

## ICD-11 に向けての動向

丸田 敏雅 松本 ちひろ 飯森 眞喜雄

要旨： World Health Organization (WHO) が、ICD-10 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。WHO は ICD-11 に向けて分野ごとに分野別専門委員会を組織し、精神分野は「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」が活動を開始している。同グループは ICD-11 精神分野の最高意志決定組織であり、ここで改訂に向けての大枠が決定される。この会議は現在まで 3 回開催され、著者らは 2007 年 9 月に開催された第 2 回会議、及び 2008 年 3 月に開催された第 3 回会議に招待されたため、これらの概要について報告する。また、その他の国内外の ICD-11 に向けての動向についても報告する。

Key words: ICD-11, Classification, Mental Disorders

### 1. はじめに

世界保健機関 (WHO) が、第 10 回国際疾病分類 (ICD-10) 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、WHO や我が国の改訂への動向について報告する。

### 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 (図2)。

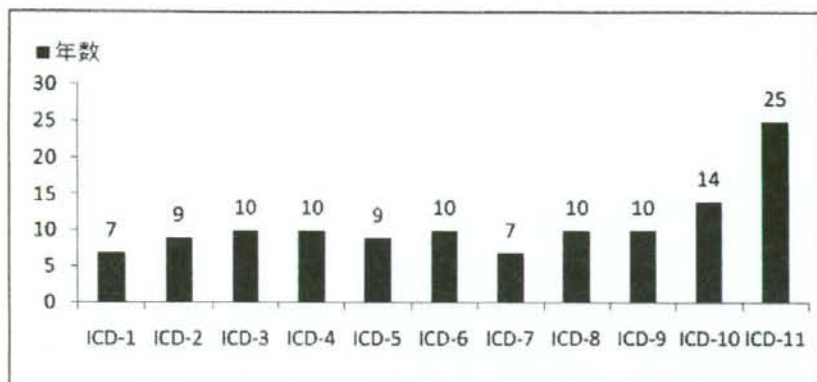


図1. ICDの各版 作成または改訂までに要した年数 (WHO資料)



※ 分野別専門部会の分野は、今後増える見込み  
 ※ ワーキンググループは必要に応じて設置

図2. ICD-11 に向けた改定対応組織図 (WHO) (厚生労働省資料)

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こう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、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く、ICD-11 全体を指揮する WHO 「分類と用語部」の Üstün 専門官によれば、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準備されることとなっている。さらに、ICD-11 は疾病や死因分類のみならず、多目的用途を目指しているため、Chute 教授（メイヨー・クリニック）が改訂運営委員会の座長に就任し、コンピュータ工学の Ontology 手法を用いた分類法なども検討されている。しかし、これに関しては、そのような複雑なツールとしての ICD-11 が途上国で果たして使用できるのかなどの批判もみられる。

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3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（これについては後述する）。

### 3. 国内の動向

一方、国内の動向としては、厚生労働省 ICD 室が中心となり、社会保障審議会統計分科会、疾病、障害及び死因分類委員会が第 1 回会合が 2006 年 7 月 28 日に開催され、我が国としても ICD 改訂に積極的に関わっていくことが決定され、この会合を年 2 回開催し情報の共有をしていくこととされた。また、今回の ICD 改訂では上記の TAG が各分野の改訂の中心となるため、我が国の主立った医学分野の学会に国際ワーキング・グループ協力員の推薦の依頼があり、日本精神神経学会では針間博彦先生（都立松沢病院）、中根允文先生（長

崎国際大学）及び丸田が選任された。

日本精神神経学会も、2006 年 12 月より国際委員会の中に ICD-11 委員会を組織することが決定し、日本精神科診断学会と協力し各分野の専門家なる委員会を立ち上げ現在活動している。

### 4. 「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

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 教授が就任した。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 Ritchie (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 Bickler-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）。

この第 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、医学的状态、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 調和コーディネーター・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ター・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ター・グループ (Resource Mobilization Coordinating Group) の4つのコーディネーター・グループ (Coordinating Group) を設置することが決定された。そして、今回の会議までにプライマリ・ケアにおける精神障害の使

用法に関する文献、各障害の閾値問題を含む精神および行動の障害における次元性 (dimensionality) に関する文献、診断カテゴリーと診断基準に関する「ICD-10 と DSM-IV-TR の完全な相違リスト」、臨床上の有益性同様、精神障害の幅広いカテゴリーをいかに概念化していくべきかという問題に対する科学的エビデンスに基づく文献を準備し、これらに関して必要ならば、専門家を招待し講演してもらおうことが決定された。

