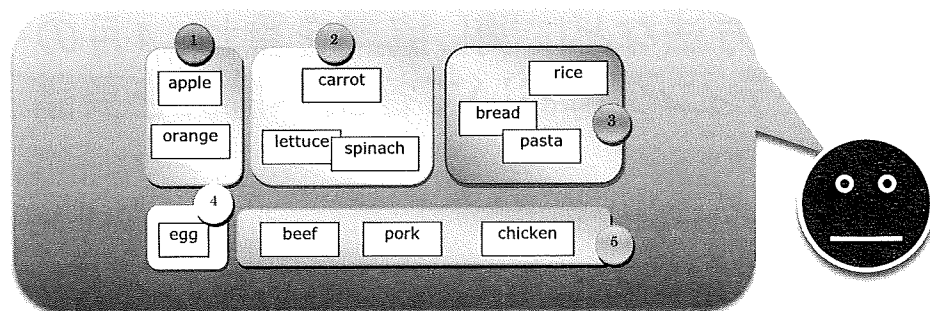


STUDY B 実施の手順 2

実験者

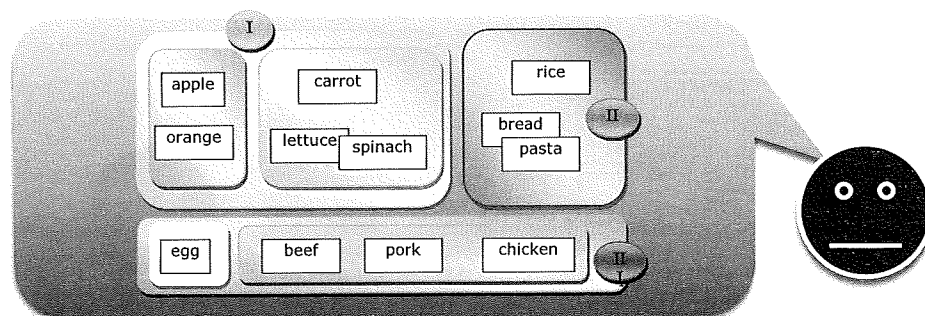
似ていると思うものどうし、グループに分けてください。



STUDY B 実施の手順 3

実験者

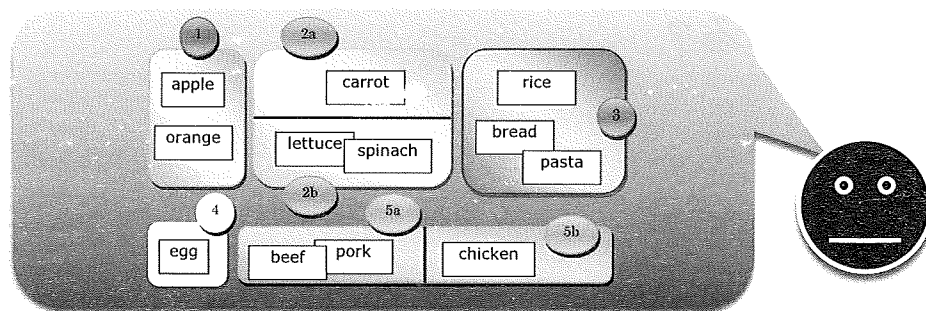
さらに、似ていると思うグループどうし、もっと大まかなグループに分けてください。



STUDY B 実施の手順 4

実験者

今度は最初につくってもらったグループを、
もう少し細かく分けてみてください。



CLINICAL UTILITYの有用性 ①

- × ICDの診断基準自体がどれだけ『正しい』ものであっても、使ってもらえなければ意味がない
- × ICDコードがほぼ頭に入っている精神科医でなければ、ターゲットとなる診断名(＋およびその診断基準)に行きつくのは非常に困難

CLINICAL UTILITYの有用性 ②

※ 例：民間治療薬にはまっている患者。依存を生じる物質ではなさそうだが、片時も離さず明らかに異常な飲み方をしている。

➤ どう診断する？

CLINICAL UTILITYの有用性 ③

※ もしあらかじめF55（依存を生じない物質の乱用）の存在を知っていれば...

