

200935030A

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

平成21年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 飯森眞喜雄

平成22（2010）年3月

目 次

I. 総括研究報告	
国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究	1
飯森 眞喜雄	
II. 分担研究報告	
1. WHO 本部からの情報収集および国際的診断基準の問題点に関する研究	35
a. WHO 本部からの情報収集および調整	
Formative Field Study Coordinating Group の活動を中心として	
ー現在計画されている研究に関してー	35
b. 国際的診断基準の問題点に関する研究	62
丸田 敏雅	
2. 診断分類の枠組に関する研究	
ー我が国の精神科診断についてのアンケート調査ー	67
染矢 俊幸	
3. ICD-11 改訂作業に対する本邦精神科医の見解に関する研究	71
大野 裕	
4. プライマリケアにおける ICD-10 運用に関する研究	77
中根 秀之	
5. 国際疾病分類の改訂による社会的影響に関する研究	
ー責任能力鑑定および医療観察法鑑定における国際疾病分類の使用の現状ー	89
針間 博彦	
6. 国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究	
- F0 領域における検討 -	95
新井 平伊	
7. 国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究	99
大久保 善朗	
8. 気分障害の診断分類・診断基準の検討	105
三國 雅彦	
9. ICD-10 F4 群に関する研究	109
小澤 寛樹	
10. 知的障害、心理的発達障害および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	111
青木 省三	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	117
IV. 研究成果の刊行物・別冊	119

平成 21 年度 総括研究報告書

ICD-11 作成の流れと本研究班の関わり

飯森 真喜雄

国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究

研究代表者

飯森 眞喜雄（東京医科大学精神医学講座 教授）

研究要旨

1. WHO 本部からの情報収集および調整

2007 年より、WHO の「精神保健及び薬物乱用部」がハーバード大学のハイマン教授を座長として精神保健の分野別専門委員会会議（TAG：Topical Advisory Group）を年 2 回開催している。ICD-11 の「精神と行動の障害」についてはこの委員会が最高意志決定機関である。

精神部門の分野別専門委員会（Topical Advisory Group：TAG）は、「ICD-10 精神および行動の障害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）」（以下 AG とする）と命名され、2007 年～2009 年まで第 1 期の 4 回の会議が開催された（これらに関しては平成 20 年度本研究班報告書参照）。

その後、WHO にて新たに第 2 期の AG の人選が行われ、丸田分担研究者が再任された。2009 年 9 月 28 日、29 日に、この第 2 期の第 1 回会議が WHO 本部で開催された。その会議で、AG の下部組織として、「Formative Field Study Coordinating Group（FFSCG）」と命名されたコーディネート・グループが組織され、このグループが精神分野の改訂の中核的な役割を担っていくことが決定された。

このため、本研究班では、引き続き、WHO からの情報収集や WHO と連携して研究を行う素地を構築した。

2. 我が国で期待される診断分類やプライマリケアにおける診断分類の作成に関する研究

上記の FFSCG において現在優先事項となっているのは、ICD-11 の臨床的有用性（Clinical Utility）向上であるため、本年度は、我が国で期待される診断分類やプライマリケアにおける診断分類の作成に関する研究を行った（染矢分担研究者、大野分担研究者および中根分担研究者）。

3. 各カテゴリーの診断分類や診断基準に対する専門家の提言

ICD-10 の「精神と行動の障害」には F0 から F9 まで 10 個の大きなカテゴリーに分かれている。各分担研究者はそれぞれのカテゴリーに対して問題点を指摘した。

A. 研究目的

国際疾病分類は1900年に第1回国際疾病分類（ICD-1）が作成され、その後、概ね10年ごとに改訂されてきた。ICD-10は1989年に作成され既に21年が過ぎている。このため、現行のICD-10、ことに「精神と行動の障害」に対しては現在の医学水準や医療の進歩を網羅されておらず、臨床業務や研究を行う上で様々な問題点があると指摘されている。

本研究ではICD-10の「精神と行動の障害」の問題点を抽出分析し、ICD-11へ我が国の意見を反映できるような提言を作成し、ICD-11がより我が国の臨床業務、研究及び精神保健行政を行う上で有益になるような対応ができるような成果を得ることを目的とする。

B. 研究方法

1) WHO本部からの情報収集および調整

2007年より、WHOの「精神保健及び薬物乱用部」がハーバード大学のハイマン教授を座長として精神保健の分野別専門委員会会議（TAG：Topical Advisory Group）を年2回開催している。ICD-11の「精神と行動の障害」についてはこの委員会が最高意志決定機関である。

精神部門の分野別専門委員会（Topical Advisory Group：TAG）は、「ICD-10精神および行動の障害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）」（以下AGとする）と命名され、2007年～2009年まで第1期の4回の会議が開催された（これらに関しては平成20年度本研究班報告書参照）。

その後、WHOにて新たに第2期のAGの人選が行われ、丸田分担研究者が再任された。2009年9月28日、29日に、この第2期の第1回会議がWHO本部で開催された。その会

議で、AGの下部組織として、「Formative Field Study Coordinating Group（FFSCG）」と命名されたコーディネート・グループが組織され、このグループが精神分野の改訂の中核的な役割を担っていくことが決定された。

