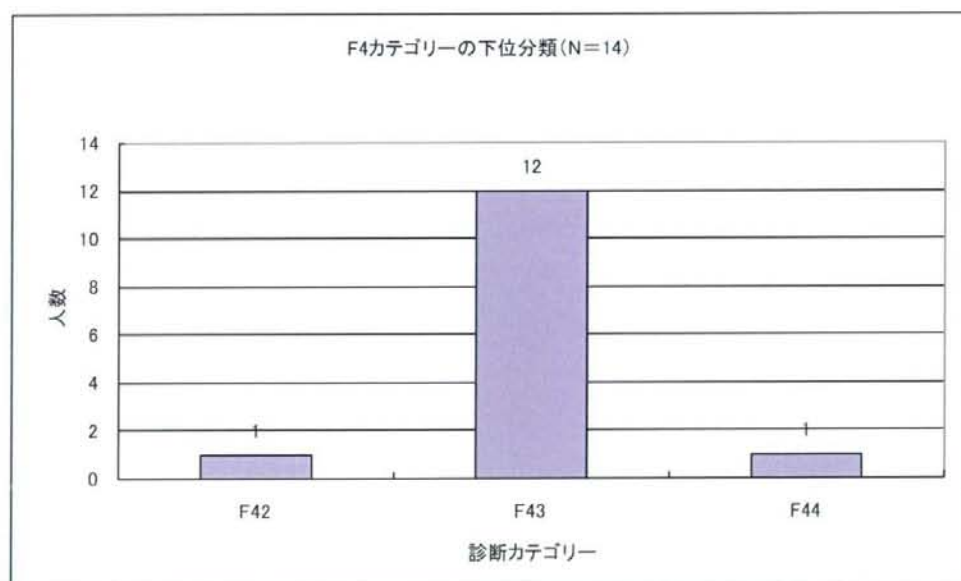
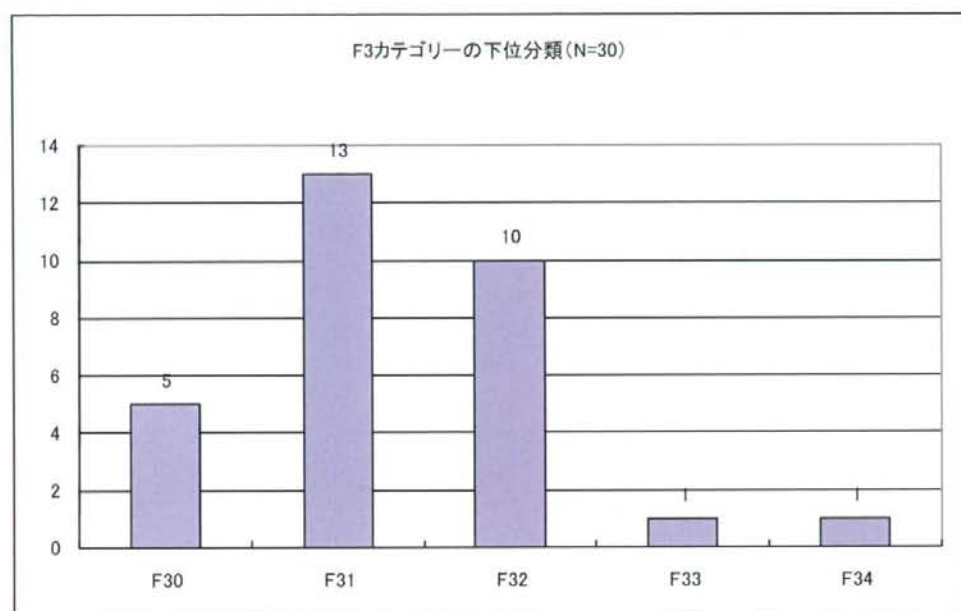


F1カテゴリーの下位分類(N=75)



F2カテゴリーの下位分類(N=247)





