

界や1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回会議を通じてもっとも議論されたのは、前述した内面化(内在化)障害、外面化(外在化)障害、精神病性障害およ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、次回の会議までにより多くの科学的文献を準備し継続審議することとなった。また、早期の神経学的発達、個々の精神障害にどのような影響を与えているのか、あるいは一生涯を通じて精神障害がどのような経過(とくに児童および思春期の精神障害)をたどるのかなども考慮して、分類すべきであるなどの意見も出され、これらについては今後考慮していく課題となった。また、上述した4つのコーディネート・グループに加え、疫学エビデンス・コーディネート・グループ(Epidemiological Evidence Coordination Group)も設置することが決まった。

第4回会議は、2008年12月1,2日にWHO本部で開催された。その会議の直前に、WHOより第3回会議で討議された4つの群を中心にする、neurocognitive disorders(神経認知的障害)、neurodevelopmental disorders(神経発達の障害)、psychoses(精神病群)、emotional disorders(感情障害)およびexternalizing disorders[外面化(外在化)障害]の5つのlarge groupingを基本にフィールド・トライアルを行うことが通知された。第1日目の冒頭に、Goldberg教授は、これら5つの群に関して総説した上で、ICD-10ではあまりにも多くの章がありすぎる、実際の診療ではNOS(特定不能)が多用されているのでこれらに関して解決策を提案する必要がある。上記の5つの群に関しては、とくにemotional disorderにおいては、回避性パーソナリティ障害やBPDなどをこれに含めるようなevidenceはなく、externalizing disordersにおいてもADHDやBPDをこれらに含めるevidenceがない、また、身体機能の障害を含める群がないなどの問題があると指摘した。

その後、今後どのような手段をとればこれら5つのlarge groupingに関してフィールド・トライアルが可能であるのかに関し、低および中所得国、世界精神医学会、世界家庭医機関、グロー

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

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

### 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ート・グループは、ICD改訂において世界中の科学者から意見を求め、それらをAGに提供しICD改訂に有益な上を与える

ことを目的としている。このため、グローバルな科学的協力ネットワーク・グループ(Global Scientific Partnership Network Group; GSPN)という組織を作り活動を開始している。このグループの大きな特徴は、ICDは国際的な分類であるため、改訂への根拠になる科学的論文に関しては英文で出版されたものに限らず、各言語圏や文化圏から多くの意見を求めることにある。Sartorius教授を座長として、中核メンバーはWHOの5大公用語である英、仏、西、露、中国、アラビア語圏のほか、ドイツ語圏、ポルトガル語圏、日本、また各地域としてマダガスカル、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(北京大学)、Okasha教授(アインシャムス大学)、Gaebel教授(ハインリッヒ・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)および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、実際の利用およ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、③ICD-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、わが国から約30名の委員が選任されている。

第2回会議は、161回米回国精神医学会総会中の2008年5月3日に開催され、今後の活動方針がより具体化された。第3回会議は、ドイツ精神医学、精神療法および神経学学会総会(Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde; DGPPN)中の2008年11月24、25日にベルリンで開催され、①各言語圏および文

化圏でGSPNのメンバーを選定し、さらにGSPNを構築していく、②WHOが今後対峙する科学的問題について特別な科学的アドバイスをする、③フィールド・トライアルのデザイン、コーディネーションおよび評価を支援する、④改訂課程において、とくに属する言語圏において出版された出版物について、文献レビューを支援する、⑤ICD-10の使用で浮き彫りにされた問題点の特定に参加する、⑥WHOからの要請された診断分類やフィールド・トライアルに関するテキストの翻訳においてアドバイスや支援をする、など活動方針が確認された。また、DGPPNでは、GSPNのメンバーによるシンポジウム「On the way to the classification of mental disorders in the 11th revision of the International Classification of Diseases」が開催され、多くのドイツの精神科医が参加し、ICD改訂に関する関心の高さが伺われた。

## 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、障害および死因分類委員会の第1回会合が2006年7月28日に開催され、わが国としても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、障害および死因分類専門委員会の専門委員としては飯森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月から国際委員会の中にICD-11委員会を組織し、ICD-11がわが国の臨床や研究の現場に則したものとなるように隔月に定例会議を開催し、現在活発に活動している。

## 内面化(内在化)障害・外面化(外在化)障害について

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



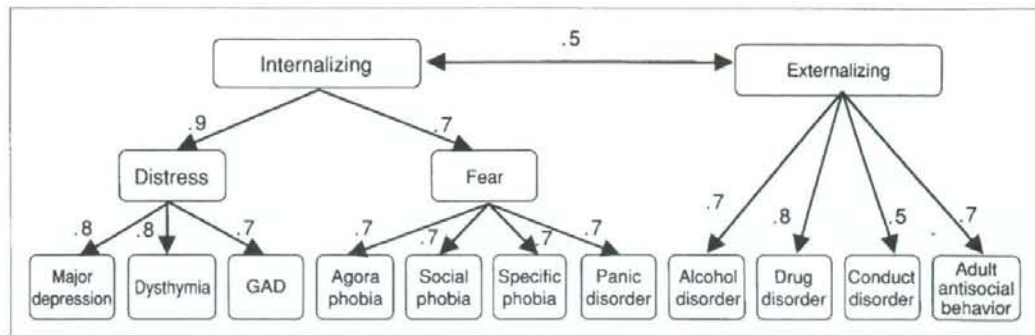


図1 Path diagram for best fitting meta-analytic model<sup>6)</sup>

### 1. 現在の分類体系

現在の診断分類体系では、個々の診断名に対し一定の診断基準を満たしていればその診断名がつくことになり、複数の診断名を受けることも少なくない。どちらかといえば診断名1つのみの単純なケースがむしろ稀であり、複数の診断名が合併している(=comorbid)ケースが非常に多い<sup>4)6)</sup>。この事実から、comorbidityは現在の診断分類体系の妥当性に警鐘を鳴らすものではないかとの見方が出てきた<sup>6)7)</sup>。

### 2. 代替モデル：内面化(内在化)・外面化(外在化)障害

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

疫学データを元に統計的手法を用い、各疾患をさまざまなモデルと照らし合わせてみたところ、図1のモデル<sup>7)</sup>が最適であることが示された。彼らによれば、調査の対象となった疾患は内面化(内在化)・外面化(外在化)障害に大別され、さらに内面化(内在化)障害の中には2つの下位因子(DistressとFear)が存在する。心理的な

側面から言うと、内面化(内在化)障害が問題を内的ないし主観的に体験される症状として表出するのに対し、外面化(外在化)障害は問題を外的世界において行動として表出させるのが特徴といえる<sup>6)</sup>。

図1に示されたモデルでは、アルコール、薬物等に伴う物質関連障害、行為障害、そして反社会的行動が外面化(外在化)障害に含まれた。一方で内面化(内在化)障害に関しては、従来気分障害および不安障害と分類されてきた診断名が多く該当した。しかし、さらに内面化(内在化)障害の下位因子であるDistressとFearをそれぞれみていくと、従来の分類と異なり、不安障害のうちGADのみがむしろうつ病をはじめとする気分障害に近いことが示されたといえる。また、これまで気分障害の一環として扱われていた双極性障害は、このモデルにおいてはどちらのグループにも属さない。

内面化(内在化)障害に分類されるものはさらにDistressとFearの2種に細分化されることが示された。図1のモデルが示された当初、Distressはanxious-miseryとの表記であったが、現在はDistress(anxious-miseryの表記もまだ少数みられる)とされている。Distressに含まれる疾患は抑うつ感、不安などの苦痛を常に感じているのが特徴であるのに対し、Fearに含まれる疾患は広場、社交的なシチュエーションなど特定の刺激に対する反応として不安および緊張状態を呈するのが特徴といえる。

### 3. 本モデルを支持するデータ

世代間で特定の疾患(うつ病、薬物依存など)

がとくによくみられることはこれまで報告されていたが、これは各疾患が個々に影響を及ぼすものではなく、内面化(内在化)・外面化(外在化)障害への傾向の伝播の影響によるものが大きいことがわかった。これは、内面化(内在化)・外面化(外在化)障害の括りの妥当性を支持するものである<sup>9)</sup>。また、上記に示されたモデルにおける傾向が長期間にわたって維持されることが示され<sup>8)10)</sup>、内面化(内在化)ないし外面化(外在化)傾向はその個人の心理過程の中核に密接したものである可能性が強調された。