このため、本研究班では、引き続き、WHOからの情報収集やWHOと連携して研究を行う素地を構築していくことを目的としている（丸田分担研究者）。

2) 我が国で期待される診断分類やプライマリケアにおける診断分類の作成に関する研究

上記のFFSCGにおいて現在優先事項となっているのは、ICD-11の臨床的有用性（Clinical Utility）向上であるため、本年度は、我が国で期待される診断分類やプライマリケアにおける診断分類の作成、および司法精神医学領域でのICD-10使用上の問題点の抽出を目的とする（染矢分担研究者、大野分担研究者、中根分担研究者および針間分担研究者）。

3) 各カテゴリーの診断分類や診断基準に対する専門家の提言

ICD-10の「精神と行動の障害」にはF0からF9まで10個の大きなカテゴリーに分かれている。各分担研究者はそれぞれのカテゴリーに対して、各の診断カテゴリーの研究協力者（5から8名）と協議しICD-10の問題点を指摘する。

各分担研究者は、電子メール等で情報交換し、有識者会議を開催し議論をより深め、ICD-11に関する日本からの提言をまとめる（新井分担研究者、大久保分担研究者、三國分担研究者、小澤分担研究者および青木分担研究者）。

C. 研究結果

1. WHO本部からの情報収集および国際的

診断基準の問題点に関する研究（丸田分担研究者）

a) WHO 本部からの情報収集

精神部門の TAG である AG 会議は、2007 年～2009 年まで第 1 期の 4 回の会議が開催された（これらに関しては平成 20 年度本研究班報告書参照）。

その後、WHO にて新たに第 2 期の AG の人選が行われ、本分担研究者が再任された。2009 年 9 月 28 日、29 日に、この第 2 期の第 1 回会議が WHO 本部で開催された。このため、本分担研究者は、WHO と連携して研究を含む情報の収集および発信を行ってきたが、上記の第 2 期の第 1 回会議で、AG の下部組織として、「Formative Field Study Coordinating Group (FFSCG)」と命名されたコーディネート・グループが組織され、このグループが精神分野の改訂の中核的な役割を担っていくことが決定された。このグループには、メキシコ、米国、ブラジル、フランス、スペイン、ナイジェリア、中国、インドおよび日本の 9 ヶ国が含まれる。

この FFSCG において現在優先事項となっているのは、ICD-11 の臨床的有用性 (Clinical Utility) 向上である。この目標に向けて、当面行うフィールドスタディの中心として後述する Study A および Study B（共に仮称）が考案されている。手法は異なるが、どちらも臨床実践において精神障害がどのように関連付けられているかを探索するものである。最終的には、この結果をもとに ICD-11 のインターフェイスを構築する予定である（インターフェイスについては資料参照）。

さらに、2009 年 9 月 2 日～6 日にアテネで開催された世界精神保健連名世界総会で、我が国の ICD-11 へ向けての取り組みについて、及びあるべき国際分類について発表した。同総会には指導的精神科医も多数出席し、我が国の ICD-11 についての取り組みについてもアピールできた。

b) 国際的診断基準の問題点に関する研究

本研究では、日本精神科診断学会会員計 452 名、各大学精神医学講座担当者 80 名の合計 532 名を対象に行われた。合計 245 名から返答を得た（回収率：46.1%）。

本研究の結果から、総じて変革よりは現状維持を支持する回答者が大幅に上回ったといえるであろう。象徴的であるのが b) から得られた結果で、双極性障害を精神病性障害のひとつとする提案は遺伝学的根拠に基づくものであるとの注釈にも関わらず、この流れに反対、つまり現行の気分障害のひとつとみなす回答が大多数を占める結果となった。診断基準への障害の包含についても、従来の診断分類システムの在り方を支持する回答が半数を占めた。現在の本国の現状に照らし合わせ、急激な変化を望むほど現在の診断分類システムに関し不満はないが、改善の余地を見出し、また変化に対し柔軟であろうとする姿勢が回答結果からうかがえる。

現在問題点として挙げられた NOS 診断と Co-morbidity に関しては、臨床の現状を考えるとやむを得ないとの回答が全体的に多数を占めた。前述の大幅な変化に慎重な姿勢を考え合わせれば、NOS 診断と Co-morbidity ともに少ないには越したことがないが、そのために大幅な変化を要するほどの緊急性はないと判断した回答者が多数であったと思われる。

2. 診断分類の枠組に関する研究-我が国の精神科診断についてのアンケート調査（染矢分担研究者）

2009 年 5 月～6 月に新潟、栃木、岐阜、滋賀の 4 地域の精神科医へアンケート用紙を配布し、327 名の精神科医より回答を得た。主に使用する診断体系、代表的な 4 領域（器質性、精神病性、パーソナリティ、神経症性）の精神疾患〔アルツハイマー型認知症、統合失調症、パーソナリティ障害、社交不安障害（社交恐怖）〕の診断確定法〔1. ICD-10 の記