➤ F55からさらに .6（特定の薬草あるいは民間治療薬）へと進み、診断基準の確認の後F55.6と診断

CLINICAL UTILITYの有用性 ④

- × もしあらかじめF55(依存を生じない物質の乱用)の存在を知らなければ...
 - アルコール、ニコチン等を含むF1(精神作用物質使用による精神および行動の障害)を網羅
 - あてはまる診断名がない・・・？

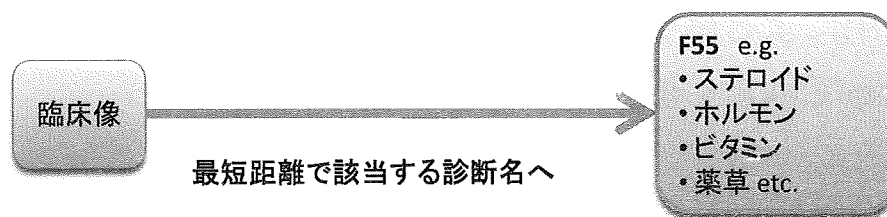
CLINICAL UTILITYの有用性 ⑤

- × 現在の紙ベースのICDでは、目次(≡インターフェイス)がひとつしかなく、予備知識があることを前提として作られている
- × 予備知識がない場合、手元にある情報から患者の臨床像に該当する診断名まで行きつける診断システムを構築できないか？

CLINICAL UTILITYの有用性 ⑥

× もしあらかじめF55(依存を生じない物質の乱用)の存在を知っていれば...

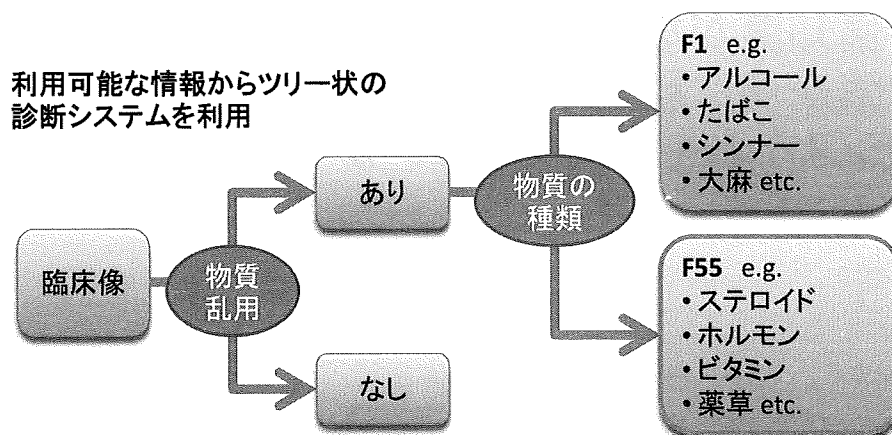
＝予備知識ありを想定した状況設定



CLINICAL UTILITYの有用性 ⑦

× もしあらかじめF55(依存を生じない物質の乱用)の存在を知らなければ...

＝予備知識なしを想定した状況設定



複数のインターフェイスを備えたICD-11

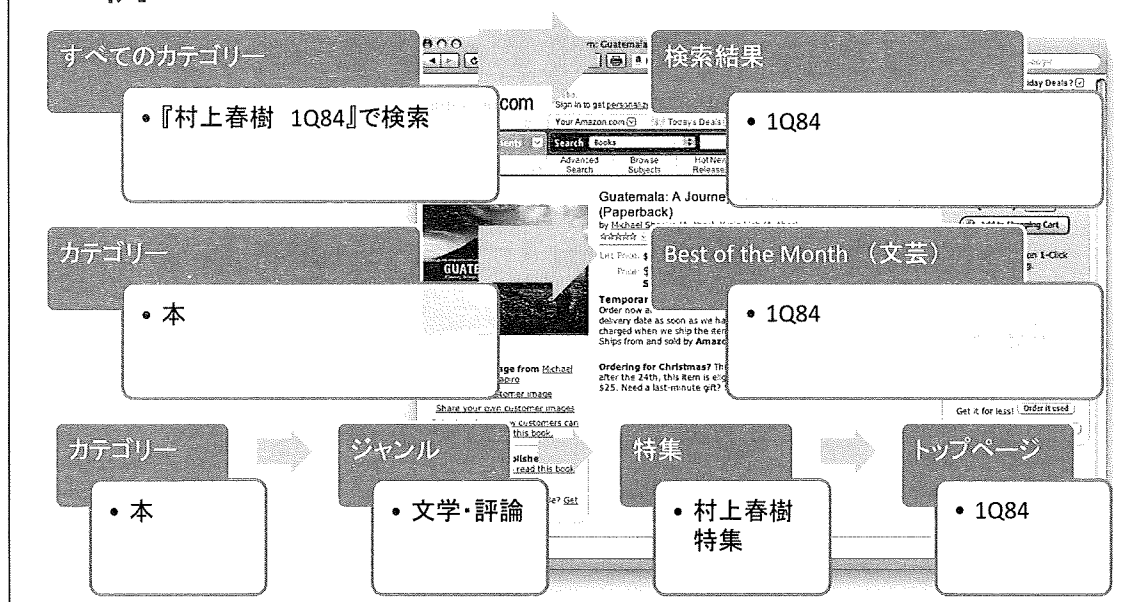
- × 精神医学に関する専門知識の程度、(精神医学外であれば)オリエンテーション等により、最も使いやすいインターフェイスを選べるようになればユーザー層が広げられるのでは？