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つのコーディネーター・グループについては、この間に座長が決まり、ICD-DSM 調和コーディネーター・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ター・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ター・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。

ついで、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 は包含されているが、DSM-IV には包含されていない障害が 25（F06.5 器質性解離性障害など）、そして、DSM には包含されているが、ICD-10 には包含されていない障害が 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、上記のグローバルな科学的協力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ことが多い、ここでは、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。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を報告し、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）は、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。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。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主張し、例えば、全般性不安障害は、「Persons who match this prototype experience long periods of excessive worry associated with feeling restless, keyed up or on edge」と簡潔に定義すれば 20 の単語で済むと述べた。また、現在の診断体系は概ね 150 の異なった障害が分類されており、個々の障害には 10 から 30 片の情報が含まれている。そして、実際の臨床場面では、半数以上の診断が分類不能（NOS）とされ、このことは個々の障害に挙げられている診断基準がそれほど使用されていないことを示している。これらの理由により ICD-11 では臨床場面で実際に使用されるような有益な分類が作成されるべきであると報告した。一方、臨床家は診断分類や診断基準に柔軟性や使い易さに、研究者は正確さに重きを置くのも事実であり、解決策として、臨床版は簡潔なプロトタイプを設けて作成し、研究用の版はより特異的な診断基準や既に存在するような研究のために診断分類により近似した構造をとった方が良いのではないかと、臨床により有益な分類システムは診断における妥当性をより有する傾向にある、ICD-8 はプロトタイプ型診断体系に似た構造で作成されており、その結果として実際に非常に普及したなどの議論もなされた。しかし、プロトタイプ型診断分類がどこまで臨床にあるいは研究において有益かに関しては異議もあり、今後さらに検討していくことになった。「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 Mellsoop 教授（オークランド大学）、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、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、「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サラセーノ部長ほか 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障害（Internalizing Disorder）と外面化障害（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（Krueger, 1999, Hicks, Krueger, Iacono, McGue, & Patrick, 2004, Markon & Krueger, 2005, Krueger, Markon, Patrick, & Iacono, 2005, Krueger, Markon, Patrick, Benning, & Kramer, 2007）。

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、共通の環境的危険因子、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)も一般的に効果的である。内面化障害には、全般的な不安障害、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 及び非精神病的なうつ病などが含まれると報告した。Goldberg 教授が“内面化”として一括すべきであるという主張の背景には、上記の他、従来の“Neurotic”という用語には非常に Stigmatizing な意味合いがあることがある。

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子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(外面化障害、精神病性障害及び内面化障害)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。また、個々の名称に関しても、例えば、“Externalizing”は英語では“outside”のことであり、実際の臨床現場に混乱をもたらす可能性もあり、名称を再考すべきではないかなど意見も出

された。また、第2日目に行われた同様の討議でも、身体障害(例えば、摂食障害、睡眠障害、性障害など)をどのように扱うべきか、発達障害や知的障害は神経認知障害の群に含めるのではなく、独立して扱うべきであるなどの意見も出された。最終的に、これらの再概念化は引き続き討議していくこととなった。

次に、Üstün 専門官が ICD 全般の進捗状況に関しては、1). ICD アップデート・プラットフォームが準備されつつあり(WHO)、全てのユーザーに意見の提案、コメント及び既に提案されている提案に関する意見へのコメントが可能であること、2). 前述の Hi-Ki により ICD-11 草案が準備されること、3). ICD の用語は ICD と米国臨床病理医協会が作成している SNOWMED-CT との関連情報モデルに基本を置いて提供されるなどの報告を行った。

次いで、前述した4つの強調グループの各座長から、個々の活動が報告された。このうち、グローバルな科学的協力コーディネート・グループの Sartorius 教授からは、この第1回会議が2008年2月22日に東京で開催されたことが報告された(これについては後述する)。また、ICD-DSM 調和コーディネート・グループの活動に関して、Saxena 専門官が、WHO 側からこのグループに求めることとして、「WHO と米国精神医学会は、中核的な版において、各カテゴリーの名称、用語解説の描写及び診断基準は ICD 及び DSM 両者において同一であることを保証するよう最大限の努力すべきであること。ICD の翻訳物は中核的な版に直接翻訳可能であるべきであること」が挙げられることを強調した。次いで、第2回 AG 会議でも、その有益性が確認された疫学データの利用に関しては、5つめの強調グループとされることが決定した。その他、家族医世界機関、国際看護師協会、国際心理学的科学連合、世界精神医学会及び国際ソーシャル・ワーカー連盟などの関連 NGO