#### 4. Liabilityの性質

内面化(内在化)および外面化(外在化)への傾向について、傾向自体に本質的ないし固有のカテゴリーや階級といったものはなく、むしろ連続したスペクトラムのようなものであることが示された<sup>11)</sup>。すなわち、現行の診断システムにおいて診断名がつけられているケースは内面化(内在化)ないし外面化(外在化)傾向が極度に強まった状態であり、今後内面化(内在化)・外面化(外在化)傾向についての研究を進める上で診断に至らない臨床閾値下のケースも考慮に入れて進める重要性が示唆された。

#### 5. これまでの研究に含まれていない診断名に関して

Krueger<sup>6)</sup>以降、内面化(内在化)・外面化(外在化)障害の研究に関して調査の対象となる診断名はごく限られてきた。そのため、内面化(内在化)・外面化(外在化)障害と他の疾患との関連を探る研究が近年行われている。Kramerら<sup>12)</sup>の研究では新たに摂食障害(BNのみ)、心気症、OCDと内面化(内在化)障害との関連が示されたが、相関はいずれも従来内面化(内在化)障害に区分されてきたうつ病やGADよりも緩いものであった。また、境界性人格障害(BPD)に関しても同様に内面化(内在化)・外面化(外在化)障害モデルに照らし合わせた研究が行われている<sup>13)</sup>。これによると、全体および男性に限れば外面化(外在化)傾向とanxious-misery傾向どちらもBPDに示唆されているが、対象を女性に限定するとBPDはanxious-misery傾向のみとの相関でも説明される、ジェンダーにより若干差がみられる。内面化(内在化)・外面化(外在化)障害モデルが果たしてど

の障害にまで適応できるものかは今後の課題である。

#### 6. 他のモデルとの比較

合併症としてよくみられる疾患および現象や病因として似通っている疾患を系統的に再編成・モデル化しようとする試みはこれまでに多数行われてきた<sup>14)15)</sup>。これら現在までに提示されたモデルが今回示されているモデルとどのように比較されるであろうか。1例としてはHollander(1993年)がobsessive-compulsive-related disorders (OCRD)を一連のスペクトラムとして扱っており、OCDをはじめとして身体表現性障害、解離性障害、摂食障害、BPD、反社会性人格障害に至るまでさまざまな疾患が関連づけられて示されている。また、Hudsonら<sup>16)</sup>は大うつ病、神経性大食症、パニック障害、強迫性障害、ADHD、脱力発作、偏頭痛、そして過敏性腸症候群をaffective spectrum disorderとして捉えている。

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

#### 7. 各疾患はどこまで内面化(内在化)・外面化(外在化)傾向で説明できるか

内面化(内在化)・外面化(外在化)障害に分類された疾患の中でも、どの程度内面化(内在化)・外面化(外在化)傾向がその疾患の病因にかかわっているかは疾患により異なる<sup>12)</sup>。つまりこれは、1つの疾患は、内面化(内在化)ないし外面化(外在化)傾向の要素とその疾患に特有の要素が組み



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

#### 8. 内面化(内在化)・外面化(外在化)傾向の原因

特定の疾患の組み合わせが合併症を起こしやすいことは内面化(内在化)・外面化(外在化)傾向で説明されるが、内面化(内在化)・外面化(外在化)傾向がそれぞれなぜ強く現れるのかに関しては解明されていない。ジェンダー別の研究を例にとれば、女性は内面化(内在化)傾向が強く男性は外面化(外在化)傾向が強い(結果的に女性は内面化(内在化)障害への罹患率が高く、男性は外面化(外在化)障害への罹患率が高い)ことがわかった<sup>12)</sup>が、ではなぜジェンダーによって各傾向が強くなるかは未解決である。これに関してKramer<sup>12)</sup>らは、内面化(内在化)・外面化(外在化)傾向につながるリスクファクターへの曝され方がジェンダーにより異なる可能性などをあげており、内面化(内在化)・外面化(外在化)傾向の根本的理解には一層の研究が必要であろう。

#### ICD-11に向けての論文

今後、さまざまな雑誌にICD-11に向けての論文が発表されることが予想される。今のところ、「European Psychiatry」に「ICD-11の精神障害の展開」に関するシリーズ<sup>16)~18)</sup>が掲載され始めた。このシリーズの緒言の中で、Sartorius教授はAPIREが主催した専門家会議には欧州の精神科医にも参加する機会が与えられたが、しかしながら、多くの研究者は参加することができず、このためこのシリーズを企画し、編集委員会からも同意が得られた、と述べている<sup>19)</sup>。ICD-11の作成はDSM-Vの作成とも時期を同じくしており、今後もレビューや特集が組まれるものと思われる(「Psychological Medicine」ではICD-11とDSM-

Vに関する特集が組まれる予定である)。

一方、DSM-Vに関しても、改訂に際して論文が掲載され始めている。American Journal of Psychiatryにはすでにeditorialが掲載されており<sup>20)~22)</sup>、APIREの会議に関しては現在までにパーソナリティ障害<sup>23)</sup>、認知症<sup>24)</sup>、薬物乱用<sup>25)</sup>、年齢・性に関する問題<sup>26)</sup>、dimensional分類に関する考察<sup>27)</sup>等、項目ごとに会議で報告された内容が出版されており、今後も定期的に出版される予定である。

#### おわりに

以上のように、2015年のICD-11の導入に向け世界保健機関(WHO)および国内の委員会が活動を開始している。第4回AG会議で、neurocognitive disorders(神経認知的障害)、neurodevelopmental disorders(神経発達の障害)、psychoses(精神病群)、emotional disorders(感情障害)およびexternalizing disorders[外面化(外在化)障害]の5つの群を中心にして、ICD-11 draftの骨子を作成し、これらの妥当性についてフィールド・トライアルを施行するところまでたどり着いた。今後、WHOはGSPNやその他のネットワークを用いて作業を開始すると思われる。わが国からも、精神科医はもちろんのこと看護師、ソーシャル・ワーカーなどの幅広い方々のご協力を仰ぐことになると思われる。

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、およ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。その作業の一つとして、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

- 1) World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Geneva: World Health Organization; 1992.

- 2) World Health Organization. ICD Update and Revision Platform [cited 2008 Dec 24]. Available from : URL : <http://extranet.who.int/icdrevisio/nr/login.aspx?ReturnUrl=%2fidrevision%2fDefault.aspx>.
- 3) World Health Organization. Mental Health Evidence and Research (MER) [cited 2008 Dec 24]. Available from : URL : [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/).
- 4) Clark LA, Watson D. Diagnosis and classification of psychopathology : challenges to the current system and future directions. *Annu Rev Psychol* 1995 ; 46 : 121-53.
- 5) Wittchen HU. Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders. *Br J Psychiatry Suppl* 1996 ; 30 : 9-16.
- 6) Krueger RF. The structure of common mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1999 ; 56 : 921-6.
- 7) Krueger RF, Markon KE. Reinterpreting comorbidity : a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol* 2006 ; 2 : 111-33.
- 8) Vollebergh WA, Iedema J, Bijl RV, et al. The structure and stability of common mental disorders : the NEMESIS study. *Arch Gen Psychiatry* 2001 ; 58 : 597-603.
- 9) Hicks BM, Krueger RF, Iacono WG, et al. Family transmission and heritability of externalizing disorders : a twin-family study. *Arch Gen Psychiatry* 2004 ; 61 : 922-8.
- 10) Krueger RF, Caspi A, Moffitt TE, et al. The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R) : a longitudinal-epidemiological study. *J Abnorm Psychol* 1998 ; 107 : 216-27.
- 11) Markon KE, Krueger RF. Categorical and continuous models of liability to externalizing disorders : a direct comparison in NESARC. *Arch Gen Psychiatry* 2005 ; 62 : 1352-9.
- 12) Kramer MD, Krueger RF, Hicks BM. The role of internalizing and externalizing liability factors in accounting for gender differences in the prevalence of common psychopathological syndromes. *Psychol Med* 2008 ; 38 : 51-61.
- 13) James LM, Taylor J. Revisiting the structure of mental disorders : borderline personality disorder and the internalizing/externalizing spectra. *Br J Clin Psychol* 2008 ; 47 : 361-80.
- 14) Hollander E. *Obsessive-Compulsive Disorders*. Arlington, VA : American Psychiatric Press, Inc ; 1993.
- 15) Hudson JI, Mangweth B, Pope HG, et al. Family study of affective spectrum disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003 ; 60 : 170-7.
- 16) Gask L, Klinkman M, Fortes S, et al. Capturing complexity : the case for a new classification system for mental disorders in primary care. *Eur Psychiatry* 2008 ; 23 : 469-76.
- 17) Lindsay J. Prospects for the classification of mental disorders of the elderly. *Eur Psychiatry* 2008 ; 23 : 477-80.
- 18) Schmidt MH, Sinzig J. Prospects for the classification of mental disorders of children and adolescents. *Eur Psychiatry* 2008 ; 23 : 481-5.
- 19) Sartorius N. A new series of articles in *European Psychiatry* dealing with the development of the classification of mental disorders in the 11th revision of the ICD. Preface. *Eur Psychiatry* 2008 ; 23 : 468.
- 20) First MB, Frances A. Issues for DSM-V : unintended consequences of small changes : the case of paraphilias. *Am J Psychiatry* 2008 ; 165 : 1240-1.
- 21) Maj M. Depression, bereavement, and "understandable" intense sadness : should the DSM-IV approach be revised? *Am J Psychiatry* 2008 ; 165 : 1373-5.
- 22) Oquendo M, Baca-Garcia E, Mann JJ, et al. Issues for DSM-V : suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. *Am J Psychiatry* 2008 ; 165 : 1383-4.
- 23) Widiger TA, Simonsen E, Sirovatka PJ, et al, editors. *Dimensional models of Personality Disorders : Refining the Research Agenda for DSM-V*. Arlington, VA : American Psychiatric Association ; 2006.
- 24) Sunderland T, Jeste DV, Baiyewu O, et al, editors. *Diagnostic Issues in Dementia : Advancing the Research Agenda for DSM-V*. Arlington, VA : Ameri-