平成 20 年度 分担研究報告書

症状を含む器質性精神障害の診断分類・診断基準の  
検討

新井平伊

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
分担研究報告書  
国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究

症状を含む器質性精神障害の診断分類・診断基準の検討  
分担研究者 新井 平伊  
順天堂大学医学部精神医学講座 教授

研究要旨

いわゆる器質性精神障害の疾病分類を記載している ICD-10 分類の F0 領域に関して、臨床的立場からみた現在の疾病分類の問題点をあぶり出し、その問題解決のための解決として今後の分類のあり方を検討した。国際的に ICD-11 策定の段階に向けて提言できるようにポイントを絞って、かつ DSM との整合性にも配慮しながら、高齢社会の代表である我が国からあるべき疾病分類を検討した。今後は、認知症関連主要学会に協力を依頼し、アンケート調査を実施し、最終的な分類案を作成し、さらに実践で使用し、臨床的問題がないかどうか検討していく予定である。

A. 研究目的

国際的に普及している疾病分類は、ICD-10 と米国の DSM-TR であるが、現在 ICD-11 の策定に向けて国際的な協力体制でその検討が活発化している。そのような動きを受けて、ICD-10 における問題点を調査・検討し、我が国からも新たな提案を行っていくことが重要であり、かつ国際的役割をも担うことができるため、本研究班が立ち上がっている。

その中で、本研究は国際的にもっとも長寿国であり高齢社会の先進国として様々な社会体制および医療・福祉体制を実践している我が国において、脳器質性精神障害を中心とした分野である F0 領域の疾病分類を詳細に検討し、その問題点をあぶり出し、今後の新たな分類の提案をしていくことが、本研究の目的である。

B. 研究方法

本研究は多施設共同研究である。

協力研究員：

順天堂大学医学部精神医学講座  
柴田展人准教授、馬場元准教授  
一宮洋介教授、井関栄三准教授  
筑波大学臨床医学系精神医学  
朝田隆教授  
信州大学医学部精神医学  
天野直二教授

1. まず、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. その上で、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. 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。

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。協力研究員と共に現在の ICD-10 の F0 領域の疾病分類を詳細に検討した。

(倫理面への配慮)

本研究は、国際分類の現状把握と問題点の検討であり、臨床での倫理的問題が関与する検討ではない。

## C. 研究成果

### 1. 現在の ICD-10 F0 領域の問題点

- 1) F02 他に分類されるその他の疾患の認知症

この F02 の疾病分類が時代遅れとなっている点が指摘できる。

- 2) F06.7 軽度認知障害 (MCD)

この分類と、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る。

### 2. 加筆・修正すべき疾病

- 1) 改正すべき病名

ピック病の認知症 → 前頭側頭葉変性症  
パーキンソン病の認知症

→ レビー小体型認知症

クロイツフェルドヤコブ病

→ プリオン病

- 2) 加えるべき疾病

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。この病態を現在の MCD とは別に取り上げておくべきかもしれない。

3. 加えるべき診断基

- 1) アルツハイマー病

NINCDS-ADRDA (McKhann et al, 1984)

Dubois B, et al. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurology* 2007;6: 734-746

- 2) 血管性認知症

NINDS-AIREN Roman et al, 1993

Research criteria for subcortical vascular dementia in clinical trial. Erkinjuntti T, et al. *J Neural Transm* 2000, Suppl 59:23-30

- 3) 前頭側頭葉変性症

FTD のコンセンサスクライテリア (Neary et al, 1998)

- 4) レビー小体病

ガイドライン改訂版 (McKeith et al., 2005)

- 5) MCI

Petersen RC. 2004. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *J Intern Med* 256:183-194

## D. 考察

今年度の検討は、ICD-10 の F0 領域における疾病分類や診断基準の問題点を探り、その解決策を見出すことを目的として、共同研究者と共にその分析を行った。

大きく分けて、その問題点は三つに分けられる。まずは、分類自体が時代の変化に追いついていないことである。とくに、近年注目されているレビー小体病や前頭側頭葉変性症、そして認知症の前段階として注目を浴びている軽度認知障害 (MCI) への対応などが挙げられた。