日本国内でICDの大幅な改訂は望まれていない

- 既存のシステムに満足のユーザーは従来通り
- 新しいシステムを強いることはない

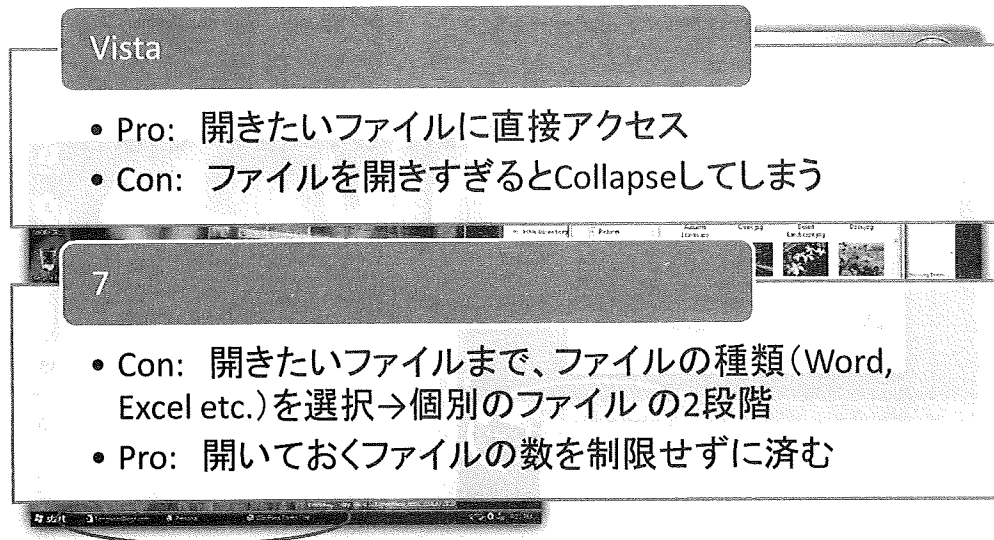
インターフェイスとは？ (EX 1)

- × 例: Amazon.com



インターフェイスとは？ (EX 2)