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

\* \* \*



# 病名をどう告げるか

*The intervention and notification of the schizophrenia*

一ノ瀬仁志\*<sup>1</sup> / 中根 秀之\*<sup>2</sup>

Hitoshi Ichinose Hideyuki Nakane

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科医療科学専攻展開医療科学講座精神神経科学\*<sup>1</sup>

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科医療科学専攻展開医療科学講座精神神経科学准教授\*<sup>2</sup>

## 要約

近年、癌をはじめとしたいくつかの慢性疾患における告知について論じられている。統合失調症については、2002年に呼称が変更され、病名告知がなされるようになってきており、病名の告知をするうえで考慮すべき医療者、患者、家族、環境の要因が想定される。告知は、ただ事実をありのままに伝えるだけではその後の治療関係にもよい影響をもたらさない場合もある。病名を含めた精神障害の知識について、患者および家族に伝える技術を学ぶ必要がある。インフォームドコンセントのあり方の1つの試みとして shared decision making というアプローチがあり、今後精神科分野への導入が期待されている。最近では、早期介入への期待や精神障害の予防という観点から、閾値下の精神障害についても介入が期待されている。告知は病名に限られたものではなく、広い範囲の精神医学的知識・情報を提供するものと考えられ、患者のニーズや臨床病期に合わせ、治療や転帰も含めて適切に説明する必要があると思われる。

**Key Words** 統合失調症、告知、早期介入、Shared decision making

## はじめに一病名変更と告知

病名の告知については、日常臨床の場面において治療を進めるうえでも重要な課題である。本来、病名告知は致命的疾患や慢性疾患で論じられることが多い。実際、緩和医療の現場ではがんの告知の方法について、その技術を身につけるよう一般身体科医師に勧め、働きかけている。

わが国においては、精神障害に対してスティグマが存在している<sup>1)</sup>。このような状況で、われわれ精神科医は、かねてより患者、家族に安心を与える一方で、悪いニュースを伝える役割も担っているのではないであろうか。それゆえに本来精神科医は、そのようなシチュエーション

に対応する知識や理解をもって臨床にあたっていると考えられる。以前の精神科治療においては、明らかな病名告知がなされない状況下にあつて、本人、家族の理解を促すように働きかけ、徐々に受容していくかたちであったものが、昨今の精神医療を取り巻く環境の変化から、適切な医療情報をそのつど伝え、治療を進めていくかたちへと変わりつつある。特に2002年8月に行われた「精神分裂病」から「統合失調症」への呼称変更に伴い、患者・家族に精神障害の情報について伝える機会が増したと感ぜられる。この変化について西村<sup>2)</sup>は、日本精神神経学会精神科医全員を対象に、2002年(変更直後)、2003年(1年後)、2004年(2年後)の3年間にわたって毎年11月中旬から3ヵ月の間に往復はがきによる自己記入式アンケート「病名告知の実態調査」の結果を報告してい



る。これによると、本人に告知する群は3年間で37%、65%、70%と漸増し、告知しないと群は、変更直後は44%であったのに対し、1年後に21%、2年後に15%に減少した。統合失調症は精神科医の間ではほぼ9割普及し、精神分裂病やその他の病名を併用することなく単独で使用できる病名となった。また7割の医師が本人への病名告知を行うようになっており、年齢の若い医師が積極的であった。

筆者は、世界保健機関(World Health Organization; WHO)や、東京で開催された精神医学的診断分類に関する国際会議およびシンポジウムに参加する機会を得た。そこでは日本における統合失調症をはじめとした精神障害病名の変更が、国際的にみても1つのトピックとなっていた。名称の変更という表面的な変化だけではなく、スティグマの軽減という効果などからも、その精神障害のコンセプトや疾患に対する枠組みが変わることが示されたわが国の取り組みは国際的に評価されており、今後の精神科診断の改訂に大きな役割を果たすことも期待される。



## 病名の告知をするうえで

癌の告知においては、いくつかの危機モデルをもとにHollandら<sup>3)</sup>が、第1期:初期反応期(1週間以内)、第2期:苦悩不安の時期(1~2週間)、第3期:適応の時期(2週間以後1ヵ月~ときには3ヵ月)と3期に分けて説明している。統合失調症に関する病名の告知についても、その事実や行為にある種暴力的な側面を伴うことがある。これらを考えあわせ、精神科における告知においても衝撃をできるだけ和らげ、精神科治療を進めていくことが必要であろう。告知をするうえで考慮すべき要因についての試みとして、表1に示す。

病名の告知をするうえで考慮すべきいくつかの要因が想定される。まず、精神科医の抱える要因としては、以下の事柄が重要と考えられる。精神医学診断については、その技術と正確さが要求されるであろう。どのような診断システムを使用するかによっても、告知の時期や内容に違いが現れるかもしれない。DSM(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)システムで診断

する場合、ICD(International Classification of Disease and Related Health Problems)システムで診断する場合、conventionalな診断システムを用いる場合、それぞれ「統合失調症」という診断名のもつ意味合いも違うと考えられる。操作的診断基準を使用する際には、症状とその持続期間が意味をもってくる。たとえば、DSM-IV-TR<sup>4)</sup>による統合失調症の診断基準では、A. 特徴的症状(妄想、幻覚、解体した会話、ひどく解体したまたは緊張病性の行動、陰性症状)のうち2つ(またはそれ以上)、その各々は、1ヵ月の期間(治療が成功した場合はより短い)ほとんどいつも存在し、また障害の持続的な徴候が少なくとも6ヵ月間存在する必要がある。ICD-10DCR<sup>5)</sup>においては、その持続期間が1ヵ月とされている。短期精神病性障害の診断基準では、精神病症状(幻覚、妄想などの症状)の期間が1ヵ月未満となっている。同様にICDシステムによる急性一過性精神病性障害の診断基準は、持続期間が2週間となっている。このようにDSMシステムもしくはICDシステムによる正確な診断を行うには、症状の持続期間は重要である。しかし、われわれ精神科医は、日常の精神科臨床の際に、多くの場合観察すべき持続期間を経なくとも、精神科臨床診断を頭に思い描きながら、すでに治療にあたっているという事実もある。

精神医学に関する情報も日々進歩している。特に、生

表1. 告知にあたり考慮すべき要因

精神科医の抱える要因
精神医学的診断の正確さ(DSMシステム, ICDシステム, Conventional)
精神医学に関する知識の適切な提供(古典的情報から新しい情報まで)
精神科治療の進め方
患者の抱える要因
患者の精神医学的知識(スティグマ)
患者の受容度(パーソナリティ, 精神状態)
患者のニーズ
家族の抱える要因
家族の精神医学的知識(スティグマ)
家族の受容度(パーソナリティ, 患者との関係, 家族構成)
家族のニーズ
環境要因
場所(診察室の構造)
時間

物学的精神医学分野における研究の展開は著しい。これに対し、古典的な精神医学の情報についての再評価もなされるため、精神科医は多くの情報を把握し、理解に努めるべきであろう。そのうえで、患者や家族に適切な情報提供を進める必要がある。これらは単なる情報の提供ではなく、治療戦略を考え、有効で有益な精神科治療を進めるうえで重要な位置づけと考える。