の各代表から、ICD-11 に向けての活動が報告された。

第 3 回会議を通じて最も議論されたのは、前述した内面化障害、外面化障害、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、2 日間のスケジュールの合間にかなり議論された。結局、次回まで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。

## 5. グローバルな科学的協力ネットワーク・グループについて

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イト・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ダガスカル、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・イボール・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)、Gaebe 教授 (ハイネリッヒ・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 25 名の委員が選任されている。また、第 161 回米国精神医学会総会中の 2008 年 5 月 3 日にこの第 2 回会議が開催され、今後の活動方針がより具体化された。

この第 1 回グローバルな科学的協力グループ会議の前の 2008 年 2 月 20、21 日に、飯森眞喜雄、岡崎祐士先生 (都立松沢病院院長) 及び Sartorius 教授を会長として、厚生労働省及び日本精神神経学会の後援を得て、「国際シンポジウム、精神科診断と分類の最前線、ICD-11 にむけて」が開催された。上記のグローバルな科学的協力グループの中核メンバーの他、小坂憲司先生 (ほうゆう病院)、佐藤光源先生 (東北福祉大学)、Narrow 教授 (米国精神医学会 DSM-V 実行委員会、研究部長) 及び WHO の Üstün 専門官が招待演者として講演し、活発な討議が行われた。



## 6. まとめ

以上のように、2015年のICD-11の導入に向けWHO及び国内の委員会が活動を開始している。今回の改訂の特徴としては、Üstün 専門官が強調しているように、ITを活用した改訂になる模様である。しかし、円卓会議の重要性も決してなくなったわけではなく、AG会議のように大枠は従来のように決定していくと思われる。

最後に、国内でも日本精神神経学会と日本精神科診断学会によるICD-11委員会、及び厚生労働省によるこころの科学事業の「国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究」班を中心としてICD-11に対する国内の意見をとりまとめる作業が開始されている。その作業のひとつとして、下記のウェブ・サイトを用いて国内のICD-11への意見を蓄積するものがあり、皆様からICD改訂に向けて有益なご意見を頂くことをお願いしたい。

<http://www.icd11mental.com>

## 文献

- 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, 922-928.
- Krueger, R. F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, 921-926.
- Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., Benning, S. D., & Kramer, M. D. (2007). Linking antisocial behavior, substance use, and personality: an integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 645-666.

Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., & Iacono, W. G. (2005). Externalizing psychopathology in adulthood: a dimensional-spectrum conceptualization and its implications for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 537-550.

Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2005). Categorical and continuous models of liability to externalizing disorders: a direct comparison in NESARC. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1352-1359.

World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. ICD Update and Revision Platform, <http://extranet.who.int/icdrevison/nr/login.aspx?ReturnUrl=%2fidrevision%2fDefault.aspx> [16 Jun 2008 Cited]

## 英文抄録

### The Development of the ICD-11

It has been twenty years since the WHO published ICD-10, and it is under the process of revision toward the new revision (ICD-11). Accordingly, the WHO has organized groups of experts designated to deal with each field, and the International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioral Disorders has been launched for the field of psychiatry. Regarding the revision, this group is responsible for ultimate decisions concerning the

field of psychiatry and also for establishing a framework for the new version.

The above mentioned group has held three meetings so far, the second and the third of which one of the authors attended as a special invitee. Presented here are summaries of the meetings, in addition to a report on the current situation, both domestic and international, concerning the revision.

東京医科大学精神医学講座

[〒160-0023 東京都新宿区西新宿 6-7-1]

Toshimasa Maruta, Makio Iimori: Department of  
Psychiatry, Tokyo Medical University, 6-7-1

Nishi-Shinjuku, Shinjuku-Ku, Tokyo, 160-0023,

Japan

## 第104回日本精神神経学会総会

## シンポジウム

## ICD-11 作成の動き

丸田 敏雅, 松本 ちひろ, 飯森 眞喜雄 (東京医科大学精神医学講座)

## 1. はじめに

世界保健機関 (WHO) が、第10回国際疾病分類 (ICD-10)<sup>6)</sup> 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、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・グループの動向および国内の ICD-11 への取り組みについて報告する。

## 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、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く、ICD-11 全体を指揮する WHO 「分類と用語部」の Üstün 専門官によれば、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準備