× 例：Windows Vista vs. Windows 7



STUDY A & Bを用いたインターフェイスの構築 ①

× 精神障害の『認知マップ(cognitive map)』

＝何を基軸にして精神障害の分類システムが構築されているのか？

Ex 1) 精神病圏 vs. 神経症圏

→ 現実検討能力が働いているかどうか？

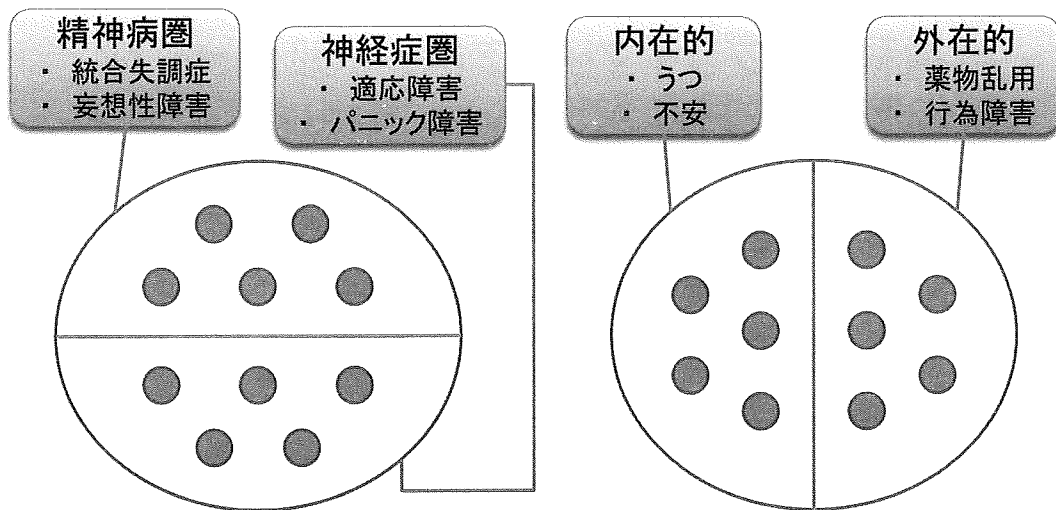
Ex 2) 内在的 vs. 外在的

→ 症状が内的なものか外的なものか？

STUDY A & Bを用いたインターフェイスの構築 ②

Ex 1) 現実検討能力

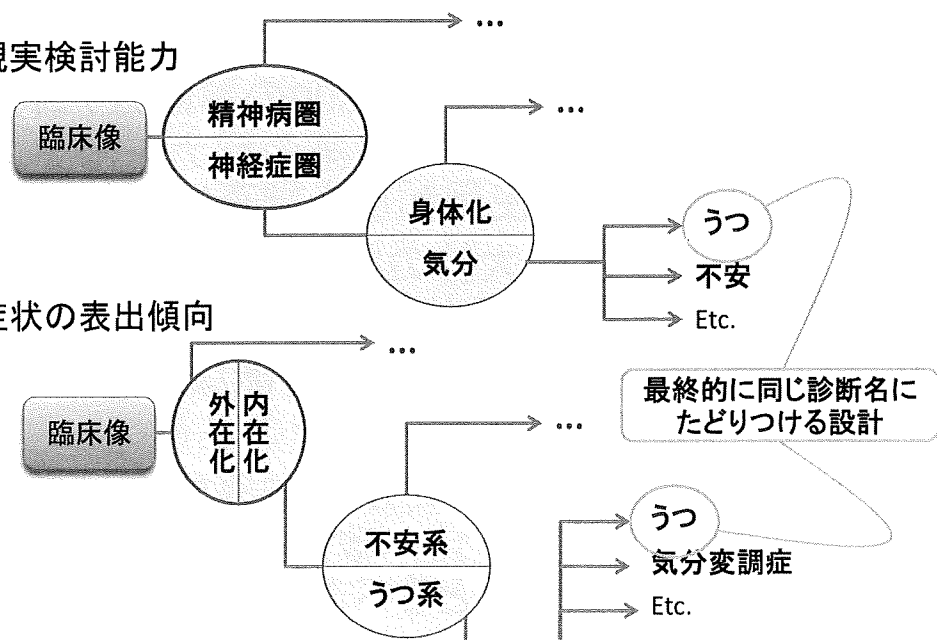
Ex 2) 症状の表出傾向



STUDY A & Bを用いたインターフェイスの構築 ③

Ex 1) 現実検討能力

Ex 2) 症状の表出傾向



今後のFIELD STUDIESに向けた課題

- × 新たなインターフェイス構築にあたって必要な情報とは？
- × 精神科医、プライマリケア医、一般医etc. 診察にあたり、目に入っている情報は？

- 自然にアセスメントに活用している情報
- トレーニング次第で活用しうる情報
- 十分な教育/経験がなければ活用できない情報

今後のField Studiesの一部に

平成20年度の研究成果

- 1).WHOから情報収集および調整
- 2).ICD-10に記載されている約800の診断カテゴリーについて、全国の精神医学講座の協力を得て、それらの必要性および使用頻度を調査し、WHOへ報告
- 3).ICD-10のF0～F9の大枠の診断分類について、専門家の意見をまとめ、それらをWHOへ報告
- 4).プライマリケアの現場で対応可能な疾患の範囲を調査し、それをH21年度の調査の基礎に
- 5).ICD-10の社会的、特に司法精神医学領域での影響について調査し、ICD-11へ改訂された際に我が国としてどのような対応をとるべきか検討した

