

支障はないであろうと判断した。

質問事項の作成：

EDCAS は、その名称が示す通り診断を補助するツールであり、具体的には医師に向かってシステムが質問を投げかけ、それに対し医師が回答を入力するという手順で進められる。したがって、一般医であっても診療時に無理なく活用できる情報を中心に項目立てが進められた。また疫学等の文献をベースに、各障害についてある程度科学的知見が得られている臨床像の共通項が質問事項に含められるよう配慮した。

障害名－質問事項回答の重みづけ：

前述の、疫学等から科学的知見の得られている特定の障害に特有の項目について、まず障害名－質問事項の重みづけがなされた（例：認知症－年齢 高得点、不安障害－身体症状やや高得点、不眠症－性別 得点なし）。次に質問項目に対し、さらに各回答に対する点数化がなされた（例：認知症－年齢において高齢は高得点、若年は得点なし）。この二重の重みづけから得られた点数は各障害の臨床像のプロファイルと照合され、最終画面において一致率の高い障害が上から順に示されるよう設定を行った。

D. 考察

本年度の目標としては構想の具体化・可視化までであり、これにおける成果はある程度あげられたと言ってよいだろう。ICD-10 プライマリ版を基盤としつつ、必要な情報を電子媒体中に置き換え、システムに組み込むことで、当初の構想であった「システム側から必要な情報に関する問いをユーザーに投げかけ、その情報を統合して診断を補助する」プログラムを仮のかたちではあるが運用可能な程度までこぎつけることができた（本研究の実際の成果物である EDCAS 本体は別途プログラムを USB で提出するので、詳細については割愛）。

当初の構想の実現可能性を確認できたという意味では本研究は意義深いものであったが、現場での運用および普及には至らない点が多々ある。

まずシステムのプログラミングまでに活用できた情報が乏しく、具体的数値を左右する論拠が乏しい。大枠が完成しているので細かい数値の調整は今後十分に行い、またケースシミュレーションを重ねることで大幅な精度の向上はまだ十分にある。

また、現場における活用に足る段階でない都合上、従来の ICD-10 プライマリケア版など既存の紙ベースのシステムと比較した際の優位性に関する検討がまったく行われていない。ユーザーの視点からのユーティリティ、診断における精度など、EDCAS が紙ベースでのアルゴリズムの発展形を目指して作成されたシステムである以上、これらの観点からの比較対照は不可欠であろう。

E. 結論

本研究で作成された診断補助ツールである EDCAS は実際の運用まで未完成な部分が多いものの、大枠として十分に実現可能であることが示された。更なる精度の向上に加え、既存の診断分類システムとの比較対照が今後求められる。

F. 健康危険度

特記なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

松本ちひろ. ICD-11 に向けて日本から何が発信できるか：Clinical Utility の観点から. 第 30 回日本精神科診断学会 シンポジウム 2(福岡), 2010.11.12

H. 知的財産権の出願・登録状況

必要に応じ登録予定

引用文献

丸田敏雅(2009). ICD-11 に向けての調整・

診断モデルの検討. 厚生労働科学研究費補助
金 心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
20 年度総括・分担研究報告書 より

平成 22 年度 分担研究報告書

国際疾病分類の改訂による社会的影響に関する研究

ICD-11 と精神鑑定 - その社会的影響 -

針間 博彦

国際疾病分類の改訂による社会的影響に関する研究

ICD-11 と精神鑑定 - その社会的影響 -

研究分担者

針間 博彦（東京都立松沢病院精神科医長）

研究協力者

大澤 達哉（東京都立松沢病院）

黒田 治（東京都立松沢病院）

小池 純子（東京都立松沢病院）

研究要旨

精神鑑定における鑑定人の操作的診断に対する意識を明らかにすることを目的に、鑑定経験の豊富な精神科医師を対象に精神鑑定と操作的診断の関係についてアンケート調査を行った。その結果、ICD-10 は精神医学の共通言語として精神鑑定においても広く用いられていることが明らかになったが、病因論の欠如や類型診断と疾患診断の混同などの問題も指摘された。これらのことから、動機・原因を重要視する精神鑑定では、事例や疾患によっては伝統的診断またはそれによる補足も必要と考えられた。そして、我が国では ICD-10 は公文書に使用されるなど影響は大きいことから、改訂後の ICD-11 においては、精神鑑定におけるその限界や使用上の注意を明確に示す必要が示唆された。

