

って理解できることも少なくないし、治療や援助にも新たな工夫が求められている。いまや一般臨床は、広汎性発達障害や発達という視点抜きに行えないという印象を、多くの臨床家が抱いている（青木、2008）。

広汎性発達障害とパーソナリティ障害の関係をみてみると、アスペルガー症候群と統合失調質パーソナリティ障害、さらには統合失調病質（Schizoid）には、類似点が多い（杉山、2007、加藤、2008）。実際、アスペルガー症候群と他のパーソナリティ障害との鑑別もしばしば困難である。

3. 多動性障害と広汎性発達障害の合併、併存

ICD-10 では、多動性障害の鑑別診断のところで、「障害が混合しているのがふつうであり、そして広汎性発達障害がある場合には、それが（多動性障害よりも）優先する」と記されており、基本的に両者の併記を認めていない（DSM-IVでも同様である）。しかし、多動性障害の別のところでは、「他の子どもとの関係では人気がなく、孤立しがちで、認知の障害が通常みられ、運動発達や言語発達の特異的な遅れが不釣合いに頻繁にみられる」とあり、多動性障害自体に広汎性発達障害的な側面があることが記されている。

Simonoff ら（2008）は、10-14 歳の自閉症スペクトラム障害を調査し、28.2%に注意欠陥/多動性障害が認められたことを、またわが国の Yoshida ら（2004）は、7-15 歳を対象とした 53 名の高機能広汎性発達障害のうち、36 名（67.9%）が DSM-IV の多動性障害の診断基準を満たしており、広汎性発達障害と注意欠陥/多動性障害の併存を認めるべきだと報告している。他にも発達障害の専門家の多くが、この両者の併存を認めるべきだと考えている。

4. 自閉症スペクトラム障害と広汎性発達障害

ICD-10 のアスペルガー症候群の説明で、「疾病分類上の妥当性がまだ不明な障害であり・・・」「少なくとも一部の症例は自閉症の軽症例である可能性が高いと考えられるが、すべてがそうであるかは不明である」などと診断分類上ではまだ確定していないものであることを示唆している。

高機能自閉症とアスペルガー症候群の両者を比べて、共に言語理解と言語表出の問題を認めたという報告がある（Howlin、2003）。わが国でも高機能自閉症とアスペルガー症候群を区別していない臨床家は少なくない。高機能広汎性発達障害、高機能自閉症、アスペルガー症候群、非定型自閉症、特定不能の広汎性発達障害などの用語が混乱して用いられている。これをいかに整理するかは避けて通れない課題である。

5. 成人期の多動性障害と広汎性発達障害の診断

青年期や成人期の臨床の視点から、筆者は、幼児期や学童期に大きな問題や症状特徴を認めず、青年期や成人期となって環境的な負荷が加わったとき、広汎性発達障害の特徴を顕在化させてくる群がある可能性を指摘している（青木、2006、2008）。

また、ICD-10 の診断は主として小児期を対象としており、自閉症の場合は、「小児期自閉症」となっている。その診断基準で成人を診断できるのかという問題がある。広汎性発達障害が 6 歳以後に顕在化してくる例も少なくないと考えられる。

6. 文化的問題

Mann ら（1992）は、中国・インドネシア・日本・アメリカの専門家たちに、8 歳の男の子のビデオを見て多動について評価させたところ、同じ評価基準を用いても多動の評価は国によって異なることを報告した。Polanczyk ら（2007）は、120 の ADHD の研究から、世

界での ADHD の有病率は 5.29%であり、地域においては北米とアフリカ及び中東との間に有為な差が認められたが、地域による有病率の変化はそれほど大きくないと報告している。グローバル社会となり、世界が均一化の方向に進んでいるとしても、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。

C. 今年度の研究結果

今年度は、「自閉症スペクトラム障害」および「多動性障害」について研究を進めた。

1. 自閉症スペクトラム障害

ICD-10 のアスペルガー症候群の説明で、「疾病分類上の妥当性がまだ不明な障害であり・・・」「少なくとも一部の症例は自閉症の軽症例である可能性が高いと考えられるが、すべてがそうであるかは不明である」などと診断分類上ではまだ確定していないものであることを示唆している。