述を読み直す (ICD-10 の記述)、2. DSM-IV の手引きの診断基準に従って診断を進める (ミニ D)、3. DSM-IV 精神疾患の診断統計マニュアルテキストを思い浮かべたり読み直したりして、参考にする (DSM テキスト)、4. 症状評価尺度や心理テストなど他の検査を実施してその結果を参考にする (検査を参考)、5. 精神医学の教科書を読む (教科書を読む)、6. より時間をかけて診察し直す (診察し直す)、7. 「…の疑い」のまま治療をはじめて治療に対する反応や状態像の変化をみて診断を確定する (経過をみて診断)] について質問した。回答者を DSM-III、IV、IV-TR や ICD-10-DCR (研究用診断基準) などを用い、診断において操作的診断基準を重視する「基準派」と、いわゆる伝統的診断や ICD の記述 (概念) などを用い、診断において記述的診断方法を重視する「記述派」に分け、両群の比較を中心に解析を行った。

上記の代表的な 4 領域の精神疾患の診断確定法において記述派では「ICD-10 の記述」や「検査を参考」にし、さらに「経過をみて診断」する傾向が強いことが示されたが、疾患によって重視するポイントは異なっていた。疾患ごとの診断における問題点を挙げ、それらの問題点に対する改善策について考察した。

3. ICD-11 改訂作業に対する本邦精神科医の見解に関する研究 (大野分担研究者)

現在、ICD-11、DSM-V に向けて、WHO および APA がそれぞれ改訂作業を進めていることから、現時点でのわが国の精神科医の改訂に対する意見を集約する目的で本研究を行った。調査協力者は、講座担当者および日本精神科診断学会会員であり、平成 21 年末にアンケート (内容に関しては資料を参照) を郵送して回収した。回答者数は、532 人配布中 245 人 (46%) であった。回答者の性別は、男性 216 人 (90%)、女性 25 人 (10%)、平均年齢は 48.9 歳 (標準偏差 12.8)、平均臨床経

験年数は 23.3 歳 (標準偏差 12.3) であった。

その結果、わが国の精神科医は、ICD および DSM の改訂作業への関心は高いが、情報を積極的に集めていないことがわかった。ICD と DSM の改訂作業に関しては、大幅な改訂は避けるべきだと考える専門家が多く、閾値下の精神疾患の導入には慎重な態度をとる専門家が多かった。ICD と DSM の統合に対する意見は二分され、ディメンションによる診断分類システムを追加する案については情報不足を指摘する専門家が多かった。また、今後の診断学の主要な流れの一つとして、米国 NIMH が開始した生物学的な知見に基づく診断分類システムを作る作業 Research Domain Categories (RDoC) に対しては好意的に受け止めている専門家が多かった。以上の所見は、それ自体が ICD の改訂作業に寄与するデータであるが、それと同時に、わが国の精神科医が多くの情報を持つことで、改訂作業に対してさらに有意義な提言ができる可能性が示唆された。

4. プライマリケアにおける ICD-10 運用に関する研究 (中根分担研究者)

精神障害の診断については、これまでに ICD-10-PC や DSM-IV-PC などのプライマリケア版が出版されている。しかし、残念ながらわが国において ICD-10-PC および DSM-IV-PC は、普及活用されているとはいえない状況である。実際、昨年度佐賀県下の一般医を対象に行った Preliminary 研究でも、この結果が明らかとなった。このため、わが国の Primary Care にあたる医師にとって有用な精神障害の診断システムの活用のために必要なものを探る目的で、アンケートを修正し、より広い地域の医療職を対象にアンケート調査を行った。

対象は、東京、宮崎、長崎の内科医会会員である。内容は、ICD-10-PC で扱われている精神障害に加え、一般診療で遭遇する可能性

の高い精神障害、状態像に対する診断と医療への態度を尋ねるものであった。方法は、これらアンケート調査票を郵送により配布し、FAXにて回収を行った。

配布を行った全 2094 人中、222 人よりアンケートの回答を得て解析の対象とした（回収率：10.6%）。この結果、内科医は、精神医学的診断の際に参考とするものについては、59%が伝統的・経験的診断を用いており、ICD は 9%、DSM も 10%程度で、ほとんど使用されていないことが明らかとなった。また、精神障害の診断システムについて、どのような診断システムを希望するかの問いについては、プライマリケア用に修正されたものが 67%と最も多く、次いでプライマリケア独自のシステム構築を望むものが 21%であった。適切と思われる精神科診断カテゴリ数については、11-30 個程度が 45%と最も多く、続いて 1-10 個が 35%であった。ICD-10-PC で扱われる 25 の精神障害や一般診療で遭遇する可能性の高い精神障害、状態像に対する診断と医療への態度については、内科医は精神障害の多くについて知識は持ち合わせていることが明らかとなったが、暫定診断、初期治療については、各疾患で大きく異なっていた。

5. 国際疾病分類の改訂による社会的影響に関する研究

一 責任能力鑑定および医療観察法鑑定における国際疾病分類の使用の現状－ (針間分担研究者)

精神鑑定における精神医学的診断に関するアンケートを、東京都立松沢病院に勤務し、精神鑑定経験のある精神科医師 10 名に行なった。アンケートでは各医師の経歴とともに、責任能力鑑定および医療観察法鑑定別に、精神鑑定における 1) 診断方法、2) 操作的診断の利点・問題点等、3) 診断に問題を認める疾患などの質問を設けた。