A. 研究目的

精神鑑定（責任能力鑑定）とは、刑事訴訟法第 165 - 174、223 - 225 条などに規定され、被告人または被疑者の責任能力に疑義が生じた時に、裁判官または検察官の依頼によって実施される。その目的は裁判官等の専門知識（医学知識）の不足を補うことで、ほとんど精神科医によって行われ、その件数は年間 2000 例に上る（大澤、2007）。このように精神鑑定は社会的に要請される精神科医の重要な実務の一つである。

最高裁判所第二小法廷平成 20 年 4 月 25 日判決は、「生物学的要素である精神障害の有無及び程度並びにこれが心理学的要素に与えた

影響の有無及び程度については、その診断が臨床精神医学の本分であることにかんがみれば、専門家たる精神医学者の意見が鑑定等として証拠となっている場合には、鑑定人の公正さや能力に疑いが生じたり、鑑定の前提条件に問題があったりするなど、これを採用し得ない合理的な事情が認められるのでない限り、その意見を十分に尊重して認定すべきものというべきである」としており、鑑定の結果は判決に大きな影響を与える。被告人や被疑者にとっては最終的な判決や処遇（医療観察法などの精神科医療か刑法か）に、被害者には被害者感情が満たされるかなどに、市民にとっては裁判員として医学的診断を評価で

きるか否か、精神科医には治療対象か否かなど、多くの問題が想定される。

2005年には医療観察法が、2009年には裁判員裁判法が施行され、精神鑑定を取り巻く状況は大きく変化した。精神鑑定に関わる医師は増加し、鑑定件数も増加傾向にある。いまや精神鑑定は一部の精神科医に限られたまれな業務ではなくなった。そして、裁判員制度においては、裁判官・検察官・弁護人のみならず、裁判員にも理解される説明が求められ、限られた時間で、正確な、短い鑑定書を作成しなければならない。そして、鑑定人尋問と法廷でのプレゼンテーションも要求されることも多い。このことは従来以上に診断能力と説明能力が求められることを示している。

診断は責任能力判断の基礎であり、ICD-10やDSM-VIの改訂は、精神鑑定制度の運用にも大きな影響を与える可能性がある。そこで鑑定経験の豊富な医師を対象に精神鑑定と操作的診断の関係についてアンケート調査を行った。

B. 研究方法

精神鑑定における鑑定人の操作的診断に対する意識を明らかにすることを目的に、協力の得られた精神鑑定の経験が豊富な精神科医20名（全国16施設）を対症として、電話にて協力を依頼し、質問紙を郵送してアンケート調査を行った。

C. 結果

Q1 責任能力鑑定経験数は？

- 50件以上 12名
- 30-49件 5名
- 10-29件 3名

Q2 鑑定での診断・記載方法は？

- ICD-10のみ 8名
- ICD-10+伝統的診断 5名
- DSM-VI+伝統的診断 3名
- ICD-10+DSM-VI+伝統的診断 2名

- DSM-VIのみ 1名
- 伝統的診断のみ 1名

Q3 伝統的診断は鑑定に適していると思うか

- 適している 2名
- どちらかというに適している 9名
- どちらともいえない 6名
- どちらかというに適していない 2名
- 適していない 1名

Q4 操作的診断は鑑定に適していると思うか

- 適している 3名
- どちらかというに適している 9名
- どちらともいえない 5名
- どちらかというに適していない 3名
- 適していない 0名

Q5 鑑定ではICDとDSMのどちらが適していると思うか

- ICD-10 7名
- DSM-VI 2名
- ともに適している 3名
- どちらともいえない 8名

Q6 操作的診断の利点は

- 標準化されている 17名
- 専門家以外に説明しやすい 16名
- 専門家以外に理解されやすい 6名
- 信頼性が高い 4名

Q7 操作的診断の問題点は

- 病因論の不在 15名
- 類型診断と疾患診断が混同される 11名
- 優先順位が不明確で診断の羅列になる 10名
- 重症度が評価されない 2名
- その他 2名