ついで、問題となったのは、診断基準の設定である。あくまでも臨床診断であり、現状では確定診断に至ることは困難ではあるものの、いかにその精度、つまり感度や特異性を上げるかという観点からは、やはり見直しが必要である。そこで、この臨床診断の基準には臨床診断だけでなく、生物学的マーカーま



で含めるか、さらには遺伝子型まで含めるか、等々は議論の余地が残った。あくまでも臨床診断であることもあり、今後の検討に委ねるが、まずは文献上で確立している診断基準を元に今後は作成すべきとの判断になっている。

さらに、最近注目されている認知症の前段階として注目されている軽度認知障害(MCI)の取り扱いである。あくまでも、疾病分類である以上、その前段階の状態を含めて良いものかどうかは議論になる。しかし、現状でも、軽度認知障害(MCD)として上げられている一群があり、これはアルツハイマー病の前段階としての扱いではなく、身体疾患や脳損傷などにより障害を受けた認知機能の低下を総称しているため、MCIとは異なる概念である。したがって、今後はMCDとは別にMCIを記載するのか？もしくはMCDに代えてMCIを導入するのか、それぞれの基準を明確にして検討を要する課題である。

3) さて、以上のような問題点を明確化した初年度の成果を受け、次年度は新たなF0領域の診断基準を作成したいと考えている。あくまでも臨床診断ではあるものの、最近の臨床研究成果をふまえ、より精度の高い診断基準を含めて作成できたらと考えている。

## E. 結論

ICD-10のF0領域は、器質性精神障害の領域であり、認知症を中心とした疾病分類からなっている。今年度は、その疾病分類の問題点を明らかにし、さらに診断基準の改正案を模索し、加えて認知症前段階のMCIについて含めるべきかどうかを検討した。次年度には、あたらな疾病分類の提案を予定している。

### 4) 健康危険情報

なし

### 5) 研究発表

#### 1. 論文発表

Shibata N, Ohnuma T, Baba H, Arai H: No Genetic association between Polymorphisms of Heme Oxygenase 1 and 2 and Alzheimer's Disease in a Japanese Population, *Dement Geriatr Cogn Disord* 2009;27:273-277

Nakano Y, Baba H, Maeshima H, Kitajima A, Sakai Y, Baba K, Suzuki T, Mimura M, Arai H. Executive dysfunction in medicated, remitted state of major depression. *J Affect Disord.* 111; 46-51, 2008.

#### 2. 学会発表

馬場元. うつ病から認知症への移行ならびにその介入に関する研究. 第22回 老年期痴呆研究会 2008年7月26日 東京

前嶋仁, 馬場元, 中野祥行, 鈴木利人, 新井平伊. 老年期うつ病と認知機能. *Research for Organic Depression.* 2008年3月8日. 東京

前嶋仁, 馬場元, 中野祥行, 北島明佳, 鈴木利人, 新井平伊. 寛解期うつ病患者における記憶機能の縦断的調査 ~うつ病は認知症の危険因子か?~. 日本うつ病学会総会 (2008) 福岡

中野祥行, 馬場元, 前嶋仁, 北島明佳, 酒井佳永, 鈴木利人, 新井平伊. 年齢群別にみたうつ病寛解期における遂行機能: 第2報. 日本うつ病学会総会 (2008) 福岡

#### 6) 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

平成 20 年度 分担研究報告書

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—

大久保善朗

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

分担研究報告書

国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究

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—

研究分担者 大久保 善朗 日本医科大学 精神医学教室 教授

研究要旨

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、われわれは入院患者を対象に、Fink らが提案した緊張病症候群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 日までに入院となった 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。