平成21年度の研究成果

- 1).引き続きWHOから情報収集および調整
- 2).平成20年度の研究成果である「各診断カテゴリーの必要性および使用頻度」に関しては、ICD-11α草案の基礎となる「Study A および B」と呼ばれるICD-11の骨格になる研究（前述のStudy A & B）に使用されるカテゴリーの選定に大きな影響を与えた（次スライド参照）
- 3).日常臨床でともに使用されているICD-10とDSM-IVをどのように調和させていくべきか、また、従来診断とこれらをどのように整合性を保つべきか検討した
- 4).我が国で期待されるICD-11プライマケア版のあり方について検討した
- 5).医中誌データベースを用いICD関連の文献をレビューし、WHOへ報告した

平成22年度の研究に向けた指針

- × 引き続きWHOとの関係を維持、国際社会における日本の発言権を確保 → Study AおよびBへの参加・協力は必須
- × 国内におけるICD使用状況をさらに詳細にわたり把握 → 引き続き精神科医を対象に調査
- × 国内における精神障害と医療に関わる状況を、診断分類システムの使用に関わらず調査（特に一般医）→ 非精神科医を対象とするヒアリングを実施予定

行政施策への貢献の可能性 ①

- × 日本の厚生労働行政の実情を、ICD改訂の過程に反映
 - 日本におけるICD活用の実情を把握
 - 可視的なデータとして国際的に強く提示
 - ICD-11が日本の行政の実情を反映

行政施策への貢献の可能性 ②

- × 日本国内の精神科医療の実態把握および質向上に向けた提言
 - 診断分類システムの使用と、資源、立地、環境文化など様々な要因の関わりを探る
 - 日本国内の資源の分配・活用に関する有益な情報が得られる
 - 都市部で高い専門性が期待できる環境と、専門的な精神科医療が不十分な環境、様々な視点をICD改訂に向けた提言に盛り込むことにより、精神科医療全体の質向上が期待される

Iimori, I. M.D., Ph.D.
Maruta, T. M.D., Ph.D.
& Matsumoto, C. M.A.
Tokyo Medical University.

JAPANESE PERSPECTIVES CONCERNING THE REVISION OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES

JAPANESE PERSPECTIVES: OVERVIEW.

- ✕ Working group supported by MOH
- ✕ Part of a 3-year project
- ✕ Aims to help facilitate Japan's participation in the revision process of the ICD
- ✕ Total 11 members were involved
- ✕ Entails both comprehensive and specific scopes

JAPANESE PERSPECTIVES: PURPOSES & METHODOLOGY

Purpose

- ✕ To identify problems related to the use of ICD in Japan & to discuss possible solutions

Methods

- ✕ Members participating in this study were assigned to each diagnostic category (F0 to F9) based on their expertise
- ✕ 5 to 8 experts in each area were identified for collaboration
- ✕ Each group held meetings while also exchanging thoughts, ideas and information via emails

JAPANESE PERSPECTIVES: GROUP MEMBERS & PROJECTS

- ✕ MARUTA, T. Frequency of use and perceived importance of ICD diagnoses
- ✕ SOMEYA, T. Structural problems of the diagnostic criteria
- ✕ ARAI, H. Diagnostic classification and criteria of organic mental disorders
- ✕ HARIMA, H. The potential influences of the revision on society
- ✕ NAKANE, H. ICD-10 in primary care settings
- ✕ OHKUBO, Y. Diagnostic classification and criteria of schizophrenia, schizophrenia-like disorders and delusional disorders
- ✕ MIKUNI, M. Diagnostic classification and criteria of mood disorders
- ✕ OZAWA, H. Diagnostic classification and criteria of neurotic, stress-related and psychosomatic disorders
- ✕ OHNO, Y. Personality disorders
- ✕ AOKI, S. Mental retardation, developmental disorders and behavioral and emotional disorders occurring in childhood and adolescence

JAPANESE PERSPECTIVES : FINDINGS

Frequency of use and perceived importance of ICD diagnoses by Dr. Maruta

- Questionnaires sent to 80 university-based hospitals (49 responded) and 147 councilors of the Japanese Society for Psychiatric Diagnosis (53 responded)
- All 835 ICD diagnostic labels were assessed for their frequency of use and perceived importance
- Generally, “Unspecified” and “Other” items were neither used frequently nor considered important
- Alcohol-related items were prominent in F-1
- Neurasthenia was almost completely disregarded in F4
- Eating and sleep disorders received much attention, whereas sexual problems received least in F6
- “Unspecified” and “Other” rated as highly used and important in F8

JAPANESE PERSPECTIVES : FINDINGS (CONT.)