Q8 統合失調型障害などICD-10とDSM-VIで取扱いの違う疾患ではどちらの操作的診断を優先するか

- ICD-10 10名
- DSM-VI 3名
- 事例による 7名

Q9 操作的診断では十分な説明ができない疾患は何か

- 精神作用物質による
残遺性精神病性障害 13名
- 覚せい剤による急性中毒 9名
- 精神作用物質による精神病性障害 8名
- 解離性障害 8名
- 広汎性発達障害 8名
- アルコールによる急性中毒 6名
- 統合失調型障害 6名
- 適応障害 6名
- パーソナリティ障害 6名
- 症状性を含む器質性精神病性障害 5名
- 急性一過性精神病性障害 5名

D. 考察

① 精神鑑定における ICD-10 の意義

精神鑑定で操作的診断のうち ICD-10 のみを使用しているものは 13 名 (DSM-VI のみを使用しているものは 4 名) だった。そして、その利点として標準化されていることや説明のしやすさを挙げているものが 12 名であった。このことは第 3 者の関与が多い司法場面では、ICD-10 は共通言語として有効であることを示唆している。その一方で、精神鑑定での適格性についての質問には、8 名が DSM-VI との優位性を明確にしなかった。これは医学的根拠以外の理由 (行政文書やガイドラインの推奨) などが影響していると推測された。

② 精神鑑定における ICD-10 の信頼性

精神鑑定で ICD-10 を単独に使用しているものは 7 名だったが、操作的診断に伝統的診断を併用しているもの 10 名だった。そして伝統的診断が鑑定に適しているとするものは 11 名だった。この結果は、鑑定では ICD-10 だけでは不十分と考える医師が多いことを示していると考えられる。

ICD-10 を含む操作的診断の問題点として病因論の不在を挙げるものが 15 名と多く、さ

らに類型診断や疾患診断の混同、優先順位の不明確さも問題視されていた。これは精神鑑定では原因や動機が重要視されることが関連していると考えられ、また、疾患によっては操作的診断だけでは十分な説明ができないことなどが示されていると思われた。これらのことから事例や疾患によっては伝統的診断が必要な場合があると考えられた。

③ 司法精神医学の特異性

司法精神医学、特に精神鑑定はその国の法律、司法・医度制度 (医療モデルか司法モデルか、保安処分の有無など)、文化などが反映される。そして、ICD-11 の想定する機能は 5 つ (臨床領域、研究領域、教育及びトレーニング、公衆衛生、統計報告) (丸田、2008) で、司法精神医学領域への積極的な配慮はされていない。規模の小さい調査に過ぎないが、調査の結果からは、鑑定において ICD-10 などの操作的診断基準を使用する際には、その状況を考慮した使用方法が求められると考えられる。

E. 結論

ICD-10 は精神医学の共通言語として、精神鑑定においても広く用いられている。しかし、病因論の欠如や類型診断と疾患診断の混同などの問題も指摘され、動機・原因を重要視する鑑定では、事例や疾患によって伝統的診断またはそれによる補足も必要と考えられる。我が国では公文書などに使用されていることにより ICD-10 の影響は大きく、改訂後の ICD-11 においては、精神鑑定におけるその限界や使用上の注意を明確に示す必要があると考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

大澤達哉 黒田治、針間博彦 (印刷中) : ICD-11 と精神鑑定 - その社会的影響 - 。精神科診断学、4 (1)