A. 研究目的

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。Kahlbaum の緊張病は循環性の経過をとる予後良好なものを含んでいたが、後の 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規定した。その Kraepelin の考え方が現代の診断概念にも引き継がれ、DSM-IV や ICD-10 において、緊張病は主に統合失調症の一亜型として診断される。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より多く、器質性精神障害においても認められ、症状のみでは原疾患を特定することは困難であることがわかっている。また、緊張病症状はしばしば身体合併症を伴うことが多く、発熱や自律神経失調を合併した悪性緊張病ではさらに重篤な身体合併症の危険性が高く、治療の遅れは致死的な転帰をもたらすことがある。加えて、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 ECT が有効なことが明らかにされている。

以上の理由から、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。そこで、われわれは、入院患者を対象に、Fink らが提案した緊張病の診断基準の適用し、緊張病症状を発現した精神診断について検討した。

表 1

#### 緊張病の診断基準

A. 無動、無言、昏迷が少なくとも 1 時間持続し、以下の症状を少なくとも 1 つ以上伴う：カタレプシー、命令自働、姿勢常同（2 回以上観察または誘発されること）

B. 無動、無言、昏迷がない場合：以下の症状を少なくとも 2 つ以上、2 回以上観察または誘発される：常同症、反響現象、カタレプシー、命令自働、姿勢常同、拒絶性、両価性

(Fink M, Taylor MA: Catatonia: A clinicians' s guide to diagnosis and treatment. Cambridge University Press, Cambridge UK, 2003. 鈴木一正訳：カタトニア。臨床医のための診断・治療ガイドライン。星和書店、2007)

## B. 研究方法

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 名についてカルテ調査を行なった。

Fink らの提案している緊張病の診断基準（表 1）を用いて、同診断基準にあてはまる症例を抽出した。

## C. 研究結果

入院患者 268 例中、緊張病の診断基準に合致した症例は 17 例（6.3%）であった。緊張病の出現率が高い順に、基礎疾患の診断分類をあげると、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%）の順で、それ以外の 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または F6：成人のパーソナリティおよび行動の障害など（78 例中 0 例、0%）では認められなかった。また、F3 について、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。

## D. 考察

DSM-IV-TR では、緊張病型統合失調症の症状として、1) カタレプシーまたは昏迷として示される無動症、2) 興奮（過度で無目的の運動）、3) 極度の拒絶症あるいは無言症、4) 姿勢保持、常同運動、しかめ面などの特徴的な自発運動の奇妙さ、5) 反響言語または反響動作をあげ、以上のうち少なくとも 2 つが優勢である統合失調症を緊張型と診断している。このような DSM の診断基準については、カタレプシー、拒絶症、無言症、反響症状といった緊張病に特異的な症状と、過度の運動活動や重症の無動などの非特異的の症状

を同列に扱っている。1)、3)、5)項はすべて姿勢性無動をあり内容に重複が認められる。反響症状など一過性にしか認められない症状があるにも関わらず症状の持続期間が定義されていないなどの問題点が指摘されており、特異的症狀に重みをつけて、症状の持続時間を明示した診断基準が提案されている(表1)。

これまでの報告によると、緊張病症状を呈するのは精神科病床入院患者の7.6%から38%で、急性精神科治療施設に入院する患者の10%を占めるといわれる。緊張病の半数以上が気分障害を伴うされ、中でも双極性障害に関連して認められることが最も多く、躁病相の25%以上で緊張病性の特徴を示しているという。一方、統合失調症の基準を満たすものは10~15%とも報告され、緊張型統合失調症と診断されるという。

今回のわれわれの調査では、症例数では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%)が最も多かったが、出現頻度で比べると、F31:双極性障害(19例中4例、21.0%)において高く、欧米における最近の報告と一致していった。