Structural problems of the diagnostic criteria by Dr. Someya

- Questionnaires mailed to the Japanese Society for Psychiatric Diagnosis; 52 out of 146 (36%) responded
- The 5-cluster model tentatively presented was generally well accepted (65%)
- An independent category for bipolar disorder type II (as in DSM) was supported (67%)
- Inclusion of reference to functioning level was supported (63%)

Diagnostic classification and criteria of organic mental disorders by Dr. Arai

- Some diagnoses in F02 appear outdated; need to be reconsidered
- F06.7 (mild cognitive disorder) and mild cognitive impairment (MCI) need to be reviewed and reconciled

JAPANESE PERSPECTIVES : FINDINGS (CONT.)

The potential influences of the revision on society by Dr. Harima

- 22.4% of 76 cases of involuntary hospitalization had no indication of ICD diagnosis
- Only 38% of 71 criminal cases with forensic psych assessment received diagnosis based on ICD

ICD-10 in primary care settings by Dr. Nakane

- 241 out of 687 medical facilities in Saga prefecture (35%) were surveyed for their diagnostic procedures
- Majority (61%) of the primary care doctors were found to rely on traditional (as opposed to operational) diagnoses
- A modified/simplified diagnostic system was desired by many (60%)

JAPANESE PERSPECTIVES : FINDINGS (CONT.)

Diagnostic classification and criteria of schizophrenia, schizophrenia-like disorders and delusional disorders by Dr. Ohkubo

- 268 patients were screened for their diagnosis
- Catatonic symptoms, considering its good response to ECT and also similarity to bipolar disorders, should be grouped together as an independent syndrome

Diagnostic classification and criteria of mood disorders by Dr. Mikuni

- The proposed 5-cluster model would not be supported by practitioners in Japan
- Only non-reactive depression should be classified under F3; reactive depressive symptoms should be under F4

JAPANESE PERSPECTIVES : FINDINGS (CONT.)

Diagnostic classification and criteria of neurotic, stress-related and psychosomatic disorders by Dr. Ozawa

- Coexistence of multiple diagnostic classification systems have resulted in confusion
- A large scale study is being planned out

Personality disorders by Dr. Ohno

- Comorbidity rate among PDs is extremely high
- PDs and other non-PD disorders are difficult to distinguish
- How the diagnoses of PD have been used in everyday practices is largely unknown
- Personality changes resulting from organic causes should be marked as such, not PD

JAPANESE PERSPECTIVES : FINDINGS (CONT.)

Mental retardation, developmental disorders and behavioral and emotional disorders occurring in childhood and adolescence by Dr. Aoki

- Distinctions between disorders in this group are difficult to achieve
- Hyperactivity is very common among developmental disorders; need to be considered when giving diagnoses to children, regardless of diagnosis
- One concept of Autistic spectrum, rather than differentiating diagnostic labels (i.e. high-functioning autism, Asperger's syndrome, etc.) may be helpful

平成 21 年度 分担研究報告書

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 敏雅

平成 21 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）
分担研究報告書

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
—現在計画されている研究に関して—

研究分担者

丸田 敏雅（東京医科大学精神医学講座 講師）

研究協力者

松本 ちひろ（東京医科大学精神医学講座 研究助手）

研究要旨

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、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）。

なお、Study A に関しては FFSCG 内の M. Roberts（カンザス大学）が指揮をとっており、本稿においてはその概要を紹介するにとどめたい。一方 Study B は、本分担研究者らを中心とする FFSCG 内日本支部が中心となって研究を進めており、具体的な研究計画に加え、使用予定のデータ記入用紙等も添付資料として掲載した。

A. 研究目的

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 Hyman 教授を座長として精神保健の分野別専門委員会会議 (Topical Advisory Group : TAG) 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「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リー・グループ」と命名され、この委員会が最高意志決定機関となっている。この TAG に参加し ICD-11「精神と行動の障害」に関する情報収集を行い、日本の意見を提案する。

また、上記の TAG の配下に置かれた「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に参加し、ICD-11 に関する情報収集および日本からの提案を行う。本研究から得られる知見は特に ICD-11 のユーティリティの向上に役立てられるものである。