精神科経験年数は 5～9 年が 2 名、10～19

年が 4 名、20～29 年が 1 名、30 年以上が 3 名だった。10 名中、精神保健指定医は 9 名、精神保健判定医は 8 名だった。その結果、① ICD-10 と DSM-IV の 2 種を用いるが 3 名、② ICD-10、DSMIV と伝統的診断の 3 種を用いるが 2 名、③ ICD-10 と伝統的診断の 2 種が 2 名、④ DSM-IV と伝統的診断の 2 種を用いるが 2 名、⑤ ICD-10 のみが 1 名であった。

精神鑑定における診断では、10 名中 9 名が複数の診断方法を用いていた。3 名は ICD-10 と DSM - IV の二つの操作的診断基準のみを用いたが、ほかの 6 名は ICD-10 またはおよび DSMIV とともに伝統的診断を用いていた。

操作的診断の利点として、すべての医師 10 名が専門家以外に説明しやすく理解されやすいことをあげ、6 名が伝統的診断に比べて標準化されていることを挙げた。その一方で、操作的診断の問題点として、9 名が診断の優先順位が明らかでなく診断の羅列になる可能性があり、6 名が病因論の不在が挙げていた。

そして半数の 5 名の医師が操作的診断の鑑定の適否について、病因論の不在や、診断の妥当性が重要である鑑定で信頼性のために妥当性を犠牲にした操作的診断は不適であるなどの理由からどちらともいえないか、適していないとし、操作的診断は鑑定に適しているとした医師のなかにも、現状ではそれ以上適しているものがない、体裁を整えるためなど消極的な理由を挙げるものがいた。

これらのことから、操作的診断基準は鑑定場面においては必要であるが、単一では十分ではなく、その問題点をほかの診断基準や伝統的診断を使用すること補完する必要があると考えている医師が多いことが推測された。

なお、責任能力鑑定と医療観察法鑑定では、各医師の回答・意見に大きな違いは認められなかったが、診断方法として ICD-10 を関連させた回答をするものが多かった。これは厚生労働省のガイドラインに ICD-10 を使用することが明記されていることが影響している

と思われる。

また、本研究では、精神鑑定における診断方法として操作的診断に限界があると考えられる疾患についての質問を設けた。その結果、うつ病性障害を挙げたものが8名と最も多く、次いでパーソナリティ障害7名、統合失調型障害、急性一過性精神病性障害各6名などの診断が多かった。これらは鑑定に限らず、精神科診断学としての問題が指摘されている疾患である。

うつ病性障害ではうつ病と抑うつ状態の混合すなわち病因論としての内因性と心因性の問題や統合失調症との関連・鑑別の基準が不明確な点、パーソナリティ障害では病因論なしに診断が与えられることや独立した疾患単位のような誤解があること、統合失調型障害ではICD-10とDSMIVでの取り扱いの相違や統合失調症の前駆期の診断が含まれていること、急性一過性精神病性障害では統合失調症との区別が臨床的に不十分であることなどが理由として考えられた。

6. 症状性を含む器質性精神障害の診断

分類・診断基準の検討（新井分担研究者）

今年度は、初年度の検討を基に、まず追加すべき病名の検討に入った。初年度に呼び検討していたとおり、ピック病の病名しか計上されていないが、前頭側頭葉変性症として包括されてきた一群をそのまま取り入れることが重要であると判断した。つまり、その中に、前頭側頭型認知症、緩徐進行性失語症、意味性失語症、認知症を伴う萎縮性側索硬化症などを含めていく。また、近年に基礎・臨床研究の発展がめざましいレビー小体病に関しても、単にパーキンソン病の認知症としか分類していない問題も速やかに解決すべき問題である。ただし、レビー小体病の下位分類が神経病理学的に提唱されているが、あくまでも臨床診断である当分類の改定にはそこまでは必要ないとの判断を現時点では下している。

さらに、クロイツフェルドヤコブ病についても、単にその病名を挙げておくだけでなくプリオン病として下位分類も含めてあげておくべきと考えている。

一方、次の問題は、いかに上記の診断に対する基準を設定するかであった。あくまでも臨床診断であり、確定診断は神経病理学的診断に頼る以外にない現状の中で、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、等々は議論が必要であった。一つは、既に文献的に報告され、その信頼性もある程度確立していると考えられるものは、むしろそれを踏襲するほうが信頼性も高いと思われる。そのような観点から、現時点で取り込むべき診断基準を昨年度から検討してきたが、結論として上記のようなものを採用することが望ましいと判断した。

最後は、MCIへの対応である。臨床診断がアミロイドPET等の発展とともにかなり早期の段階で可能となることも現実化してきた最近の状況を考えると、疾病分類であるがここにMCIも含めておいたほうがより臨床の実践に有用であると思われる。MCIについても、その下位分類が提唱されており、これらをうまく取り入れることにより、時代に即応し、かつ臨床的にも役立つ分類になると判断された。

7. 統合失調症・統合失調症性障害および

妄想性障害の診断分類・診断基準の検討（大久保分担研究者）

ICD-10からICD-11への改訂にむけての問題点を抽出する目的で、1) ICD-10のF2：統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害の診断カテゴリーの使用状況調査を行った。また、2) アメリカ精神医学会（APA）から最