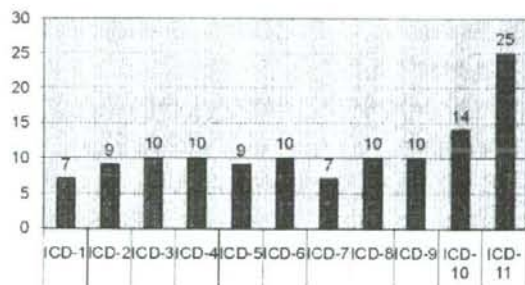


図1 ICD 改訂 (WHO 資料)

されることとなっている<sup>7)</sup>。

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3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 (これについては後述する)。

### 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

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 Ritchie (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<sup>8)</sup>。以下に3回のこ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、医学的状态、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、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。

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Saraceno部長ほか8名のスタッフであった。まず、ICD全般の改訂過程に関して、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とは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には包含されているが、DSM-IVには包含されていない障害が25(F06.5 器質性解離性障害など)、そして、DSMには包含されているが、ICD-10には包含されていない障害が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。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を報告し、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)は、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。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。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主張した。「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、特に発達途上国においては重症例の発見が遅れたり、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Mellsoop教授(オークランド大学)、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、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(Krueger,<sup>2)</sup> Hicks, et al.<sup>1)</sup>, Krueger, et al.<sup>3)</sup>, Markon & Krueger<sup>5)</sup>, Krueger, et al.<sup>4)</sup>参照)。

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「精神病的障害」

座長)は、現在の分類体系における精神病的障害(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。精神病的障害のエビデンスは、生物学的マーカー、環境因及び遺伝的影響、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、現在精神病的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、共通の環境的危険因子、認知的及び感情的な過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及び非精神病的な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が、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。

#### 4. グローバルな科学的協力ネットワーク・グループについて

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イト・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改訂に有益な情報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6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ダガスカル、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（北京大學）、Okasha教授（アインシャムス大学）、Gaebel教授（ハイネリッヒ・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）、Mellsoop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25名の委員が選任されている。また、第161回米国精神医学会総会中の2008年5月3日にこの第2回会議が開催され、今後の活動方針がより具体化された。

この第1回グローバルな科学的協力グループ会議の前の2008年2月20、21日に、飯森眞喜雄、岡崎祐士先生（都立松沢病院院長）及びSartorius教授を会長として、厚生労働省及び日本精神神経学会の後援を得て、「国際シンポジウム、精神科診断と分類の最前線、ICD-11に向けて」が開催された。WHOもこのシンポジウムの重要性

を理解し、上記の Üstün 専門官や精神保健及び薬物乱用部の Saxena 専門官も参加し、また、米国精神医学会 DSM-V 実行委員会からも Narrow 教授が参加した。

### 5. 国内の動向

一方、国内の動向としては、厚生労働省 ICD 室が中心となり、社会保障審議会統計分科会、疾病、傷害及び死因分類専門委員会の第 1 回会合が 2006 年 7 月 28 日に開催され、我が国としても ICD 改訂に積極的に関わっていくことが決定され、この会合を年 2 回開催し情報の共有をしていくこととされた（社会保障審議会統計分科会、疾病、傷害及び死因分類専門委員会の専門委員としては飯森眞喜雄が厚生労働省より選任されている）。

日本精神神経学会も、2006 年 12 月より国際委員会の中に ICD-11 委員会を組織し、さらに日本精神科診断学会と協力し各分野の専門家からなる委員会を立ち上げ、ICD-11 が我が国の臨床や研究の現場に則したものとなるように現在活発に活動している。

### 6. まとめ

以上のように、2015 年の ICD-11 の導入に向け WHO 及び国内の委員会が活動を開始している。今回の改訂の特徴としては、Üstün 専門官が強調しているように、IT を活用した改訂になる模様である。しかし、ICD は言わば共通言語体系 (Lingua Franca) であり、各国や各文化圏で使用されていくためには多くの意見や科学的エビデンスに基づいて作成されていくべきであることは言うまでもない。そのために、AG やグローバルな科学的協力ネットワーク・グループのように円卓会議を開催し大きな方向性を決定していくことの重要性も決してなくなったわけではないと思われる。

最後に、国内でも日本精神神経学会と日本精神科診断学会による ICD-11 委員会、及び厚生労働

省によるこころの科学事業の「国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究」班を中心として ICD-11 に対する国内の意見をとりまとめる作業が開始されている。その作業のひとつとして、下記のウェブ・サイトを用いて国内の ICD-11 への意見を蓄積するものがあり、皆様から ICD 改訂に向けて有益なご意見を頂くことをお願いしたい。