2. 学会発表

大澤達哉 黒田治、針間博彦（2010）：
ICD-11 と精神鑑定 - その社会的影響 - 。第
30 回日本精神科診断学会、福岡。

G. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

なし

平成 22 年度 分担研究報告書

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

青木 省三

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

研究分担者

青木 省三（川崎医科大学 精神科学 教授）

研究協力者

村上 伸治（川崎医科大学 精神科学 講師）

澤原 光彦（川崎医科大学 精神科学 講師）

松下 兼宗（川崎医科大学 精神科学 講師）

宮崎 哲治（川崎医科大学 精神科学 助教）

和邇 健太（川崎医科大学 精神科学 助教）

高橋 優（川崎医科大学 精神科学 助教）

研究要旨

ICD-10 の問題点について、発達障害という概念、成人の精神障害と発達障害、多動性障害と広汎性発達障害の合併、自閉症スペクトラム障害という概念、思春期、成人期の診断基準、文化的要因が関与などを、調査・検討した。

A. 研究目的

現行の国際疾病分類第 10 版（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」についての問題点を整理し、ICD-11 の改訂に向けての課題を検討する。

B. 研究方法

児童青年精神科医などに、メールなどを用いて、ICD-10 の問題点についてたずねる。ICD-11 に向けて改善すべき点について、関連学会学会員にアンケートを行う。

（倫理面への配慮）

本研究は ICD-10 の問題点についての検討であり、患者を対象としたものではなく、特に倫理的な問題はないと考える。

C. 昨年度までの研究結果

1. 発達障害という用語をめぐる

発達障害という用語は、発達の遅れと偏りを総称したものとして、日常臨床においては、広汎性発達障害だけでなく、多動性障害や精神遅滞（知的障害）をも含んで、広い意味で用いられることが少なくない。2005 年に施行された発達障害支援法では、発達障害は「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害、その他これに類する脳機能の障害であって、その症状が通常低年齢において発現するもの」としている。この定義は、ICD-10 にも DSM-IV にもないが、現実的、実地的なものであり、F7（精神遅滞）と F8（心理発達の障害）を統合して良いと考える。

2. 従来 of 精神障害との関係

成人を対象とした一般臨床において、統合

失調症、気分障害、強迫性障害、不安障害、パーソナリティ障害などと診断される人の背景に、アスペルガー症候群をはじめとする広汎性発達障害が認められたり、疑わしきものがあることが報告されている。今や一般臨床は、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。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。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

ICD-10 では DSM-IV でも同様に、多動性障害と広汎性発達障害の併記を認めていない。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

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。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。

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。

D. 今年度の研究結果

今年度は、ICD-10 の F8, F9 についての問題点、および ICD-11 に向けての意見をアンケート調査を行うことにした。研究分担者である青木は、日本児童青年精神医学会の「ICD-11 に関する委員会」（以下 ICD-11 委員会と略す）の委員長もしているので、分担研究者、および ICD-11 委員会委員長として今年度、以下のような活動を行った。

1. ICD-10 の改善すべき点

まず、ICD-11 委員会委員などの児童精神科医に、ICD-11 への意見を広く尋ねなどし、考えられる改善点として以下が挙げられた。

① F63 習慣および衝動の障害は、DSM-IV-TR の 14.他のどこに分類されない衝動制御の障害、という位置づけの方が良いのではないか。間欠性爆発性障害を入れて欲しい。