近発表された DSM-V 草案における、統合失調症および他の精神病性障害の変更点について検討した。ICD-10 の F2 診断カテゴリーに関する検討課題として以下が挙げらる。1) カタトニアは ICD-10 において主に統合失調症の一病型として診断されるが、統合失調症以外の気分障害や器質性精神障害でも認められることから、カタトニアを精神病性障害の一つの診断クラスとして扱うか、あるいは気分障害、精神病性障害、器質性精神障害で認められたカタトニアを特定するための診断を新たに設定する必要がある。2) F21：統合失調症型障害の使用頻度は極めて少ない。DSM-IV では統合失調症型パーソナリティ障害としてパーソナリティ障害として分類されており、ICD と DSM によって扱いに違いがある。DSM-V では新たに精神病性リスク症候群 (Psychosis Risk Syndrome) を新設することが提案されているが、F21：統合失調症型障害を一つの精神病性障害として独立した診断カテゴリーを存続させるか、統合失調症の前駆状態と考えられるものを F2 に残し、慢性に経過してパーソナリティ障害として扱うべきものを F6 に含めるか検討を要する。3) F24：感応性精神病性障害は今回の調査で全く使用されていないかった。

DSM-IV で対応する 297.3 共有精神病性障害は DSM-V では廃止が提案されており、ICD-11 でも主要カテゴリーとして存続させるか否か検討を要する。4) ICD-10 の統合失調症下位分類については、F20.3：鑑別不能型あるいは F20.9：特定不能の診断の割合が多いことから下位分類間の鑑別が困難なことがうかがえた。また、F20.4：統合失調症後抑うつように使用されていない診断も認められた。DSM-V の草案では、妄想型、解体型、緊張型、鑑別不能型、残遺型の下位分類に代わるものとして、縦断経過に関する臨床病期分類と重症度に関するディメンジョン評価の新設が提案されている。ICD-10 では、妄想型、破

瓜型、緊張型の病型と残遺型やのような臨床病期を反映する分類が混在していることが問題と思われる。

DSM-V と同様に、下位分類を見直して、臨床病期を示す診断や重症度示すディメンジョン評価の導入が必要と思われる。

8. 気分障害の診断分類・診断基準の検討 (三國分担研究者)

わが国では DSM 診断に基づきながらも、まだ、臨床精神病理学に依拠する従来診断が併用されていることが多いので、DSM より狭く診断されている可能性がある症例を対象に、精神疾患診断補助法についての研究が推進されていることになる。これらの研究成果をレビューすることによって、欧米諸国からの DSM のみで診断された対象についての精神疾患補助診断法の開発研究に依拠して論じられている ICD-11 草稿に対し一石を投じ、参考資料としてもらうことを目的に研究した。

その結果、統合失調症と双極性障害が同じ精神病性障害に統合され、情動障害に分類される単極性うつ病と双極性障害とが分離される可能性がある、現在の草案は支持されていないことが明らかになった。したがって、臨床精神病理学に依拠する従来診断と、操作的診断とを生かしつつ、精神疾患診断における補助的なバイオマーカー研究の成果を取り入れた診断体系を作って、その上で、全世界で使いやすい ICD-11 を提案することが望ましいとの結論に至った。

9. 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 (小澤分担研究者)

昨年度の研究で明らかになった具体的事項を踏まえ、アジア圏における大規模調査のため、日本・中国・韓国でのパイロットスタディを実施している。

① F4 群下位項目ごとに、[使用頻度] /

[コーディングのし易さ]については「よく使う」「あまり使わない」「全くつかわない」／「容易である」「どちらともいえない」「困難である」の3件法で、[必要性]については「非常に必要である」「必要である」「どちらとも言えない」「あまり必要でない」「全く必要でない」の5件法で尋ねる。

② 自由記載の項目を設け、a) 調査票を受け取った機関の規模や形態、b) 日常臨床で用いている診断基準、c) F4 群の診断名でほぼ使用しない and/or ほぼ診断されない診断名、d) 身体表現性障害の診断としての有用性、e) 不安障害と適応障害が同じ F4 というカテゴリーに分類されていることへの意見提出を求めた。

③ 調査期間は 2009 年夏より現在も継続中である。

調査継続中であるが、現段階で言及可能な結果について述べる。使用頻度に関しては国別による違いがみられるようだが、必要性に関しては似通ったポイントを示す項目が多くある。コーディングのし易さに関しては、国別に違いがある。自由記載 b) で中国では独自の診断基準 CCMD-3 が日常診療に用いられる頻度が ICD-10 と同等であることが明らかになった。d) については、分割されていることに異を唱える立場、身体科では必要とする立場があった。また、e) では現在の分類に同意する立場と適応障害に既存する抑うつに言及し分類に異を唱える立場があった。F4 群診断基準のポータビリティを改善するため、地域性やアジア圏の文化的特性を考慮に加えながら、分析を進めている。

10. 知的障害、心理的発達の障害および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（青木分担研究者）