さて、緊張病における器質性精神障害の割合は16%という報告がある。今回の調査でも、F0:症状性を含む器質性精神障害(10例中5例、50%)で出現頻度が高いことが確かめられた。今回の調査でF0が多かったのは、身体疾患に伴う精神症状を診療する機会が多い大学付属病院精神科病床の入院患者を対象としたという要因の影響も考えられた。しかし、そのような要因を考慮しても、身体疾患に伴う症状性、器質性精神障害に、緊張病症状の出現がしばしば認められるという従来の報告と一致する結果といえるのではないか。あらためて緊張病の基礎疾患は多岐にわたるため、緊張病症状のみで原疾患を特定することは困難と思われた。

緊張病症状はしばしば身体合併症を伴うこ

とが多く、発熱や自律神経失調を合併した悪性緊張病ではさらに重篤な身体合併症の危険性が高く、治療の遅れは致命的な転帰をもたらすことがある。加えて、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ECTが有効なことが明らかにされている。以上の理由から、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る。

## E. 結論

緊張病症状は統合失調症だけではなく気分障害や器質性精神障害においても認められることがたしかめられた。さらに、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。

## F. 健康危険情報

なし。

## G. 研究発表

本研究課題に関連する発表はなし。

## H. 知的所有権の出願・登録状況

なし。

平成 20 年度 分担研究報告書

気分障害の診断分類・診断基準の検討

三國雅彦

平成 20 年度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

（H20-こころ-一般-007）

分担研究報告書

気分障害の診断分類・診断基準の検討

分担研究者 三國 雅彦

群馬大学大学院医学系研究科神経精神医学分野 教授

研究要旨：

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、以下のような成果を得た。

- (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) 気分不一致しない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。



## A. 研究目的

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、わが国の精神疾患分類についての見解を集約し、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ている。

## B. 研究方法

ICD-11のF3に関する委員会を上記の研究協力者によって組織し、ICD-10のF3に関する問題点の抽出と現状分析のために一同に会した委員会の開催とメールによる意見交換とを実施し、エキスパートコンセンサスとして集約する。

### (倫理面への配慮)

ICD-11のF3への提言のために、脳画像解析や内分泌負荷試験などを実施する場合には各所属施設の倫理委員会や臨床試験委員会の承認の得られているプロトコールに従って実施し、データの解析結果の公表にあたって十分にプライバシーの保護に配慮することとする。

## C. 研究結果

### (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F3疾患での問題点

国際委員会では次のような大分類をICD-11に取り入れるか、否かを検討している。

- 認知症などの器質性精神疾患(神経認知的障害)
- うつ病、神経症抑うつなどの情動性精神疾患
- 精神遅滞や自閉症などの神経発達障害性精神疾患

- 統合失調症や躁うつ病などの精神病性精神疾患
- 身体化障害、解離などの神経症(外面化)

これを採用した場合、従来のF3に分類されていた、双極性障害が精神病性疾患にまとめられ、一方、単極性うつ病は情動性精神疾患にまとめられることになり、F3が2つの大分類に分かれてしまうことになるが、双極性障害の約60%がうつ病エピソードで初発することを考えると、2つの大分類の間を移動することになるので、この5大疾患分類はきわめて不適切な分類といわざるを得ない。

### (2) ICD-10の基本的な問題点

- うつ病エピソード、躁病エピソードは基準であって、病名ではなく、実際、躁病エピソードは病名としては扱われないのに、うつ病エピソードはF32の病名となっているのは不合理であり、depressive disorder、うつ病性障害(初回)とするべきであるという意見で一致した。
- 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をどうするか、精神病像の出現や数日単位での反復、病相交替などとの関連で問題となる。若年周期精神病との鑑別も含めた基準の作成が必要である。
- 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

- 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と、自責感や朝方悪い日内変動の有無も加味した基準を作るべきではないか?
- 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？ 例えば統合失調感情障害に加える方がよいのではないか？

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を満たす症例でも、気分反応性のある症例、言い換えると、状況の好転で軽快する症例、また、うつ症状が軽快後に自分がうつ病になったことについて無頓着な症例は抗うつ薬の継続、認知療法の必要性で異なるので、亜型として分類すべきではないか？