<http://www.icd11.mental.com>

### 文 献

- 1) Hicks, B. M., Krueger, R. F., Iacono, W. G., et al.: Family transmission and heritability of externalizing disorders: a twin-family study. *Arch Gen Psychiatry*, 61: 922-928, 2004
- 2) Krueger, R. F.: The structure of common mental disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 56: 921-926, 1999
- 3) Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., et al.: Externalizing psychopathology in adulthood: a dimensional-spectrum conceptualization and its implications for DSM-V. *J Abnorm Psychol*, 114, 537-550, 2005
- 4) Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., et al.: Linking antisocial behavior, substance use, and personality: an integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. *J Abnorm Psychol*, 116: 645-666, 2007
- 5) Markon, K. E., Krueger, R. F.: Categorical and continuous models of liability to externalizing disorders: a direct comparison in NESARC. *Arch Gen Psychiatry*, 62: 1352-1359, 2005
- 6) World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. World Health Organization, Geneva, 1992
- 7) World Health Organization: ICD Update and Revision Platform. <http://extranet.who.int/icdrevison/nr/login.aspx?ReturnUrl=%2fcdrevision%2fDefault.aspx> [10 Sep 2008 Cited]
- 8) World Health Organization: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/) [10 Sep 2008 Cited]



## 特集 精神科診断と分類について—ICD-11の課題—

## ICD-11作成に向けて\*

● 丸田敏雅\*\*/松本ちひろ\*\*/飯森眞喜雄\*\*

Key Words: ICD-11, classification, externalizing disorder, internalizing disorder

## はじめに

世界保健機関(WHO)が、第10回国際疾病分類(ICD-10)<sup>1)</sup>を刊行してからすでに20年近くが過ぎ、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。

## 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、おおむね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。しかし、すでにその登場から19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)の下、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、稀な疾患および内科の5つの分野別専門委員会(Topical Advisory Group; TAG)が設置されている。これらのほか、「母子の保健、周産期」、「眼科」および「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ICD、国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF)および作成中の医療行為の分類(International Classification of Health Interventions; ICHI)の3つの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ときよりも高いと指摘している。さらに、ICD-11草案は、さまざまな意見を盛り込みよりよい分類とするため“Hi-Ki”と命名されたウイ

\* Toward the ICD-11—Current activities.

\*\* Toshimasa MARUTA, M.D., Ph.D., Chihiro MATSUMOTO, M.A. &amp; Makio IIMORI, M.D., Ph.D.: 東京医科大学精神医学講座[〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-7-1]; Department of Psychiatry, Tokyo Medical University, Tokyo 160-0023, Japan.

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<sup>2)</sup>。

精神部門は、WHOの精神保健およ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(これについては後述する)。

### 「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」の動向

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、および各文化圏およ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 Ritchie(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)および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 Blickle-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)および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1~3回目までの会議要旨はweb siteで公表されている<sup>3)</sup>。以下に4回目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教育およびトレーニングでのツールとしての使用、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、危険因子およ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、危険因子およ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、危険因子および保護的因子については、精神およ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および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)およ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。

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1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Saraceno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)、症候群および他の用語に関する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精神保健および薬物乱用部)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には包含されているが、DSM-IVには包含されていない障害が25(F06.5器質性解離性障害など)、そして、DSM-IVには包含されているが、ICD-10には包含されていない障害が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、ここでは、閾値下の障害、合併例およ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)および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、とく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。

そのほか、各国のICD-10の使用状況について、特別招待者のMellsoop教授(オークランド大学)、丸田およびXin教授(AG委員)がそれぞれ、ニュージーランド、日本、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。ほかに、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、とくに「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およびスペクトラム」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(内在化)障害は苦痛を伴う群(たとえばうつ病、気分変調症、全般性不安障害など)と不安を主体にする群(たとえば、恐怖症やパニック障害など)から構成されている。外面化(外在化)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(外在化)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およびおそらくADHDの過活動性の要素があ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、研究や治療にかか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、環境および遺伝的影響、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、認知および感情的な要因、合併および治療反応

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、抑うつおよ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、認知および感情的な課程における本質的な類似点(たとえば、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(たとえば、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(内在化)障害には、全般的な不安障害、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および非精神病的な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づけられる障害群について、これらの障害を1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(たとえば、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、精神病性障害および内面化(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、とくに神経認知的障害の群に関しては、その限