ICD-11 委員会の委員を中心に、児童青年精神科医などに ICD-10 の問題点について質問し回答を得た。また、研究論文や著書などを

検索し、ICD-10 の問題点について調査する。

1. ICD-10 の F7：精神遅滞（知的障害）
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の多くのものが、発達障害という概念によって括られる可能性がある。「広い意味での発達障害」という視点から考えると、精神遅滞（知的障害）は、認識（認知など）に関する個々の能力にばらつきのない全般的な遅れと捉え、広汎性発達障害は社会性の発達を中心とした、個々の能力にばらつきがあるものと考えられる。また、多動性障害は、注意力に関する発達の障害と捉えられるので、F9 よりも F8 に入れるべきだとも考えられる。以上より、F7 精神遅滞と F8 心理発達の障害は統合することを検討して良いと考えられる。また、多動性障害は、心理的発達の障害に入れることも検討すべきことである。

2. 従来の精神疾患と広汎性発達障害の関係については、鑑別が難しい例が少なくないが、単に併存していると考えられる例もある。また、まず発達障害があり、それをベースとして様々な精神疾患が発展していると考えると理解しやすい例もある。

DSM-Vでは、パーソナリティ障害、精神遅滞（知的障害）と同様に、第Ⅱ軸に発達の問題を、含めていこうという意見がある。確かに精神障害と発達の問題は、同列に議論できないところがある。両者の合併は多く、発達の問題が基本にあり、その上に従来の精神障害が生ずる可能性がある。発達の問題と従来の精神障害とを異なった次元で捉え、両者を評価していくという視点が臨床的には求められているように思う。

特に、思春期・成人期に認められる精神障害は、基礎に発達障害を持っている可能性があり、それをどのように ICD-11 に反映させるかが課題となる。

3. 多動性障害と広汎性発達障害の併存は考えられていた以上に多く、多動性障害の症

状が改善したときに、広汎性発達障害症状が顕在化してくることは少なくない。両者を明瞭に区別することは困難であり、一人の子どもにも多動性障害傾向がどの程度で、広汎性発達障害傾向がどの程度かというような視点で子どもを診ていく必要がある。多動性障害と広汎性発達障害の併存を認めるべきだと考えられる。

また、多動性障害の診断基準については、これを広くとると、広汎性発達障害との関係が曖昧になる面があり、今後の課題である。

4. 高機能自閉症とアスペルガー症候群の鑑別が困難であり、また小児自閉症に分類される症例よりも、非定型自閉症や特定不能の広汎性発達障害に分類される症例の方が多いことなどから、自閉症スペクトラム障害という概念を用いたほうが良いと考えられる。

5. ICD-10 の多動性障害と広汎性発達障害の診断は、主として小児期の行動特徴を診断基準としている。それを小児期の行動特徴を成人期に適用するというのは問題であり、思春期、成人期における診断基準を検討する必要がある。

6. 広汎性発達障害や ADHD と捉えるかどうかは、その社会の持つ価値体系などの文化的要因が関与している可能性が否定できない。それをどのように疾病分類に反映させていくかが難しい。

11. web サイトによる幅広い意見の吸い上げ
現在、上述した web サイトが稼働し、広範囲な意見を吸い上げる試みがなされている。今後も WHO の動向や本研究の進行状況などを開示し、より多くの意見を集めていきたい。

D. 考察

すでに研究結果において詳しく述べたため、改めて考察において言及することはない。上

記のように、本年度は、まず、WHO が臨床的有用性 (Clinical Utility) を重視しているため、我が国で期待される診断分類やプライマリケアにおける診断分類の作成に関する研究を行った。

また、各診断カテゴリーの問題点を昨年度とは違った形で研究し、最近公開された DSM-V との比較なども研究に加えた。これらを加味して次年度の研究へつなげていき、ICD-11 に日本の意見が反映され、より日本の臨床に則したものとなるよう研究成果を得たい。

E. 結語

ICD-11 「精神及び行動の障害」に向けて、包括的な研究を行った。このような研究は未だなく、ICD-11 に日本の意見が取り入れられるような重要な研究であり、本研究の結果は WHO にも大きな影響を与えるものと確信する。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

学会報告

Iimori, M, Maruta, T & Matsumot, C: Japanese perspectives concerning the revision of the International Classification of Disease, World Congress of the World Federation of Mental Health, September 3, 2009 (in Athens).

H. 知的財産権の出願・登録情報

特記事項なし

飯森 眞喜雄, M.D., Ph.D.

丸田 敏雅, M.D.

松本 ちひろ, M.A.