患者の抱える要因としては、患者自身のもつ精神医学的知識と理解について注意を払うべきであろう。迷信や誤解、スティグマをもっていることもあり、まず患者自身の知識・理解について評価し、それらの改善に努めるべきであろう。スティグマは受容を妨げ、治療への導入にもバリアとなることが考えられる。患者自身のパーソナリティや精神症状や状態についても同様で、緻密な観察を継続することが必要である。患者が、何を期待し求めているかもまた重要である。病名や精神状態について知りたくないという権利も守られるべきであろう。

家族の抱える問題も、パーソナリティやスティグマといった患者自身の抱える要因と近い部分もあるが、一方で家族構成や患者との関係なども重要であろう。家族のニーズも知り、患者のニーズとのギャップも含めて評価すべきであろう。医療者に委ねたいと考える場合もあり、治療への参加を促すことも必要な場合がある。

また環境要因については、日常診療において制限はあるかもしれないが、どのような状況で告知を行うかという点から診察室の構造や診療の時間帯を考えるべきであろう。診断を告げられる際には、多くの患者において緊張が頂点に達しており、大きな衝撃=ストレス負荷となることが予想されるため、プライバシーを保つことができる静かな環境で、ある程度の時間の余裕は必要である。

## 2 病名告知の方法

### 1. Shared decision making

ただ事実をありのままに伝えるだけでは、その後の治療関係にもよい影響をもたらさない場合もある。病名を含めた精神障害の知識について、患者および家族に説明する技術を学ぶ必要がある。ただ伝えるのではなく、どのように伝えていくのかが問われていると思う。

インフォームドコンセントのあり方についても今一度見直す必要があると思われる。その1つの試みとして、shared decision making というアプローチがある。近年、informed decision making を補完する概念として提唱されている。これは、①治療者と患者がともに意思決定に関与する、②両者が情報を共有する、③両者が患者にとって望ましい治療法についてコンセンサスを得るために何らかの手段を講じる、といった意思決定モデル<sup>9)</sup>である。Shared decision making を行ううえで、患者のニーズを把握して情報提供し、患者の情報の理解を確認し、患者個人の価値観や心理社会的背景を考慮して意思決定する必要がある。医療者-患者関係において指摘されるバリアとしては、日常診療の時間的制限、医学的知識は専門性が高く患者が理解しにくいこと、治療へのモチベーションについても患者個人で差があり、最終的な決定を医師に委ねたいと考える場合もあること、などであろう。これらの問題を解決するために、意思決定支援ツールなども痛や変形性関節症ではすでに開発されている。精神科においても、このような意思決定モデルを導入する動きがみられている。Hamannら<sup>7)</sup>が、Shared decision making のモデルを、古典的医学モデル(Paternalistic model)やInformed choiceと比較して表に示している(表2)。さらに、精神科におけるshared decision makingでは、健康のアウトカムと同様に患者の満足に対して有効に作用することを指摘している<sup>8)</sup>。

### 2. 告知の実践

では、臨床の場において、患者を前にしてどのように伝えればよいのであろうか。最近の研究により、初発精神病(first episode psychosis; FEP)では、早期に病期特異的治療を行うことで良好な転帰を得ることが示唆されている。発病前の前駆期においても機能障害が認められれば、確定診断が可能となる以前より治療が必要であろう。これら早期介入に関しては、デンマークで行われた大規模なOPUS研究<sup>10)</sup>が知られている。その結果、早期統合失調症患者に対しACT(Assertive Community Treatment)モデルに基づく統合的治療を行うことで、転帰を改善させることができると示唆された。さらに精神病未治療期間(duration untreated period; DUP)の短縮が治療予後や社会機能の転帰の改善に関連している<sup>10)</sup>こ



表2. Shared decision making のモデル

	古典的医学モデル (Paternalistic model)	Shared decision making	Informed choice
医師の役割	能動的：患者に選択された報告，患者にとって最もよいと思われる治療選択	能動的：患者にすべての情報と治療の可能性，選択に際し勧めることができる。患者とともに治療の決定	受動的：患者にすべての情報と治療の可能性，推挙は控え，決定には参加しない
患者の役割	受動的：医師の勧めを受け入れる，回復に協力することが義務付けられる	能動的：すべての情報を受け入れる，治療選択についてリスクとベネフィットを自分自身で判断する，医師と優先について話し合う，医師とともに治療の決定	能動的：すべての情報を受け入れる，患者自身が判断する，医師の意見によって左右されない自由な選択，患者単独による治療選択
情報の流れ	片方向 患者→医師	双方向 患者↔医師	片方向 患者→医師
意思決定の責任	医師の誤り，間違った決定で訴えられるというリスクは高い	医師と患者の誤り	患者の誤り，間違った決定で訴えられるというリスクは低い

(文献7)より改変，引用)

とが報告されている。統合失調症の知識や理解を深めることにより，早期に介入し，治療を進めていくことで，その転帰を改善することができるわけである。その際の病名をはじめとした告知は，治療への導入にあたり欠かせない。中安<sup>11)</sup>は，初期統合失調症に関する告知について以下のように述べている。「患者には，種々の病的体験は患者の与り知らぬ疾患によるものであると伝える。病名については『神経過敏症という脳の病気である』と述べるのを常とするが(この“神経過敏症”という病名は体験の内実に適ったものであり，意外にすんなりと理解されることが多い)，患者の表出にくすみが強くと，疲弊が感じられる場合には『そして今は神経過敏が長く続いた結果，神経衰弱状態に陥っている』と付け加える」。

初期統合失調症とFEPでは同一の概念とはいえないため，そのまま使用することはできないと思われるが，簡潔にまとめられており，言葉の使い方，表現の方法など早期介入においても活用することができるのではないだろうか。FEPに関しては，幻覚や自殺企図歴がその後の自殺企図に関連することもOPUS研究<sup>12)</sup>を通して知られており，より慎重な告知を必要とするであろう。また茅野<sup>13)</sup>は，「むやみな告知はしてはならず，患者の精神状態や生活状況を十分に考慮することが大切である。告知を急ぐ必要はなく，治療関係の構築に努めた上で，その患者ごとに告知に伴う利点と欠点を治療の中で

十分に検討し，利点が上回る場合，慎重に告知をするべきであろう。『統合失調症』という病名告知が不適当な場合でも状態説明は欠かせない。前述の通り，不安や緊張，または不眠，抑うつなど，患者が自覚しやすい症状を取り上げ，病気であることを説明し，治療へ導入する」と述べ，配慮のない告知については戒め，必ずしも病名の告知を目的とせず，治療に繋ぐことを勧めている。

このように，告知は病名に限られたものではなく，広い範囲の精神医学的知識・情報を提供していくものと考えられ，治療や転帰について説明する必要があると思われる。治療については，薬物療法のみならず，精神療法，社会復帰プログラムなどの有効性について急性期，慢性期といったそれぞれの臨床病期に合わせた説明が必要である。短期的に加え，長期的な治療目標を提示することで，患者・家族の感じる不安や苦痛を和らげることができるであろう。長期的転帰については，個人差が大きいためその後の状態を慎重にみていく必要があると思われるが，約3分の1は重症化する症例もあるものの，3分の1はよい転帰を辿ることも知られている<sup>14)</sup>。また転帰により影響を与える因子<sup>15)</sup>について，先に述べたDUP以外にも知られている。急性発症，緊張病症状，精神運動興奮症状，共感的性格，発症前社会適応良好などについて付け加えて説明することで，患者・家族の心配や苦痛を和らげることができるかもしれない。よりよい転帰

● 文 献 ●

のためにも、長期的に1人の主治医が担当していくことが望ましい。しかし、大学病院などでは継続が難しいことも多いため、治療の責任や継続性についての保証をする必要があるであろう。

薬物療法については、短期的転帰を改善させるといわれている。現在、第2世代抗精神病薬が主流になりつつあり、再発率の低下が示唆されている。長期服用におけるアドヒアランスの向上が指摘されているため、有効性のみならず、副作用についての情報はできるだけ正確に伝え、患者や家族の理解を深める必要がある。精神科治療については、薬物療法をはじめ、精神療法、社会復帰プログラムなどのさまざまな治療法があることを説明し、その有効性を伝える。長期にわたる治療が予想され経済的負担も大きくなるため、利用できる社会的リソースについても伝えることが重要である。これらをすべて一度に説明することはありえない。Mcgorryら<sup>10)</sup>は、clinical stage という概念で、精神病や感情障害についてstage分類を行い、その介入についても述べている。患者のニーズや臨床病期に合わせて、治療の過程で提供していくべきであろう。