アスペルガー症候群は、自閉症の三兆候である、社会性の障害、コミュニケーションの障害、限局した反復した行動のうち、コミュニケーションの障害が軽微なものとされている。しかし、自閉症と同様な社会性の障害を持ち、必要とされる援助については、差はないと言われており、わが国でも高機能自閉症とアスペルガー症候群を区別していない臨床家は少なくない（内山,2009、杉山,2005）。両者の違いとされる言語の問題においても、高機能自閉症とアスペルガー症候群の両者を比べて、共に言語理解と言語表出の問題を認めたという報告がある（Howlin、2003）。

広汎性発達障害の診断においては、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ほうが多いとされており、大きな問題だ

とされている。生後3年以内に明らかになるという、年齢にも関係してくるが、特に事例化、顕在化してくる年齢が高年齢になるほど、非定型自閉症が増加してくることに関係しているのではないだろうか。また、幼児期に自閉症と診断された子どもが、適切な療育や発達によって、アスペルガー症候群を経て、非定型自閉症や特定不能の広汎性発達障害となるという診断の変遷も経験することがしばしばある。

アスペルガー症候群という概念を提唱した Wing は、自閉症の疫学研究を行う過程で、自閉症の診断基準を部分的に満たす児童が、厳密に満たす児童の数倍いることを見出した。特にその中でも、言語障害の非常に軽微な群が自閉症に近い特徴をもった1つ群を形成することを見出し、これがかつて Asperger が報告したものと一致することを気づいた。これを、「アスペルガー症候群-臨床的記述」という論文として発表したことで、アスペルガー症候群という概念が注目されるようになった。

自閉症スペクトラムという概念は、Wing らが疫学研究の結果を踏まえて提唱した概念であり、「三つ組（社会的交流、社会的コミュニケーション、社会的イマジネーション）の障害」の存在で定義される。Wing は自閉症とアスペルガー症候群を連続した発達障害と考え、自閉症スペクトラム（連続体）という概念を提唱した。

これらのことから考えて、ICD-11 では、自閉症スペクトラム障害の概念を導入し、自閉症とアスペルガー症候群を区別せず、これに含めることを考えるべきと思われる。

そして、自閉症スペクトラム障害をさらに細かく分けるとすれば、知的障害の有無によって高機能群と低機能群に分けることのほうが、多くの臨床家が行っている実際的な方法であると思われる。

さらに、レット症候群（F84.2）や他の小児崩壊性障害（F84.3）などの器質要因が強いと

考えられる群と、その他の広汎性発達障害を一緒にしてよいのかどうかという疑問もある。

2. 多動性障害

DSM-IVの注意欠如多動障害においては、不注意症候が揃えば、多動症候がなくても、不注意優勢型の注意欠如多動障害と診断される。その点で、ICD-10における多動性障害よりも範囲が広いと考えられる。

注意欠如多動障害だとされていた児童が、後になって広汎性発達障害でもあると診断されたり、もともと当初から広汎性発達障害だったと診断される事例がしばしばあると言われている。

昨年度の研究においては、多動性障害と広汎性発達障害との合併の許容について述べたが、多動性障害の診断基準をどうするか、即ち狭くするか広くするかも大きな問題である。

多動性障害を広くとると、広汎性発達障害との合併が多くなってしまい、多動性障害と広汎性発達障害との違い自体がはっきりしなくなってしまうという危険がある。

多動性障害と広汎性発達障害については、その合併についてだけでなく、両者の本質的な違いや境界をどこで引くかなどについても、多くの議論があり(Rutter,2008)、診断基準の案を作るのも容易でない状況がある。これは今度の大きな課題である。

多動性障害は広い意味での発達障害であると考えられるので、F9ではなく、F8に入れることを検討してよいと考えられる。

D. 考察

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た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。

E. 結論

ICD-10 の問題点について、調査、検討した。ICD-10 の F7：知的障害（精神遅滞）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が、発達障害という概念によって括られる可能性がある。成人の精神障害と発達障害を分けて考える必要がある。多動性障害と広汎性発達障害の合併は考えられていた以上に多いので、合併を認めるべきである。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。多動性障害と広汎性発達障害の思春期、成人期の診断基準を検討する必要がある。それぞれの社会の持つ価値体系などの文化的要因が関与を考慮することがある、などが重要と考えた。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表