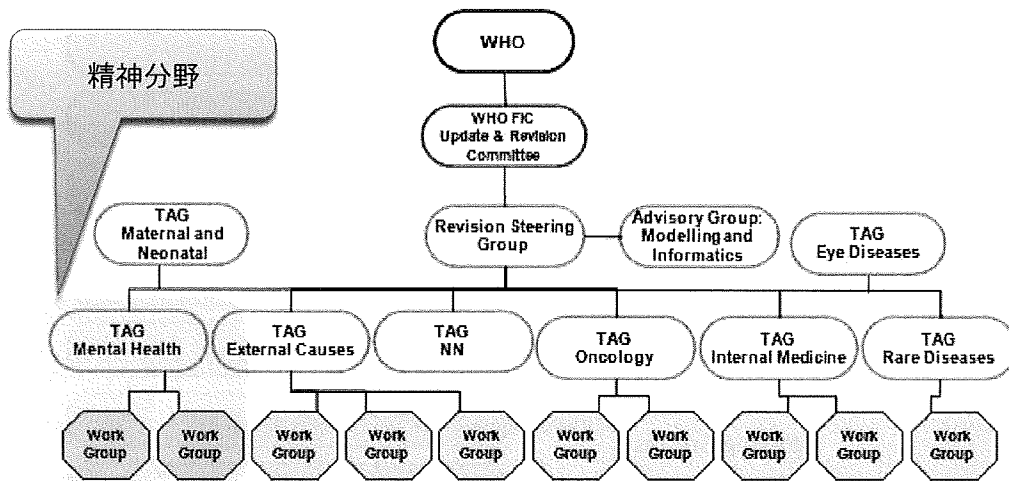
ICD-11作成の流れと 本研究班の関わり

ICD-11: 仮のタイムテーブル

ICD tentative timeline (6月25日付 WHO内部資料より)

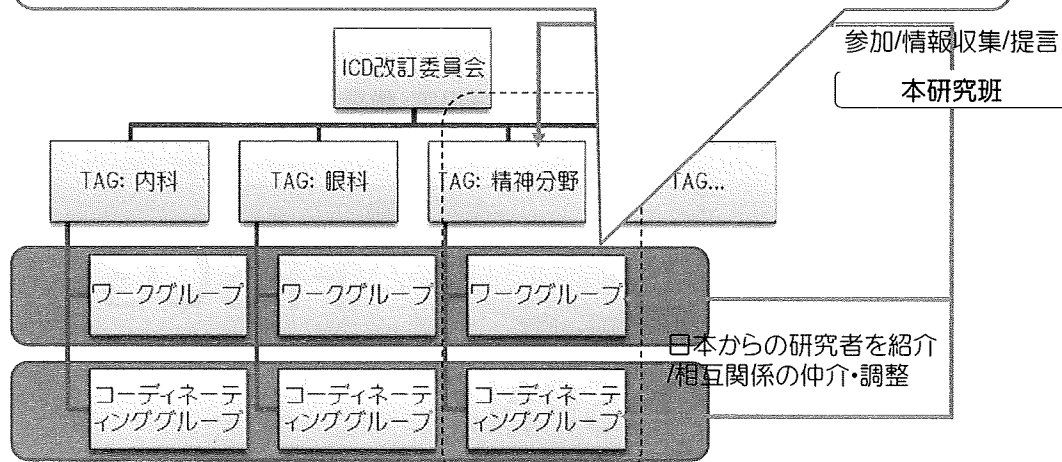
- | | | |
|---|----------------|------------------------|
| ① | 2009.7-9 | 事務局による準備段階 |
| ② | 2009.9 | リストの完成とICD電子改訂システムへの統合 |
| ③ | 2009.10-2010.4 | α版の作成 |
| ④ | 2010.5-6 | α版の編集 |
| ⑤ | 2010.6-7 | α版のレビューおよびAGIによる承認 |
| ⑥ | 2010.7-12 | α版のレビューおよびフィールドスタディ |
| ⑦ | 2011.5 | β版発表(→後2年間フィールドトライアル) |
| ⑧ | 2013 | 最終版を発表 |
| ⑨ | 2014 | 世界保健総会(WHA)承認 |

WHO 組織図（全体）



ワークグループ

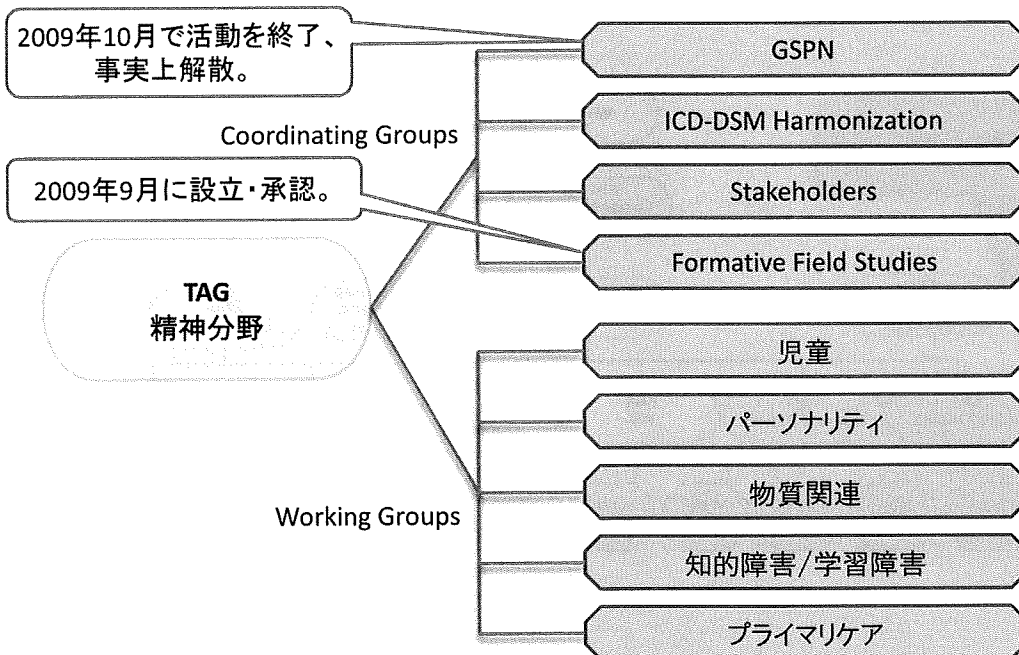
＝各部門において、専門分野の知識や最新の科学的見地から改訂案をまとめる
(e.g. 精神医学内における物質関連分野、パーソナリティ分野など)