## おわりに

最近の知見で、早期介入への期待や精神障害の予防という意味からも、閾値下の精神障害に関する診断や介入が検討されている。しかし、閾値下精神障害の顕在化については、まだ明らかでないこともあり、さらに倫理的問題も含むため今後議論を進めていく必要があるであろう。われわれ精神科医は、精神障害予防という観点ももって、適切な精神保健の知識に関する啓発活動を行っていくべきであろうし、告知の技術を磨くことも必須といえるであろう。

統合失調症をはじめとした精神障害に関する告知については、正しい方法などはおそらく日常臨床場においては存在しないのかもしれないが、本稿が病名を含めた精神医学に関する知識を患者・家族に伝える際の一助になれば幸いである。

- 1) 半澤節子, 中根允文, 吉岡久美子, 他: 精神障害者に対するスティグマと社会的距離に関する研究-統合失調症事例についての調査研究から(第一報)-。日社精医学会誌 16: 113-124, 2007
- 2) 西村由貴: 呼称変更で病名告知の実態は変わったか? 3年間の追跡結果。精神誌 108: 50-56, 2006
- 3) Holland JC, Rowland JH: Handbook of Psycho-oncology; psychological care of the Patient With Cancer. New York, Oxford University Press, 273-282, 1990
- 4) 高橋三郎, 大野 裕, 柴俊俊 訳: DSM-IV-TR-精神疾患の分類と診断の手引。東京, 医学書院, 2003
- 5) 中根允文, 岡崎祐士, 藤原妙子, 他 訳: ICD-10精神および行動の障害-DCR研究用診断基準(新訂版)。東京, 医学書院, 2008
- 6) 酒井未知: インフォームド・コンセントにおける情報共有-Shared Decision Makingの実現に向けた課題-。臨看 32: 1070-1073, 2006
- 7) Hamann J, Leucht S, Kissling W: Shared decision making in psychiatry. Acta Psychiatr Scand 107: 403-409, 2003
- 8) Hamann J, Langer B, Winkler V, et al: Shared decision making for in-patients with schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 114: 265-273, 2006
- 9) Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, et al: Integrated treatment of first-episode psychosis; effect of treatment on family burden; OPUS trial. Br J Psychiatry Suppl 48: s85-s90, 2005
- 10) Yamazawa R, Mizuno M, Nemoto T, et al: Duration of untreated psychosis and pathways to psychiatric services in first episode schizophrenia. Psychiatry Clin Neurosci 58: 76-81, 2004
- 11) 中安信夫: 初期統合失調症。精神科治療 20(増刊号): 118-119, 2005
- 12) Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, et al: Suicidal behaviour and mortality in first-episode psychosis; the OPUS trial. Br J Psychiatry Suppl 51: s140-s146, 2007
- 13) 茅野 分: 統合失調症-治療導入期における説明-。精神臨床サービス 5: 464-466, 2005
- 14) Nakane Y, Takada K, Yoshitake K, et al: Part III. The Centers-Section III. B Determinants of Outcome of Severe Mental Disorder (DOSMeD)-15. Nagasaki, Japan. in Recovery from Schizophrenia; an international perspective. A report from the WHO collaborative project, the international study of schizophrenia, ed by Hopper K, Harrison G, Janca A, et al. New York, Oxford University Press, 164-176, 2007
- 15) 岩館敏晴: 臨床経過・予後-I。精神分裂病の経過。臨床精神医学講座第3巻 精神分裂病II, 松下正明, 浅井昌弘, 牛島定信, 他 編。東京, 中山書店, 333-349, 1997
- 16) McGorry PD, Purcell R, Hickie IB, et al: Clinical staging; a heuristic model for psychiatry and youth mental health. Med J Aust 187(Suppl.7): S40-S42, 2007



## 特集 精神科診断と分類について—ICD-11の課題—

### DSMとICD\*

#### —わが国における精神科診断システムの運用状況—

● 岩永洋一<sup>1)</sup> / 中根秀之<sup>2)</sup> / 中根允文<sup>3)4)</sup>

**Key Words :** ICD, DSM, diagnosis, classification system

#### はじめに

ICD-11への課題と題した今回の特集において、本稿では以下の点を検討する。まず、DSMおよびICDといった2つの国際的な疾患分類と診断基準の歴史とその特徴を要約する。次に、現在の精神科臨床および精神医学研究の場面で、実際にこれら2つのシステムがどの程度活用されているかについて言及する。最後に、長崎大学医学部・歯学部附属病院の精神科神経科外来においてICD-10病名がどのように利用されているかのデータを呈示して、若干の考察を加える。

#### DSMとICDの歴史とその特徴

ICD [International Classification of Disease, Injuries and Causes of Death, 「疾病、傷害及び死因分類」(厚生労働省による慣用呼称)] システムの成立は、1900年までさかのぼることができる。パリで開催された第1回国際死因分類会議は国際死因分類 (International Classification of Causes of Death) を採択するとともに、以後10年に1回修正して更新していくことも決定し、1946年には所轄を世界保健機関 (World Health Organization ; WHO) に移

行することとし、それに伴って国際的な死因分類から多少でも臨床活用可能なものへと基本性格が変わっていった。すなわち、ICDの第5改訂版であるICD-5(1938年)までは精神障害は独立した章として認められず、第二次世界大戦後の1948年にスタートしたICD-6から精神障害が独立した1章となり、以後徐々に内容の充実が図られた<sup>1)</sup>。

一方、米国精神医学会 (American Psychiatric Association ; APA) は独自の発想から1952年にDSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) システムをスタートさせたが、ICDが死因統計を基盤にしていたことは別の理由、つまり病名呼称の病因的背景の違和感から、実際の臨床に広く受け入れられるには至らなかった。その後も、英国の精神科医であるStengelが「信頼性のある臨床診断を推進するためには、明確な操作的定義が必要である」と指摘したものの、これら分類システムの改訂には取り入れられなかった<sup>2)</sup>。

1980年に発表されたDSM-IIIは、ほとんどの疾患に明確な診断基準を設定し、多軸診断法を導入するなどしたことから、多くの諸国における精神科診断学に画期的な影響を及ぼした。DSMは、その後も多くの実証データを収集しながら改訂を重ね、DSM-III-R(1987年)、DSM-IV

\* Currently use of psychiatric classification systems in Japan.

<sup>1)</sup> Youichi IWANAGA, M.D.: 長崎大学医学部・歯学部附属病院精神神経科 [〒852-8501 長崎県長崎市坂本1-7-1]; Department of Neuropsychiatry, Nagasaki University Hospital Medicine and Dentistry, Nagasaki 852-8501, Japan.

<sup>2)</sup> Hideyuki NAKANE, M.D., Ph.D.: 長崎大学大学院医歯薬総合研究科医療学専攻展開医療科学講座精神神経科学; Department of Neuropsychiatry, Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki, Japan.

<sup>3)</sup> Yoshibumi NAKANE, M.D., Ph.D.: 出島診療所; Chief, Dejima Mental Clinic, Nagasaki, Japan.

<sup>4)</sup> 兼 長崎大学名誉教授; Professor Emeritus, Nagasaki University, Nagasaki, Japan.

(1994年),そして現在使用されているDSM-IV-TR(2002年)に至っている。DSM-IV-TRは日本語版では、「精神障害の診断・統計マニュアル」<sup>3)</sup>と、ミニDの愛称で呼ばれる「精神疾患の分類と診断の手引き」<sup>4)</sup>がある。「精神障害の診断・統計マニュアル」<sup>5)</sup>はB5版で850頁以上に及び、各疾患について診断的特徴、関連する検査所見、文化・年齢・性別に関する特徴、有病率、病型と経過、鑑別診断などに関する豊富なデータが盛り込まれている。対して「精神疾患の分類と診断の手引き」<sup>4)</sup>の方は診断基準ばかりを集めたもので、使用に際しては「精神障害の診断・統計マニュアル」<sup>5)</sup>を熟知しておく必要がある。