- 和辻健太, 青木省三：ボーダーラインと発達障害. そだちの科学 (13) : 61-66, 2009
- 鷲田健二, 青木省三：統合失調症と広汎性発達障害. そだちの科学 (13) : 50-54, 2009
- 青木省三：時代文化と発達障害. そだちの科学 (13) : 116-120, 2009
- 青木省三：境界性パーソナリティ障害 ― 出合い方と終わり方 ―. 精神科治療学 24 (12) : 1483-1488, 2009
- 青木省三、松下兼宗、和辻大樹：精神科医が会える発達障害者の臨床的問題点 ― くに広汎性発達障害を中心に. 日精協誌 28 (8) : 646 - 652, 2009

2. 学会発表

- 青木省三：思春期の不安障害の治療を考える, 第 2 回日本不安障害学会学術大会 教育講演（大阪）2010.3.6
- 青木省三、松下兼宗：思春期におけるアスペルガー症候群の診断：現状と展望, 第 29 回日本精神科診断会（東京）シンポジウム 2009.10.17
- 青木省三：青年期の自己破壊を考える, 第 32 回日本精神病理学会（盛岡）特別講演 2009.9.24
- 青木省三：青年期の発達障害を考える, 第 25 回日本ストレス学会学術総会 第 27 回日本青年期精神療法学会総会 合同大会（横浜）教育講演、2009.12.4
- 松下兼宗、青木省三：サイコーシス早期段階における精神療法的アプローチ, 第 105 回日本精神神経学会学術会（神戸）シンポジウム 2009.8.21

H. 知的財産権の出願・登録状況

引用文献

- 青木省三：成人期における広汎性発達障害への理解と援助. そだちの科学 8 号, 47-54, 2007
- 青木省三: 思春期における広汎性発達障害. そだちの科学 11 号, 112-118, 2008
- 青木省三：成人期臨床における広汎性発達障害を考えるにあたって. 臨床精神医学 37 (12) : 1511-1514, 2008
- Biedermann J, Petty C, Fried R, et al. Impact of psychometrically defined deficits of executive functioning adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. Am J psychiatry 2006 ; 163 : 673-1675, 2006
- 傳田健三：うつ病，不安障害と広汎性発達障害の関係. 臨床精神医学 37 (12) : 1535-1541, 2008
- 広沢正孝：統合失調症と広汎性発達障害. 臨床精神医学 37 (12) : 1515-1523, 2008
- Howlin P. Outcome in High-Functioning Adults with Autism With and Without Early Language Delays-Implications for the Differentiation Between Autism and Asperger Syndrome. Journal Autism and Developmental Disorders 2003 ; 33 : 3-13.
- 加藤 敏: 成人期のアスペルガー症候群(障害) とシゾイドパーソナリティー, および統合失調症質 (Kretschmer). 精神医学 50 : 669-679, 2008
- Kooij JJ, Buitelaar JK, Vanden EJ, al. Internal and external validity of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in et population-based sample of adults. Psychological Medicine 2005 ; 35 : 817-827.
- Mann EM, Ikeda Y, Mueller CW, et al. Cross-Cultural Differences in Rating Hyperactive-Disruptive Behaviors in Children. Am J Psychiatry 1992 ; 149 : 1539-1542.
- 中川彰子, 山下陽子：強迫性障害と広汎性発達障害. 臨床精神医学 37(12):1543-1549, 2008
- 大高一則：パーソナリティ障害と広汎性発達障害. 臨床精神医学 37(12):1557-1564, 2008
- Polanczyk G, Lima MS, Horta BL, et al. The Worldwide Prevalence of ADHD-A Systematic Review and Metaregression Analysis. Am J Psychiatry 2007 ; 164:942-948.
- Simonoff E, Pickles A, Charman T, et al. Psychiatric Disorders in Children With Autism Spectrum Disorders-Prevalence, Comorbidity, and Associated Factors in a Population-Derived Sample-. J. AM. ACAS. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY 2008 ; 47:921-929.
- 杉山登志郎：Asperger 症候群の周辺. 児童青年精神医学とその近接領域 49:243-258, 2007
- 杉山登志郎：アスペルガー症候群の現在. そだちの科学 5 ; 9-21, 2005.
- 内山登紀夫：成人の自閉症スペクトラム. そだちの科学, 13 ; 26-31, 2009.
- 滝川一廣：「精神発達」とはなにか. そだちの科学 1 : 2-9, 2003
- 高宮静男：摂食障害と広汎性発達障害. 臨床精神医学 37 (12) : 1551-1555, 2008
- 山下 洋：気分障害と広汎性発達障害. 臨床精神医学 37 (12) : 1525-1533, 2008
- Yoshida Y, Uchiyama T. The clinical necessity for assessing Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (AD/HD) symptoms in children with high-functioning Pervasive Developmental Disorder (PDD). European Child & Adolescent Psychiatry 2004 ; 13 : 307-314.
- Rutter, M : Rutter's Child and Adolescent Psychiatry Fifth Edition, 2008, Blackwell.