コーディネーティンググループ

＝特定の分野に関わらず、各部門の改訂作業推進に必要な活動を担当
(e.g. 資金の調達、DSMとの関係調整、研究事業の計画・実行)

WHO 組織図（精神分野に関してのみ）



WHO: 実働グループの世代交代

- N.Sartorius を中心とするメンバー構成
- 5 クラスターモデルをDSMタスクフォースと並び提案・推奨
- グループとして成果を残すことなく解散

GSPN

FFSCG

- 2007年からSenior Project Officerを務める G.Reed を中心に構成
- 2009年9月に正式に AG にて承認
- Clinical Utility に焦点を絞った改定案を推奨
- 文献レビュー、研究プロジェクトを着実に計画・実施

FFSCG:活動内容 ①

正式な承認以前からの活動

- × 文献レビュー
 - Sharan 主導
 - 文献データベースの活用が難しい地域が多く難航
- × フィールドトライアルの発案・計画・準備
 - Roberts 主導
 - 後述の臨床家を臨床家の考える診断分類体系(既存のシステムに関わらず)の理解を目的とする研究案を発案、現在 Study A・Bが進行中

→ 2009年9月 Coordinating Groupとして正式に承認

FFSCG:活動内容 ②

FFSCG発足までの日本の活動 (cont.)

- × ICD-10コード使用頻度・重要性に関する研究
 - AGミーティングにて発表、高い評価を受ける
- × フィールドトライアルへの参加
 - 後述のStudy Bに関して準備に加わる
 - 来年度実施予定のStudy B 大規模調査に先がけ、パイロット調査を担当
 - パイロットおよび大規模調査に関し、本大学にてIRB申請

FFSCG:活動内容 ③

FFSCG発足までの日本の活動

- × ICD改訂に関する日本の事実上の情報収集・発信を担う
 - 海外のミーティングに参加
 - 研究事業全般のトップであるReedと定期的な電話会議(毎週ペース)
- × 文献レビュー
 - レビューの対象となりうる論文のデータベース化、およびその有用性の検討(現在進行中)

今後のFIELD STUDIES: WHO主導

Explore for α

- 問題点・改善点を幅広く; 方向性を探るのに役立てる
- Study A; Study B etc.

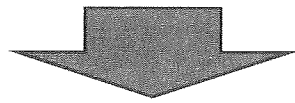


Confirm for β

- 叩き台として出来上がったものが実際に機能するかどうか
- マイナーな修正箇所だけに焦点

WHOの考える『ICD-11像』①

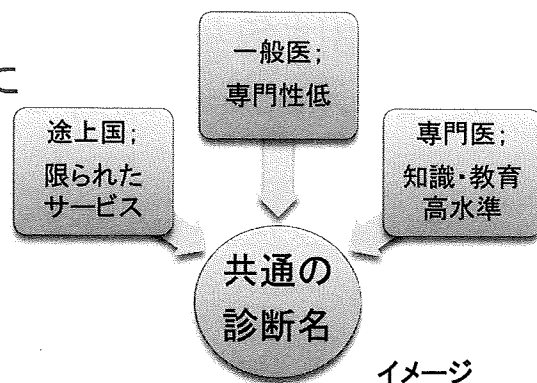
- × 診断分類システムの枠組みを大幅に変えるだけの科学的エビデンスは今のところ不十分
- × 保険システムなどの関係からコードの使用を義務付ける地域は多いものの、日常臨床に生かされていない現実



Clinical Utility の向上に焦点をあてた改訂を

WHOの考える『ICD-11像』②

- × 紙媒体から電子媒体に移行する可能性
 - ひとつのインターフェイスに絞る必要性なし
 - 個々のユーザーが最もアプローチしやすいインターフェイスを構築
 - 用途、教育水準、診断に利用できる情報から適するインターフェイスをユーザーが選択



WHOの考える『ICD-11像』③

- × 必要なインターフェース構築に向けた模索
→研究案A & B: Sorting Studies (後述)

『精神障害は臨床家の感覚からどのようにマップ化されているのだろうか？』

『現場の臨床において、臨床家は何を診断の軸としているのだろうか？』

STUDY A の概要

- × 精神障害ふたつがランダムに提示され、それらの相違性を評価する
- × オンラインで施行
- × Study Bは包括的である反面、時間・人材面においてコスト大→Study Bの補完的役割

例: 統合失調症と行為障害はどの程度似ていると思いますか。

全く
似ていない



非常に
似ている

STUDY B の概要

- × 各カテゴリーを満遍なくカバーするよう60の精神障害を抽出。これらを被験者の臨床的感覚からグループ分けしてもらう
- × 予備調査段階まで日本を中心として進められている。実施方法などに関し協議を重ね、4月のFFSCGミーティングにおいて各国へ協力を要請予定

STUDY B 実施の手順 1

実験者

以下のうち、よく知らないものがあれば除いてください。