ICD-10は、国際的に衝撃をもたらしたDSM-IIIおよびその後のDSMシステムにおける展開の影響を受けながら、最新の改訂版として1990年に発表された。ICD-10には、ICD-10(F)ファミリーと称されるように、使用する者に応じたいくつかの版が精神疾患領域において作成されており、それぞれに関して翻訳された言語版もかなりの数に上っているとSartoriusは紹介している<sup>6)</sup>。使用者に応じた版としては、表紙の色にちなんでブルーブックと呼ばれる「臨床記述と診断ガイドライン(Clinical Description and Diagnostic Guideline; CDDG)」<sup>6)</sup>(1993年)と、グリーンブックと呼ばれる「研究用診断基準(Diagnostic Criteria for Research; DCR)」<sup>7)</sup>(1994年)、およびプライマリーケア医のための「プライマリーケアにおける精神疾患の診断と診療指針(Primary Care Version, ICD-10/PC)」<sup>8)</sup>などがある。「臨床記述と診断ガイドライン」<sup>6)</sup>は、主として精神科医ないし精神保健の専門家向けのもので、一般臨床のほか、教育・精神保健サービスに用いられることを目的としている。各障害についての主要な臨床像などが記述的に記載されており、その後診断ガイドラインが続く。「研究用診断基準」<sup>7)</sup>は、DSMシステムの「精神疾患の分類と診断の手引き」<sup>4)</sup>と同じように障害の項目別に診断基準が列挙してあるが、これを使用するにあたっては「臨床記述と診断ガイドライン」<sup>6)</sup>を十分に理解しておくことが勧められている。

## DSMとICDの使用状況に関するアンケート調査

### 1. 背景・調査目的

われわれは、2001年に日本国内の大学病院精神科の協力を得て「精神科診断システムの利用状況」のアンケートを行った<sup>9)</sup>。その結果、精神医学研究および同発表においては、いかなる疾患についても使用頻度でおおむね差はなく、ICDもしくはDSMを利用している機関が多かった。ただ、DSMをより使用する施設が70%を超えていた。一方、日常臨床場面では、ICDとDSMは、ともにほぼ40%程度と拮抗しており、両者を合わせると80%を超え、広く用いられていた。しかし、統合失調症や気分(感情)障害については、伝統的診断を用いる施設が約15%存在していた。

そこで、ICD-11への改訂を控えて、2008年にあらためて、前回と同様に全国の大学医学部および医科大学精神科80施設に対してアンケート調査を行い、日本国内における精神科診断分類システムの運用状況を調べることにした。

### 2. 調査対象・方法

アンケートには、統合失調症へ呼称変更した以外は2001年の調査時と同じ調査票を用いた。すなわち、臨床と研究の両分野において、統合失調症、気分(感情)障害、神経症性障害それぞれを診断する際にいかなる診断法を根拠に診断しているかという質問票である。

### 3. 調査結果および考察

調査を依頼したうち55施設から回答を得た(回答協力率:68.75%)。結果を、臨床場面および研究場面に分けて表示する(表1,2)。

両表からわかるように、DSMやICDを診断に用いているのは、臨床、研究の両分野において、おおよそ9割程度ないしそれ以上を占めていた。最低は臨床場面での神経症性障害の診断であるが、それでもDSMとICDをあわせると87.3%に達していた。また、臨床の分野では3疾患すべてにおいてICDがほぼ5割を占めているのに対して、研究の分野ではDSMが7割以上を占めているといった、臨床と研究の分野で両システムを使い分けていた。診断基準として、DSMシステムがICDに比べて日本への導入が早く、より広く



表1 臨床場面で根拠にしていた診断法

診断法	統合失調症		気分(感情)障害		神経症性障害	
ICD	29(52.7%)	89.1%	30(54.6%)	92.8%	27(49.1%)	87.3%
DSM	20(36.4%)		21(38.2%)		21(38.2%)	
伝統的診断	4(7.27%)		2(3.64%)		4(7.27%)	
ICD=伝統的診断	0		0		1(1.82%)	
DSM=伝統的診断	0		0		0	
すべて	2(3.64%)		2(3.64%)		2(3.64%)	

表2 研究場面で根拠にしていた診断法

診断法	統合失調症		気分(感情)障害		神経症性障害	
ICD	13(23.6%)	94.5%	12(21.8%)	94.5%	11(20.0%)	92.7%
DSM	39(70.9%)		40(72.7%)		40(72.7%)	
伝統的診断	2(3.64%)		2(3.64%)		2(3.64%)	
ICD=伝統的診断	0		0		1(1.82%)	
DSM=伝統的診断	1(1.82%)		1(1.82%)		1(1.82%)	
すべて	0		0		0	

普及していることが影響していると考えられ、一方で、わが国における保険診療システムがICDで運用されていることから、臨床場面での活用につながっていると考えられた。ただ、疾患群別にみると、統合失調症や気分(感情)障害では伝統的精神科診断を用いることはきわめて少ないが、神経症性障害ではなお10%近くでは利用されており、神経症性障害に関しては馴染みにくいところのあることが否定できない。

この結果を2001年のアンケート結果<sup>9)</sup>と比較すると、いずれの疾患群においても臨床の場面で伝統的精神科診断が10%以上用いられていたのが、今回は使用頻度が明らかに減少し、臨床場面における操作的診断基準のさらなる普及がみと取れる。

要約すると、国内の精神科臨床および精神医学研究において、DSMやICDといった精神疾患分類および診断システムの使用は9割に達しており、十分に日本において普及しているということが言える。

## 長崎大学医学部・歯学部附属病院精神科 神経科外来における病名利用調査

### 1. 背景・調査目的

長崎大学医学部・歯学部附属病院精神科神経科(以下当科)外来におけるICD-10精神医学診断(4桁)の利用状況について調査を行った。これは、

ICD-10(F)の国内導入に積極的役割を果たしてきた施設の一つとして、現にICD-10(F)の臨床場面における利用可能性や妥当性を明らかにするためである。当科は、長崎地域における基幹病院であり、より高度の医療の提供が期待される一方、総合病院精神科としての機能をもっている。調査時点(後記を参照)では、外来担当精神科医は延べ14人であり、その平均年齢は37.6±6.2歳、また平均臨床経験年数は10±5.9年であった。当科外来には、一般外来のほか、児童思春期外来、ジェンダークリニック、コンサルテーション・リエゾン精神医学などの専門外来を設置している。

### 2. 調査対象・方法

調査対象期間は2008年1月1日から同年9月30日までの9カ月間に当科外来を受診した外来通院患者(新来患者および再来患者を含む)1,604名である。各担当医がICD-10(F)4桁までの精神疾患診断名について確認作業を行った。今回は、いわゆるcomorbidityについての検討は除外して、主診断のみを解析の対象とした。

### 3. 調査結果・考察

解析対象は、てんかんやナルコレプシーなどといったICD-10(F)に含まれる患者および診断がまだ確定していない患者などを除く1,004名である。性別構成と平均年齢は、男性・女性それぞれ453名(45.68±18.68歳)、551名(47.07±

表3 ICD-10(F)疾患名で25名以上に使用されていたもの

	男性	女性	総数
F20.0 妄想型統合失調症	71	77	148
F43.2 適応障害	45	56	101
F31.7 双極性感情障害, 現在寛解状態にあるもの	18	28	46
F32.1 中等症うつ病エピソード	14	29	43
F64.0 性転換症	12	24	36
F32.0 軽症うつ病エピソード	9	21	30
F20.5 残遺[型]統合失調症	17	12	29
F41.0 パニック障害(エピソード[挿入]性発作性不安)	16	13	29
F20.1 破瓜型統合失調症	11	17	28
F33.4 反復性うつ病性障害, 現在寛解状態にあるもの	12	15	27
F34.1 気分変調症	10	16	26
F41.1 全般性不安障害	11	15	26
F51.0 非器質性不眠症	12	14	26
F84.5 アスペルガー症候群	16	9	25

19.21歳)であった。Fチャプターにおける2桁構成では、上位3グループはF2;268名, F4;243名, F3;230名の順であった。ICD-10(F)4桁での疾患名で、総数25名以上に使用されていたものを表3に示す。最頻の使用疾患名はF20.0妄想型統合失調症であり、次はF43.2適応障害であった。F3気分(感情)障害は、総数では適応障害を上回ったが、診断が細分化されているためにそれぞれは適応障害より少ない数になっている。また、既記したように当科ではジェンダークリニックおよび児童思春期外来の専門外来を開いているため、F64.0性転換症、F84.5アスペルガー症候群の使用頻度も高いものとなった。

一方、当科で活用されていない診断名に着目して言及しておきたい。F2~F4において使用されていない4桁精神疾患名を表4に示す。なお、3桁表記(例F20統合失調症)でそれ以下の下位分類(4桁分類)がすべて用いられていない疾患名は3桁表記を示している。結果的には、3桁表記において39種の疾患名が使用されていないかった。3桁分類の全体が78種であるので、50%が活用されていないことになる。

以下それぞれのカテゴリーに関して簡単に考察を加える。

F0症状性を含む器質性精神障害では、まずF00アルツハイマー病型認知症の中でF00.2アルツハイマー病型認知症、非定型あるいは混合型が使用されていないかった。F01血管性認知症の中ではF01.2皮質下血管性認知症、F01.3皮質および皮質