研究成果の刊行に関する一覧表

(添付資料 2) 研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
江川純、遠藤太郎、 染矢俊幸ら	精神科疾患の診断をめぐる諸問題 ―精神科医 327 名のアンケート調査から―	精神医学	印刷中	印刷中	印刷中
岩永洋一、中根秀之、 中根允文	DSM と ICD ―わが国における精神科診断システムの運用状況―	精神科	14(1)	58-66	2009
野中俊輔、木下裕久、 中根秀之	精神障害の概念と分類	精神科	15(1)	1-9	2009
黄田常嘉、新井平伊、 入江俊章	PET を用いた脳内アセチルコリンエステラーゼ活性測定によるアルツハイマー病の診断	臨床検査	52(3)	337-341	2008
新井平伊	アルツハイマー病の神経伝達系の異常	診断と治療	96(11)	2259-2263	2008
村山憲男、井関栄三、 藤城弘樹、長嶋紀一、 新井平伊、佐藤 潔	抑うつ傾向を有する高齢者の脳機能および心理的特徴 バウムテストを含めた検討	精神医学	51(12)	1187-1195	2009
野澤宗央、一宮洋介、 野澤詠子、杉山秀樹、 村山憲男、井関栄三、 新井平伊	アルツハイマー病に対する高用量 donepezil の 1 年間の治療効果	精神医学	51(12)	1147-1154	2009
中野祥行、馬場 元、 新井平伊	気分障害における認知機能障害	臨床精神医学	38(4)	403-411	2009
柴田展人、新井平伊	アルツハイマー病のゲノミックス	老年精神医学	20(9)	968-972	2009
里村恵美、馬場 元、 新井平伊	サイトカイン、ケモカイン、炎症性マーカー	Cognition and Dementia	8(4)	296-301	2009
N.Murayama, E.Iseki, T.Endo, K.Nagashima, R.Yamamoto, Y.Ichimiya, H.Arai and K.Sato	Risk factors for delusion of theft in patients with Alzheimer's disease showing mild Dementia in Japan	Aging & Mental Health	13(4)	563-568	2009
Suda M, Kubota F, Aihara Y, Hiraoka T, Aoyama Y, Hattori S, Fukuda M, Mikuni M.	A case of lithium intoxication with periodic sharp waves.	Pharmacopsychiatry.	42(3)	122-3	2009
Suda M, Uehara T, Fukuda M, Sato T, Kameyama M, Mikuni M.	Dieting tendency and eating behavior problems in eating disorder correlate with right frontotemporal and left	J Psychiatr Res.			in press

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
	orbitofrontal cortex: A near-infrared spectroscopy study.				
Ariga M, Uehara T, Takeuchi K, Ishige Y, Nakano R, Mikuni M.	Follow-up study of female delinquent adolescents in a detention centre: effectiveness of psychiatric intervention as a mental health service.	Int J Soc Psychiatry.	56(1)	15-22	2010
Ikeda Y, Kameyama M, Narita K, Takei Y, Suda M, Aoyama Y, Yuuki N, Sakurai N, Fukuda M, Mikuni M, Amanuma M.	Total and regional brain volume reductions due to the Syndrome of Irreversible Lithium-Effectuated Neurotoxicity (SILENT): a voxel-based morphometric study.	Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.	34(1)	244-6	2010

研究成果の刊行物・別冊

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—

● 岩永洋一¹⁾ / 中根秀之²⁾ / 中根允文³⁾⁴⁾

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¹⁾。

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²⁾。

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.

¹⁾ 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.

²⁾ 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.

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

⁴⁾ 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」³⁾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」⁴⁾がある。「精神障害の診断・統計マニュアル」³⁾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」⁴⁾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」³⁾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⁵⁾。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)」⁶⁾(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)」⁷⁾(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)」⁸⁾などがある。「臨床記述と診断ガイドライン」⁶⁾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」⁷⁾は、DSMシステムの「精神疾患の分類と診断の手引き」⁴⁾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」⁶⁾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⁹⁾。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%)	30(54.6%)	27(49.1%)
DSM	20(36.4%) 89.1%	21(38.2%) 92.8%	21(38.2%) 87.3%
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%)	12(21.8%)	11(20.0%)
DSM	39(70.9%) 94.5%	40(72.7%) 94.5%	40(72.7%) 92.7%
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⁹⁾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、一般外来のほかに、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($47.07 \pm$

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 感应性妄想性障害
	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
	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しての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」⁶⁾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. たしかに臨床上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」⁶⁾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かった. 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感應性妄想性障害, 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かった.