② 性同一性障害と性嗜好障害は、DSM-IV-TR の 11.性障害および性同一性障害の方が明確ではないか。

③ F8 を発達障害とするなら、ここに F90 多動性障害をいれるべきではないか。

④ 注意障害優位の ADHD は「F90 多動性障害」に該当しにくいので、F90 は「注意欠如／多動性障害」とすべき。

⑤ F91 の行為障害にある反抗挑戦性障害は、別枠ではないか。また、逆に、反抗挑戦性障害は行為障害に含まれる現行のままが良いのではないか。

⑥ F92 はなくして併存障害として2つ以上の診断の明記とした方が良いのではないか。

⑦ F98.4 の常同運動障害はいらないのではないか。

⑧ F90.1（多動性行為障害）はなくし、行為障害と多動性障害の併存を認めるべきではないか。

⑨ 思春期妄想症という疾患単位があっても良いのではないか。

⑩ 広汎性発達障害と多動性障害は併存を認めるべき。

⑪ 児童期に広汎性発達障害特徴がほとんどなく、青年期以降に広汎性発達障害特徴が顕在化する事例を扱う項目があっても良いのではないか。

⑫ F9 は项目的に整理されすぎていて貧弱である。もっと多様にすべき。

⑬ 児童思春期の自傷、リストカット、自殺企図は、F92（行為及び情緒の混合性障害）の中に独立した項目を作るべき。

⑭ F93（小児期に特異的に発症する情緒障害）は、内気、恥ずかしがり、怖がり、無気力、無関心などを分類しにくく、F93 は項目が不足している。醜形恐怖や自己臭恐怖も此処に項目を作るべきである。

⑮ 不登校、引きこもりに相当する退却障害を新たに作るべき。

⑯ 学童の心因性視力障害などは F45 の身体表現性障害の中には妥当な項目がないので、小児の情緒身体表現の項目を設けるべき。

⑰ F91（行為障害）以外に、「キレル子ども」や「家庭内暴力」などに相当する項目が要るのではないか。

⑱ F98（通常小児期および青年期に発症する行動および情緒の障害）に、頭打ち付け、反芻、爪噛み、自慰なども入れるべき。などの問題点が考えられた。

2. アンケート内容の検討

以上の 18 項目のうち、次項の「E.考察」で述べるような理由で、実際にアンケートを行うならば、上記のうち、③、④、⑤、⑥、⑧、⑨、⑩、⑬をアンケート項目として採用し、各々について賛否を求める形でアンケートを行うのが良いと考えた。

3. アンケートの実施と結果

実際にアンケートを行うに際しては、厚生科学研究の分担研究者が独自にアンケートを求めてもごく低率な回答率しか得られないと考え、ある程度十分な回答率を得るためには、日本児童青年精神医学会の ICD-11 に関する委員会から、同学会員全員にアンケートを取

るのが良いと考え、学会によるアンケートが行われた。

児童青年精神医学会の学会員 3383 名全員にアンケートが送付され、568 通の返答があった。

回答率は 17%であった。結果は、1) 多動性障害は F9 から F8 に移す。賛成=54.4%、反対=13.0%、わからない=31.2%。無回答=1.4%。2) 多動性障害と広汎性障害の併存を認める。賛成=86.0%、反対=8.1%、わからない=5.6%、無回答=0.3%。3) 多動性障害は (DSM と同じく) 注意欠如多動性障害とする。賛成=87.3%、反対=2.8%、わからない=9.2%、無回答=0.7%。4) 反抗挑戦性障害が行為障害の中の 1 つになっているが、これを行為障害から独立させた項目にする。賛成=40.5%、反対=19.9%、わからない=38.7%、無回答=0.9%。5) F92 (行為および情緒の混合性障害)をなくし、併存を認める。賛成=71.8%、反対=7.6%、わからない=19.5%、無回答=1.1%。6) F90.1 (多動性行為障害) はなくし、行為障害と多動性障害の併存を認める。賛成=83.9%、反対=3.3%、わからない=12.3%、無回答=0.5%。7. 思春期妄想症という項目を新設する。賛成=35.7%、反対=21.9%、わからない=41.7%、無回答=0.7%。8) 自傷障害という項目を新設する。賛成=39.6%、反対=33.8%、わからない=25.9%、無回答=0.7%。という結果であった。

E. 考察

1. アンケート実施項目について

我々分担研究者だけでなく、児童青年精神医学に関わる者の中で、ICD-10 について意見を持っている人はかなりおり、そういう人に ICD の改訂について意見を聴くと、様々な意見が出てくる。ただ、それは個々の意見であり、どのくらいの普遍性を持つ意見であるのと考え、やはりアンケートという方法を