下混合性血管性認知症、F01.8他の血管性認知症、F01.9血管性認知症、特定不能のものが使用されていないかった。F02他に分類されるその他の疾患の認知症の中ではF02.1クロイツフェルトーヤコブ病型認知症やF02.2ハンチントン病型認知症、F02.3パーキンソン病型認知症、F02.4ヒト免疫不全ウイルス(HIV)疾患[病]型認知症などが使用されていないかった。F04器質性健忘症候群、アルコールおよび他の精神作用物質によらないものも使用されていないかった。これらの認知症としてまとめられるであろう疾患に関しては、記名力低下といった認知症の中核症状のみでは内科や神経内科を受診することが多く、激しい周辺症状が出現してはじめて精神科受診に結びつくものが多いと考えられ、使用されていない病名があるものと考えられる。F06脳損傷、脳機能不全および身体疾患による他の精神障害の中ではF06.4器質性不安障害、F06.5器質性解離性障害、F06.6器質性情緒不安定性(無力性)障害、F06.8脳損傷、脳機能不全および身体疾患による他に特定される精神障害が使用されておらず、F07脳疾患、脳損傷および脳機能不全によるパーソナリティおよび行動の障害の中ではF07.1脳炎後症候群、F07.2脳震盪後症候群、F07.8脳疾患、脳損傷および脳機能不全による他の器質性のパーソナリティおよび行動の障害、F07.9脳疾患、脳損傷および脳機能不全による特定不能の器質性のパーソナリティおよび行動の障害が使用されていないかった。これらも上記と同様に内科や神経内科を受診す



表4 ICD-10(F2~F4において)疾患名でまったく使用されていなかったもの

F2 統合失調症, 統合失調型障害, および妄想性障害	F20.4 統合失調症後抑うつ F20.8 他の統合失調症 F21 統合失調型障害 F22.8 他の持続性妄想性障害 F22.9 持続性妄想性障害, 特定不能のもの F23.0 統合失調症状を伴わない急性多形性精神病性障害 F23.3 妄想を主とする他の急性精神病性障害 F23.8 他の急性一過性精神病性障害 F23.9 急性一過性精神病性障害, 特定不能のもの F24 感応性妄想性障害 F25.2 統合失調感情障害, 混合型 F25.8 他の統合失調感情障害 F28 他の非器質性精神病性障害 F29 特定不能の非器質性精神病
F3 気分(感情)障害	F30.1 精神病症状を伴わない躁病 F30.2 精神病症状を伴う躁病 F30.8 他の躁病エピソード F30.9 躁病エピソード, 特定不能のもの F31.4 双極性感情障害, 現在精神病症状を伴わない重症うつ病エピソード F31.5 双極性感情障害, 現在精神病症状を伴う重症うつ病エピソード F32.3 精神病症状を伴う重症うつ病エピソード F32.8 他のうつ病エピソード F32.9 うつ病エピソード, 特定不能のもの F33.2 反復性うつ病性障害, 現在精神病症状を伴わない重症うつ病エピソード F33.9 反復性うつ病性障害, 特定不能のもの F34.8 他の持続性気分(感情)障害 F34.9 持続性気分(感情)障害, 特定不能のもの F38 他の気分(感情)障害 F39 特定不能の気分(感情)障害
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	F41.8 他の特定の不安障害 F42.8 他の強迫性障害 F43.0 急性ストレス反応 F43.8 他の重度ストレス反応[重度ストレスへの反応] F43.9 重度ストレス反応[重度ストレスへの反応], 特定不能のもの F44.1 解離性逃走[フーグ] F44.2 解離性昏迷 F44.3 トランスおよび憑依障害 F44.4 解離性運動障害 F44.5 解離性けいれん F48.0 神経衰弱 F48.9 神経症性障害, 特定不能のもの

ることが多く、精神科受診にまでは至らない可能性があると考えられる。

F1精神作用物質使用による精神および行動の障害ではF11.-アヘン類使用による精神および行動の障害、F12.-大麻使用による精神および行動の障害、F13.-鎮静薬あるいは睡眠薬使用による精神および行動の障害、F14.-コカイン使用による精神および行動の障害、F17.-タバコ使用によ

る精神および行動の障害、F18.-揮発性溶剤使用による精神および行動の障害などが使用されていなかった。国内での違法薬物に対する厳しい法的規制の成果もあるであろうし、逆に症状はあっても受診に至っていないケースがあるかもしれないということが考えられる。また、もう一つの可能性としては当科において物質依存の専門外来がないことなどが考えられる。

F2統合失調症, 統合失調型障害および妄想性障害においては, まずF20統合失調症の中でF20.4統合失調症後抑うつとF20.8他の統合失調症が使用されていない。統合失調症後抑うつは, 「CDDG」<sup>6)</sup>では, 統合失調症性疾患の後に生じる抑うつ性のエピソードであり, 統合失調症症状がいくつか残存していなければならない, とある。たしかに臨床で遭遇する状態ではあるが, 統合失調症という経過の中の一状態像であるため診断名とするにはなじまないのかもしれない。F21統合失調型障害は, ICD-10で採用された診断名であるが, DSM-IVでは301.22失調症型パーソナリティ障害と類似の概念と考えられている。「CDDG」<sup>6)</sup>では, 少なくとも2年間という症状の持続時間を有し, 診断までに長い期間の観察が必要であり, 病識や治療意欲の低さなどから精神科外来を受診しないか, 受診しても長い治療に続かないということがあると考えられる。F22持続性妄想性障害の中ではF22.8他の持続性妄想性障害, F22.9持続性妄想性障害, 特定不能のものが使用されていない。F23急性一過性精神病性障害の中ではF23.0統合失調症状を伴わない急性多形性精神病性障害, F23.3妄想を主とする他の急性精神病性障害, F23.8他の急性一過性精神病性障害, F23.9急性一過性精神病性障害, 特定不能のものが使用されていない。使用されているF23.1統合失調症状を伴う急性多形性精神病性障害, F23.2急性統合失調症様精神病性障害も患者数が少ないということもあり, F23急性一過性精神病性障害自体が当科外来では少ないということがいえる。これは急性一過性精神病性障害の患者の多くが治療の経過中に統合失調症に診断が変更になっている可能性も考えられる。F25統合失調感情障害の中ではF25.2統合失調感情障害, 混合型とF25.8他の統合失調感情障害が使用されていないが, これは他のF25統合失調感情障害(躁病型, うつ病型)自体も数名であり, 患者数が少ないためであろう。F24応答性妄想性障害, F28他の非器質性精神病性障害, F29特定不能の非器質性精神病は使用されていない。

F3気分(感情)障害圏では, F30躁病エピソード, F31双極性感情障害[躁うつ病], F32うつ病エピソード, F33反復性うつ病性障害ともに軽症や中等症のものはほとんど使用されている。外来通

院治療中の患者を対象とした病名統計のため, 重症のものは入院加療となることがほとんどであり, これらが使用されていないと推測される。F34.8他の持続性気分(感情)障害, F38他の気分(感情)障害が使用されていない。F34.8他の持続性気分(感情)障害は気分循環症や気分変調症の診断基準を満たすほど重症でないか長く持続しない, と「CDDG」<sup>6)</sup>にある。また, F38他の気分(感情)障害は, 混合性あるいは軽躁病性, 躁病性およびうつ病性症状の急激な変化によって特徴づけられるF38.0他の単一[単発性]気分(感情)障害と, 反復性で短期間のうつ病エピソードであるF38.1他の反復性気分(感情)障害などからなる。F34.8他の持続性気分(感情)障害, F38他の気分(感情)障害いずれにおいても持続時間が短かったり, 重症度的に軽症であることから精神科外来受診に至らないのか, この疾患概念がわれわれの中に浸透していない可能性が考えられる。うつ病が多様化してきている現代, 受診に結びつかないとしても実際にはこれらの診断にあてはまる患者も多数いるものと思われる。F39特定不能の気分(感情)障害も使用されていない。

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では, まずF41.8他の特定の不安障害, F42.8他の強迫性障害が使用されていない。F43重度ストレス反応[重度ストレスへの反応]および適応障害の中ではF43.0急性ストレス反応, F43.8他の重度ストレス反応[重度ストレスへの反応], F43.9重度ストレス反応[重度ストレスへの反応], 特定不能のものが使用されていない。F43.0急性ストレス反応は, 2,3日以内に消失することから受診に至らないか, 受診しても短期間で終診に至るためであると思われる。F44解離性(転換性)障害の中ではF44.1解離性遁走[フーグ], F44.2解離性昏迷, F44.3トランスおよび憑依障害, F44.4解離性運動障害, F44.5解離性けいれんが使用されていない。これらの症状は単独で存在することはほとんどないと考えられ, F44.7混合性解離性(転換性)障害の診断となっている可能性が考えられる。F48他の神経症性障害の中ではF48.0神経衰弱, F48.9神経症性障害, 特定不能のものが使用されていない。F48.0神経衰