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」⁶⁾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, 反復的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かった.

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かった. 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かった. 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かった. F48.0神経衰

弱に関しては「CDDG」⁶⁾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かった。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係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かった。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かった。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かった。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かった。

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かった。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」⁷⁾に、専門家の間では行為障害は異種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かった。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

- Behavioural Disorders : Clinical Description and Diagnostic Guidelines. Geneva : WHO ; 1992. [融道男, 中根允文, 小見山 実, ほか・訳. ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン新訂版. 東京 : 医学書院 ; 2005.]
- 7) WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Diagnostic Criteria for Research. Geneva : WHO ; 1993. [中根允文, 岡崎祐士, 藤原妙子・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.]
- 8) WHO. Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care : ICD-10 Chapter V Primary Care Version. Geneva : WHO ; 1996. [中根允文, 吉武和康, 園田裕香・訳. ICD-10 プライマリーケア医における精神疾患の診断と治療指針. 東京 : ライフサイエンス出版 ; 1998.]
- 9) Nakane Y, Nakane H. Classification system for psychiatric diseases currently used in Japan. *Psychopathology* 2002 ; 35 : 191.

* * *

特集 精神科における診断面接

精神障害の概念と分類*

● 野中俊輔** / 木下裕久** / 中根秀之***

Key Words: diagnostic system, ICD, DSM, schizophrenia, mood disorder

はじめに

現在, わが国においては精神医学, 医療の分野において, DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) や国際疾病分類 (International Classification of Diseases; ICD) は広く浸透している¹⁾。岩永ら²⁾によると, 2008年に本邦の大学医学部および医科大学精神科80施設に対して行われた「精神科診断システムの利用状況」に関する調査において, 臨床場面においては3疾患すべてにおいてICDがほぼ5割を占めており, 研究場面においてはDSMがいずれの疾患においても約7割で利用されていたことを報告している。DSM, ICDを合わせると, いずれの場面のいずれの疾患においてもほぼ9割で使用されていた。

しかし, 精神医学的診断は, 正常と異常の境界といった, 根本的問題からその病因や症状の把握, 治療に至るまで十分に解明されているとは言い難く, さらに時代背景, 社会的, 文化的背景からその疾患概念の変化も認められ, 多くの問題の克服が必要とされてきた。このため,

臨床や研究に十分活用できる診断システムが求められている。

本稿では, まずこれまでの精神医学診断を巡る変化について述べ, その後精神医学的診断基準の国際標準化によって登場してきた2つの精神医学診断システムについて概説したい。

精神障害診断分類の変遷

1. フランスとドイツにおける歴史的背景

近代以前の精神障害の概念については, Hippocrates (ヒポクラテス, 前460~375年ごろ) による4つの体液(血液, 粘液, 黄色胆汁, 黒胆汁)の混和障害による不均衡状態によるものとするところから, 科学的解釈が始まったといえよう。その後, Galenus (ガレノス, 130~201年) はHippocratesの体液説を継承し, 「マニア(黄胆汁優位で判断力低下, 錯乱, 尊大, 感情過多)」, 「メランコリア(黒胆汁優位で落胆, 恐怖, 人との共存や生きることを嫌う)」など近代精神医学に用いられる用語を整理する一方, 脳室局在論を展開し脳質に霊気が宿るとして, 脳に焦点を当てた。18世紀後半になり, ようやく精神医学は今日のような形を整え始めたが, その主な舞台はフランスとドイツであった。詳細については成書³⁾⁴⁾を参照されたい。

* The classification system for mental disorders.

** Shunsuke NONAKA, M.D. & Hirohisa KINOSHITA, M.D., Ph.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, Nagasaki 852-8501, Japan.