行うべきと考えた。

③: F90: 多動性障害は、心因的な情緒障害というよりも、発達障害の 1 つとして近年は扱われることが多いため、F9 から F8 に移すべきとの意見に ICD-11 委員会委員の中でも賛成が多く、アンケートに採用すべき項目と考えた。

④: 注意障害優位の ADHD は「F90 多動性障害」に該当しにくいので、F90 は DSM-IV と同じ、「注意欠如/多動性障害」とすべきことでも委員間のほぼ意見の一致をみたためアンケートに加えるべき項目と考えた。

⑩: 多動性障害と広汎性障害の併存についても今までは認められていなかったが、昨年度までの研究でも述べてきたようにこれを認めるべきとの意見が委員の中で強く、アンケート項目に採用すべき項目と考えた。

⑥: 「F92: 行為および情緒の混合性障害」においては、「F92.0: 抑うつ性行為障害」「F92.8: 他の行為および情緒の混合性障害」「92.9: 行為および情緒の混合障害、特定不能のもの」という 3 項目が挙げられているが、これはうつ病性障害や神経症性障害と併存を認めれば本項を設ける必要はないとの意見が委員の中にも多く、アンケートに採用すべき項目と考えた。

⑤: 反抗挑戦性障害が行為障害の中の 1 つになっており、これを行為障害から独立させた項目にするべきかどうかについては、委員の中で賛否両論があり、アンケートで問うべき項目と考えた。

⑨: 自己臭症や自己醜形恐怖などのいわゆる思春期妄想症については、日本に特徴的な疾患であるが、欧米でも認めることが時があるので、認めるべきとの意見と、不要であるとの意見が別れ、これもアンケートで問うべき項目と考えた。

児童思春期のリストカットなどに対応する自傷障害という項目を新設することについては、委員でも意見が色々とあり、これもアン

ケートで問うべき項目と考えた。

⑧：F90.1（多動性行為障害）については、これをなくし、行為障害と多動性障害の併存を認めるべき、についても委員間でも同意見が多くアンケート項目に採用すべき項目と考えた。

⑬：児童思春期の自傷、リストカット、自殺企図は、F92（行為及び情緒の混合性障害）の中に独立した項目を作るべき、については、委員の中でも意見が別れたが、アンケートで問うべき項目と考えた。

⑮：不登校、引きこもりに相当する退却障害を新たに作るべき、については、慎重な議論を要した。⑨の思春期妄想症に付いては、我が国においては、ある程度、認知されている疾患単位であるが、この⑮については、不登校や引きこもりを病気とみなして良いのかということについて、国内でも意見の一致を見ているとは言えない。従って、今回のアンケート項目からは外すのが良いと考えた。

他の項目については、広く支持を得られそうなものとは思われず、アンケートからは外す項目と考えたが、今後も考慮すべき問題ではあると思われる。

2. アンケートの結果について

日本児童青年精神医学会 ICD-11 委員会のアンケートの返答率は 17%であり、決して高いとは言えないが、学会員全員へのアンケートであることと、この種の他のアンケートの回答率が総じて極めて低いことから考えて、悪くはない回答率ではいかと考えられる。返答結果については、概ね施行前に予想された範囲だと思われた。ただ全般に、大きな変化を求めている様子が伺われた。なおこの結果については、日本児童青年精神医学会を通じて、世界保健機関に伝えられる予定である。

F. 結論

ICD-11 で改善すべき点として、日本児童青年精神医学会を通じてアンケートを行った結

果、a) 多動性障害と広汎性障害の併存を認める。c) 多動性障害は (DSM と同じく) 注意欠如多動性障害とする。F92 (行為および情緒の混合性障害) をなくし、併存を認める。d) F90.1 (多動性行為障害) はなくし、行為障害と多動性障害の併存を認める。の 4 点について大多数の賛成が得られ、改訂すべきと考えられた。

G. 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、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.

H. 研究発表

1. 論文発表

松下兼宗、青木省三：「心の危機状態」(At Risk Mental State)における精神療法的アプローチ *精神神経学雑誌* 112 (4) : 360-365, 2010