弱に関しては「CDDG」<sup>6)</sup>の記載にも、症例(神経衰弱)の多くは、現在ならうつ病性障害か不安障害の診断基準を満たすことだろう、とあり、神経衰弱と思われる患者もその両者のいずれかに診断されていることが多いと考えられる。

F5生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群においては、F50摂食障害の中ではF50.3非定型神経性過食[大食]症、F50.4他の心理的障害と関連した過食、F50.5他の心理的障害と関連した嘔吐、F50.8他の摂食障害、F50.9摂食障害、特定不能のものが使用されていない。これはF50摂食障害自体が受診者が少ないせいであろうと考えられる。F51非器質性睡眠障害内のF51.1非器質性過眠症、F51.2非器質性睡眠・覚醒スケジュール障害、F51.3睡眠時遊行症(夢中遊行症[夢遊病])、F51.4睡眠時驚愕症(夜驚症)、F51.5悪夢などが使用されていない。当科では睡眠専門の外来がないことが関与している可能性がある。F52性機能不全、器質性の障害あるいは疾患によらないものは、病態的に精神科治療には結びつきにくいと思われる。F53産褥に関連した精神および行動の障害、他に分類できないもの、F54他に分類される障害あるいは疾患に関連した心理的および行動的要因も使用されていない。F55依存を生じない物質の乱用も使用されておらず、F1精神作用物質使用による精神および行動の障害で述べたように病態的に受診に結びつかないことや当科に物質依存の専門外来がないことが原因として考えられる。

F6成人のパーソナリティおよび行動の障害において、F60.0妄想性パーソナリティ障害、F60.1統合失調質パーソナリティ障害、F60.5強迫性パーソナリティ障害が使用されていない。これらは前2者に関しては統合失調症などの疾患と診断されている可能性も考えられる。F62持続的パーソナリティ変化、脳損傷および脳疾患によらないものも使用されていない。F62.0破局的体験後の持続的パーソナリティ変化は、F43.1外傷後ストレス障害の診断としている可能性も考えられる。F60～F62に関しては、今回の調査ではcomorbidityを取り扱っていないこともあり、少ない可能性がある。F63習慣および衝動の障害、F64性同一性障害の中のF64.1両性役割服装倒錯

症、F64.2小児期の性同一性障害、F64.8他の性同一性障害、F64.9性同一性障害、特定不能のもの、F65性嗜好障害、F66性の発達と方向づけに関連した心理および行動の障害も使用されておらず、病態的に精神科受診には結びつきにくいであろうと考えられる。

F7精神遅滞[知的障害]はF72重度精神遅滞[知的障害]、F73最重度精神遅滞[知的障害]などで使用されていない病名が多かったが、これも外来患者の統計であるということが関係していると考えられる。

F8心理的発達の障害ではF80会話および言語の特異的発達障害、F81学力の特異的発達障害、F82運動機能の特異的発達障害、F83混合性特異的発達障害がすべて使用されていないが、これらは精神科に長期通院するものではなく、療育の場で多い診断であろう。F84広汎性発達障害の中ではF84.1非定型自閉症、F84.2レット症候群、F84.3他の小児期崩壊性障害、F84.4精神遅滞[知的障害]および常同運動に関連した過動性障害が使用されていない。これは小児科に受診している可能性も考えられるし、F6成人のパーソナリティおよび行動の障害で述べたように今回の調査ではcomorbidityを取り扱っていないことが関係しているかもしれない。F88他の心理的発達の障害、F89特定不能の心理的発達の障害も使用されていない。

F9小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害はF90多動性障害の中ではF90.1多動性行為障害、F90.8他の多動性障害、F90.9多動性障害、特定不能のものが使用されていない。F91行為障害の中ではF91.9行為障害、特定不能のものが1名使用されていたのみであった。F91行為障害に関しては「DCR」<sup>7)</sup>に、専門家の間では行為障害は異種的であるという点ではほぼ意見が一致しているとあるように、精神科臨床にはなじまない病名なのかもしれない。F92行為および情緒の混合性障害、F93小児期に特異的に発症する情緒障害、F95チック障害、F98小児期および青年期に通常発症する他の行動および情緒の障害、F99特定不能の精神障害は使用されていない。F8心理的発達の障害、F9小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障

害に関しては、小児科などの他科を受診する割合も多いと考えられるが、使用されていない病名が多く、今後診断名に関して検討していく必要があるのではないかと考えられる。

本研究の限界として、施設バイアスは否定できない。長崎大学医学部・歯学部附属病院の精神科神経科が、地域の基幹病院である大学病院の特殊性や専門外来をもっていることなどから、使用される精神医学診断名に偏りが生じている可能性も否定できない。サンプルサイズが、1,000例を超えているものの十分数とはいえないことや、comorbidityについては、今回の調査では除外していることからさらなる検討が必要と思われる。

### まとめ

表記のようなタイトルで、国際的な疾患分類システムであるDSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) と ICD (International Classification of Disease) に関する特徴を述べ、それらの精神科臨床や精神医学研究での活用状況を全国大学の精神医学教室の協力の下アンケート調査を行い、さらにわれわれの精神科神経科外来におけるICD-10(F)疾患名の使用状況を調べて、若干の考察を加えた。全国的には、ほとんどの大学において広くDSMまたはICDシステムが利用されていた。また、当科での調査は一大学病院の外来という限られた状況での使用状況をみたにすぎないが、今後ICD-11精神疾患の章を作成していくにあたり、今使用されていない病名の再検討を行う必要性を示唆する手がかりになると考えた。今後、より広く他の一般精神科病院や診療所などにおける運用情報の収集とエビデンスの蓄積が必要なのではないかと考える。

謝辞：以下の「精神科診断システムの利用状況—2008」にご協力いただいた下記の施設には、貴重な示唆を与えていただきました。ここに深く感謝いたします。

愛知医科大学、岩手医科大学、大分大学、大阪医科大学、大阪市立大学医学部、岡山大学大学院医歯薬学総合研究科、鹿児島大学大学院医歯学総合研究科、金沢医科大学、金沢大学医歯保健学域医学類脳医学専攻、北里大学医学部、岐阜大学医学部、九州大学大学院医

学研究院、近畿大学医学部、熊本大学大学院医学薬学研究部、久留米大学医学部、高知大学医学部、神戸大学大学院医学系研究科、埼玉医科大学、佐賀大学、産業医科大学、滋賀医科大学、島根大学医学部、順天堂大学医学部、昭和大学医学部、信州大学医学部、聖マリアンナ医科大学、千葉大学医学部、東京医科大学、東京慈恵会医科大学医学科、東京女子医科大学、東邦大学医学部、東北大学医学部、徳島大学医学部、獨協医科大学、鳥取大学医学部、富山大学大学院医学薬学研究部、名古屋市立大学医学部、奈良県立医科大学、新潟大学医学部、日本大学医学部、日本医科大学、浜松医科大学、弘前大学医学部、広島大学大学院医歯薬学総合研究科、福井医科大学、福岡大学医学部、藤田学園保健衛生大学医学部、三重大学医学部、宮崎大学、山梨大学医学部、横浜市立大学医学部、琉球大学医学部、和歌山県立医科大学、ほか(50音順)。

### 文献

- 1) 中根允文. 国際疾病分類—疾病, 傷害及び死因統計分類 the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death (ICD). In: 中根允文, 浅井昌弘・編. 臨床精神医学講座別巻1 精神科データブック. 東京: 中山書店; 2001. p. 3-37.
- 2) 野崎昭子, 大野 裕. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), A. 成立と改訂に関する略歴. In: 中根允文, 浅井昌弘・編. 臨床精神医学講座別巻1 精神科データブック. 東京: 中山書店; 2001. p. 39-106.
- 3) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text Revision. Washington DC: APA; 2000. [高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸, ほか・訳. DSM-IV-TR 精神疾患の分類・統計マニュアル新訂版. 東京: 医学書院; 2004.]
- 4) American Psychiatric Association. Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR. Washington DC: APA; 2000. [高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸, ほか・訳. DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引新訂版. 東京: 医学書院; 2003.]
- 5) Sartorius N. 大久保善朗・訳. ICD-10 歴史, 特徴とその応用をめぐって. 精神医学 1994; 36: 452.
- 6) WHO. The ICD-10 Classification of Mental and