*** Hideyuki NAKANE, M.D., Ph.D.: 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻理学・作業療法学講座作業療学分野(精神医学); Department of Health Science, Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki, Japan.

a. フランスにおける変遷

フランスでは、Pinel(ピネル, 1745~1826年)が多数の患者の観察に基づいた実証的な症状記載と疾病の臨床分類を行った。彼の疾病の分類はスウェーデンのLinné(リンネ, 1707~78年)の植物分類にならって、綱, 目, 属, 種の順に区分されたものであり, 精神病は神経症綱の脳神経症目に入っている。「神経症」の名称はスコットランドのCullen(カレン, 1710~90年)の命名以来, 炎症や局在病変のない感情, 運動障害を包含する概念として用いられていた。のちに精神病はさらに前景を占める病像から, マニー, メランコリー, 痴呆, 白痴の4種に区分される。これを分ける基準はデリール(知能・思考と精神全般の病的な偏り)と心的衰退の2つであり, マニーは全般的デリール, メランコリーは部分的デリール, 痴呆と白痴の差は心的衰退の程度による, とされる。

Pinelの弟子であるEsquirol(エスキロール, 1772~1840年)はPinelの分類をさらに継承し, メランコリー(melancholy)を悲哀と抑うつを伴うリペマニー(lypemanie)と高揚と誇大な熱情を示すモノマニー(monomanie)に分けた。モノマニーには障害された機能により知性モノマニー, 感情モノマニー, 本能モノマニーがあるとした。さらに横断的な病像の観察から, 色情モノマニー, 酩酊モノマニーなど多数の類型が記載されている。この結果, 分類は複雑に細分化され, 1人の患者の異なる時期によっていくつもの診断がつくこととなった。

Bayle(ペイル, 1799~1858年)は進行麻痺の病理が解明され, 臨床的には誇大妄想を有するモノマニー, マニー, 痴呆の3病期を経過することを示した。Bayleはこのような観察を拡大し, 精神疾患の大部分が髄膜の慢性炎症による症状であると主張するに至った。これは精神症状と神経症状が同一の病変に基づくという斬新な心身一元論であり, のちの疾患単位概念への道を開くと同時に生物学的精神医学の始まりでもあった。

Falret(ファルレ, 1794~1870年)は疾患全体としての時間経過, 症状の展開を重視し, 狂疾あるいは慢性デリールに, 前駆期ないし形成期,

体系期, 最終期ないし慢性期の3病期を区分した。彼はこれら状態像から疾患の自然型を抽出し分類することを試みた。また, マニー, メランコリー, モノマニー, 痴呆などは一時的な状態を表しているにすぎないとして, 独立疾患とみる分類を批判し, モノマニーの存在自体を否定した。

Falretの弟子のMorel(モレル, 1809~73年)は, 精神障害をその原因から分類することを試み, 科学, 宗教, 社会的要素をあわせもつ独特な立場からの変質理論を唱えた。変質(degenerescence)とは完璧な原型から創造された正常な人間の病的偏奇を示すものであり, 遺伝的に伝えられ滅亡に至るまで進行するという。

Magnin(マニャン, 1835~1916年)は症状展開の時間経過とMorelの変質理論を組み合わせ, 19世紀末のフランスを代表する分類体系を作り上げた。疾患をまず素質の有無で二分し, さらに変質の有無で二分する。変質の有無により病像はまったく異なる形をとり, 両者に移行はないとされている。たとえば, 変質のない妄想状態は進行性で, 系統的, 慢性的な経過をとる慢性妄想病となるが, 変質のある場合は妄想が単一で固定するか, あるいは規則性を欠き急性に発症して突然に治癒する突発妄想あるいは急性錯乱になる。

b. ドイツにおける変遷

Zeller(ツェラー, 1804~77年)は抑うつ, 狂躁, 偏執狂, 痴呆は一つの疾患過程の状態像にすぎないとして, 単一精神病(Einheitspsychose)の概念を提唱した。

単一精神病の概念を継承したGriesinger(グリージンガー, 1817~68年)は, 脳を脊髓反射弓の分化した反射中枢と考え, 精神病は脳に由来すると考え, 精神反射作用の乱れから表象, 意志, 意識などの精神障害が現れるとした。臨床分類としては, 一次性で病巣不定のメランコリーと躁暴, 二次性で病巣の固定した偏執狂, 錯乱, 痴呆に分けた。

Kahlbaum(カールバウム, 1828~99年)は進行麻痺をモデルに疾患の時間的展開に注目しその背後に病型を想定した。1871年に弟子のHecker(ヘッカー)とともに破瓜病(Hebephrenie)を, さ