#### (4) 日本版のICD-10 (JCM) の見直し

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が、その案が今回の改定に生かせないかを検討する必要がある。その後、この診断基準を臨床適応している施設での使用状況、問題点を洗う必要がある。

この日本版のなかでのうつ病エピソードの基準には「環境の変化に影響されない」の部分が明記されているように、ICD-11でも「気分反応性がない」ことを明記すべきではないか？ ただし、そうすると、気分反応性のある症例は亜型として分類すべきなのか、または反応性うつとしてF4に移すべきではないか？の議論が必要となる。

#### D. 基本線についての提言

研究用ICD-11の作成も今後検討されるので、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、亜型分類を提案できるようにし、それらを基にして、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。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」班作成 (1992年) JCMの成果を

もとに、その後の研究成果を盛り込んだ日本としての提案をするべきである。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

1. Ariga M, Uehara T, Takeuchi K, Ishige Y, Nakano R, Mikuni M. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in delinquent female adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 49(1):79-87. 2008 Jan
2. Sakai T, Oshima A, Nozaki Y, Ida I, Haga C, Akiyama H, Nakazato Y, Mikuni M. Changes in density of calcium-binding-protein-immunoreactive GABAergic neurons in prefrontal cortex in schizophrenia and bipolar disorder. *Neuropathology*. 28(2):143-50. 2008 Apr
3. Takahashi K, Oshima A, Ida I, Kumano H, Yuuki N, Fukuda M, Amanuma M, Endo K, Mikuni M. Relationship between age at onset and magnetic resonance image-defined hyperintensities in mood disorders. *J Psychiatr Res*. 42(6):443-50. 2008 May
4. Takei Y, Kumano S, Hattori S, Uehara T, Kawakubo Y, Kasai K, Fukuda M, Mikuni M. Preattentive dysfunction in major depression: A magnetoencephalography study using auditory mismatch negativity. *Psychophysiology*. 46(1):52-61. 2009 Jan
5. Takahashi K, Oshima A, Inoue K, Takeyoshi H, Fukuda M, Mikuni M.: Novel Augmentation therapy with cilostazol for the geriatric major depressive disorder patient with deep white matter hyperintensities on T2-Weighted brain MRI: A case

report.Pharmacopsychiatry 41: 37-39, 2008

## 2. 学会発表

1. Masahiko Mikuni, Structural, Neurochemical and Functional Brain Abnormalities in Major Depression and a Novel Augmentation Therapy with Anti-platelet Agent. (Educational Lecture), 2nd WFSBP
2. Masato Fukuda, Masahiko Mikuni., Future prospect of diagnosis and treatment of psychiatric disorders using near-infrared spectroscopy (NIRS), XXVI CINP Congress, 2008.7.14, Munich, Germany
3. Masaki Kameyama, Masato Fukuda, Toru Uehara, Itsuro Ida, Masahiko Mikuni, Frontal Lobe Dysfunction in Schizophrenia: a Near-infrared Spectroscopy Study (Symposium 21), 2nd WFSBP Asia-Pacific Congress, 9.11-13, 2008, Toyama, Japan
4. 有賀道生, 須田真史, 青山義之, 成田耕介, 亀山正樹, 上原 徹, 福田正人, 三國雅彦. 広汎性発達障害の併存症による前頭葉機能の特徴—近赤外線スペクトロスコピーを用いた検討—, 第 30 回 日本生物学的精神医学会, 2008 年 9 月 11 日, 富山
5. 石毛 陽子, 上原 徹, 須田 真史, 有賀 道生, 亀山 正樹, 福田 正人, 三國 雅彦. 自閉スペクトラム症候群における 2 次障害に関する予備検討—知能アセスメントおよび脳血液量変化との関連—, 第 104 回日本精神神経学会, 2008 年 5 月 29-31 日, 東京

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

平成 20 年度 分担研究報告書

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

小澤寛樹