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。

本研究は、精神および行動の障害を様々な領域における臨床家が日常における臨床実践に関連しているか問うものである。国際疾病分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Problems ; ICD) 第 11 版作成に際し、本研究から得られる知見は特に ICD-11 のユーティリティ向上に役立てられるものである。

B. 研究方法

WHO 本部からの情報収集および調整に関しては、本分担研究者が上記の AG 会議に参

加し、また、FFSCG には本分担研究者と研究協力者の松本が頻回に WHO 本部と電子メールおよび電話会議で情報収集を行っている。

FFSCG で行われる 2 つの研究には、対象となる精神障害名 60 が用いられる。臨床家が精神障害を概念としてどのように関連付けているのかを探索するのが本研究の目的であるため、ICD と DSM どちらをメインに使用していても指す精神障害が理解可能なよう、表記が大きく異なるものに関しては併記する (反社会性/非社会性パーソナリティ障害) など工夫がなされている。全 60 の使用される精神障害については、添付資料参照。

Study A

本研究は前述の精神障害 60 のうち 2 つ (= 1 ペア) がランダムに提示され、その 2 障害の相違性を 7 段階 (全く似ていない—非常に似ている) で評価するよう参加者に求めるものである。ひとりの参加者につき 100 ペアの評価が要求される。なおこの研究は、平成 22 年 3 月の段階で基本的には英語圏およびスペイン語圏のみを対象に行われており、日本語版作成には至っていない。以下は、例示の目的で和訳を行ったものである。

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

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

なお、この研究に関するウェブサイトは 1 月初旬まで FFSCG 内におけるレビュー・フィードバックが行われた後公開され、現在も以下の URL からアクセス可能である (上述の通り、日本語選択不可)。

http://kuclas.qualtrics.com/SE/?SID=SV_07A2qdYU4CxmlK&SVID=Prod

Study B

対象 :

- 精神保健の専門家

精神科医、心理士、ソーシャルワーカー

- 精神医学を除く医療従事者

医師、看護師

- 医療を除く保健衛生関連

地域保健衛生およびプライマリケア

実施方法：

実際の施行は以下のような手順で行われる（手順の最終版は添付資料参照；英語版のみ）。

1. 提示されるカードの順番がランダムとなるよう、事前に3回以上カードをシャッフルする。
2. 本研究の背景、目的などについて、参加者に対し説明を行う。
3. 60 のカードを、近似性ないし類似性を基準にグループ化してもらい、また各グループに名前をつけてもらう。
4. 3 で作られたグループを、さらに高次元でグループ化してもらい、また各グループに名前をつけてもらう。グループ化および名前について、その根拠を問う。
5. 3 で作られたグループにカードを戻したうえで、それらをサブグループ化してもらい、また各サブグループに名前をつけてもらう。グループ化および名前について、その根拠を問う。
6. ここまでの作業が終わった段階で、臨床経験、職場環境などに関する基本的な情報についてのアンケートを記入してもらう。

なお平成 22 年 3 月現在、本研究は実施に向けて最終調整に入っている。使用予定の手順（マニュアル）、施行にあたって使用するデータ記入フォームは、添付資料参照。

本研究は人の認知マップと呼ばれるものを探索するのに主に人類学の分野で用いられる手法を踏襲したものである。その理論等に関しては、Flanagan, Keeley & Blashfield (2008) を参照。

C. 研究結果

2009 年 9 月の AG 会議にて、昨年度本研究班が行った研究成果の一部を報告するよう WHO から要請があり、報告した。これに関しては、WHO 本部および AG メンバーが高く評価した。また、AG の下部組織として、「Formative Field Study Coordinating Group」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予定である。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、我が国からの意見も発信できる土壌を作成することができた。

また、AG 会議で、より専門性の高い知識が必要されるとして、「児童および思春期の精神障害」、「知的および学習障害」、「パーソナリティ障害」、「物質関連障害」および「プライマリケア」の 5 つのワーキング・グループを組織することが決定された（第 9 回本委員会にて報告）。その後、WHO より AG メンバーを通じて各ワーキング・グループの適任者を推薦するよう要請があったため、我が国からも関連学会等を通じ適任者を推薦した。現在、WHO で各ワーキング・グループの中核メンバー（対面会議に参加可能）を選別中である。

D. 考察

今後、上記の FFSCG や専門性の高いワーキング・グループを通じて、ICD-11 に向けた作業が行われる予定である。

WHO 本部では、ICD-11 においては、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であり、2) 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