高橋 優, 和辻健太, 松下兼宗, 山田了士, 青木省三: 児童思春期におけるうつ病診療 総合臨床 59 (5) : 1209-1214, 2010

村上伸治、青木省三：言葉を解する個人精神療法 脳とこころのプライマリケア 4 子どもの発達と行動 4 : 113-122、(飯田順三 編) シナジー出版、東京、2010

2. 学会発表

青木省三：教育講演 成人期の発達障害を考える 第106回日本精神神経学会(広島), 2010.5.21

青木省三：教育講演 初回面接の大切な点 第18回日本ホスピス・在宅ケア研究会全国大会(鳥取), 2010.7.10

青木省三：思春期症例の診断と心理療法 教育講演 第51日本児童青年精神医学会(前橋), 2010.10.29

青木省三：教育講演 精神療法を支えるもの 第28回日本青年期精神療学会(神戸), 2010.11.21

研究成果の刊行に関する一覧表

平成 22 年度 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
丸田敏雅、松本ちひろ、飯森眞喜雄	ICD-11「精神および行動の障害」作成の動向—これまでの経緯と DSM-V 作成の活動状況—	精神科診断学	2(1)	3-27	2009
丸田敏雅、松本ちひろ、飯森眞喜雄	ICD-11 作成の動向	精神神経学雑誌	113(3)	309-322	2011
松本ちひろ、丸田敏雅、飯森眞喜雄	DSM-5 の動向	精神医学	52(7)	634-645	2010
松本ちひろ、丸田敏雅、飯森眞喜雄	DSM-5 草稿（ドラフト）の概要	精神科治療学	25(8)	1117-1123	2010
松本ちひろ	機能性疾患の再編成—ユーザーのための診断分類システムへ—	こころのりんしょう	28(4)	654-657	2009
針間博彦、岡田直大、崎川典子、五十嵐雅、白井有美	ICD-10 における内因性精神病の診断とわが国における非定形精神	精神科診断学	2(1)	28-36	2009
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	52(9)	891-898	2010

研究成果の刊行物・別冊

ICD-11「精神および行動の障害」作成の動向 —これまでの経緯と DSM-V 作成の活動状況—

丸田 敏雅 松本 ちひろ 飯森 眞喜雄

1. はじめに

世界保健機関 (WHO) は、第 11 回国際疾病分類 (ICD-11) の準備を開始しており、ICD-10 「精神及び行動の障害」の国際アドバイザー・グループ (AG) の活動 (第 1 回～第 3 回) およびこの分科会であるグローバルな科学的協力ネットワーク・グループの動向については、本誌前号等 (丸田, 松本, 飯森, 2008; 丸田, 松本, 飯森, 2008; 丸田, 松本, 飯森, 2009) で報告した。本稿では、その後のそれらの動向、世界精神医学会の動向および DSM-V の活動状況について報告する。

2009 年 4 月における WHO の ICD-11 のタイムスケジュールは、
2010 年～2011 年 : ICD-11 草案 (α 版) の公開およびそれを基に協議
2011 年～2012 年 : ICD-11β 版公開、フィールド・テストの開始およびデータの収集
2013 年～2014 年 : 一般レビュー用の最終版の公開および調査実施、レビューの公開
2014 年 : 世界保健総会への提出および承認
2015 年 (以降) : ICD-11 の勧告、各国が状況に応じて順次導入
である。

上記のように、ICD-11 に向けては α 版、β 版の 2 つの草案が作成される予定である。α 版は WHO-FIC ネットワークのメンバーや専門家向けの草案であり、一方、β 版はデータに基づく検証を行うためのフィールド・テスト用の草案である。科学的知見の収集に留まらず、試験的に改訂版を運用し、実際に活用可能かどうか等についての検

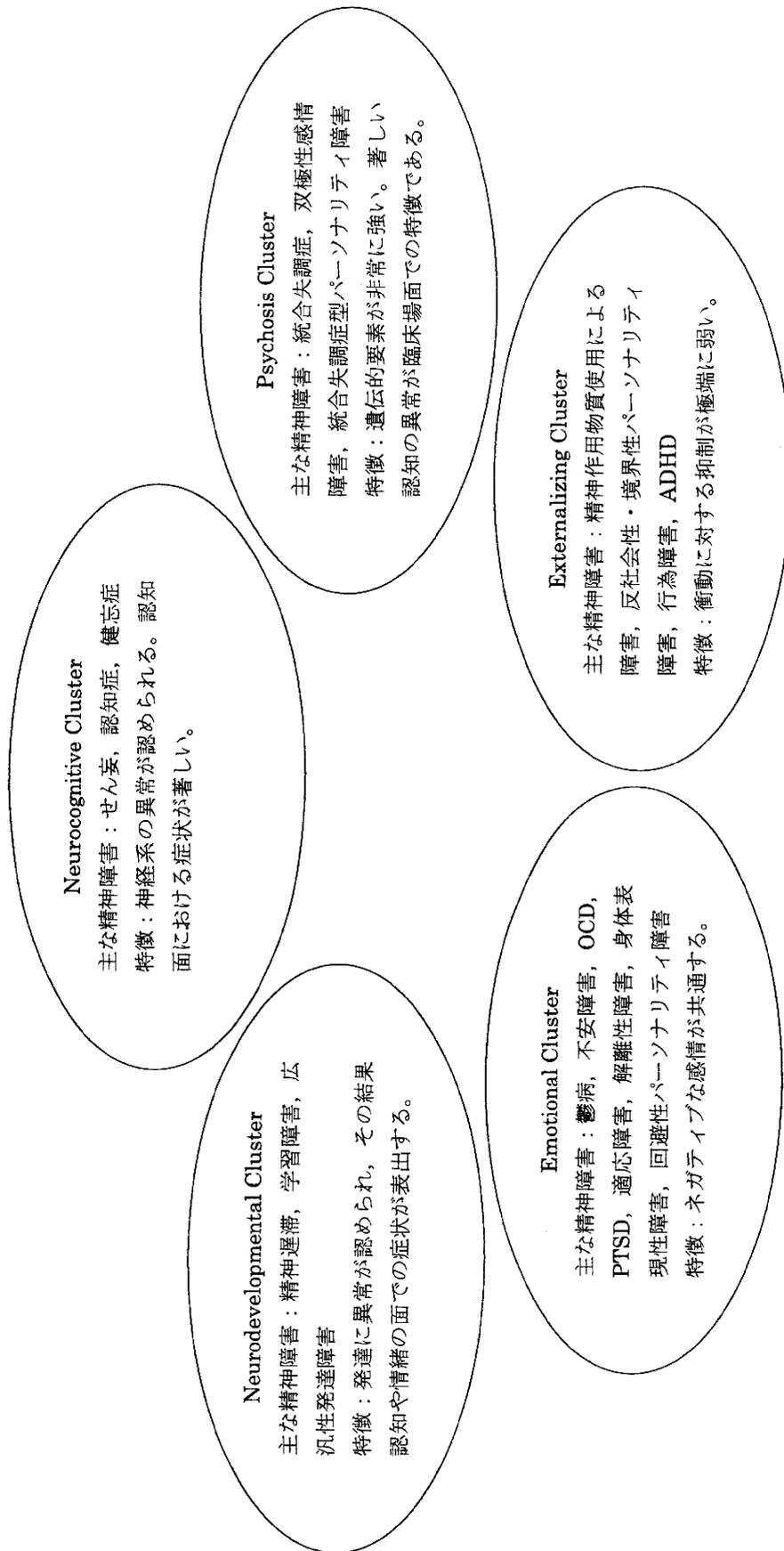
証も β 版を基に行う予定である。現在の予定では、2010 年 5 月に α 版 (最終版ではなく、問題点を確認するたたき台となるもの) が公開される様子である。

これらのスケジュールに合わせて、「精神および行動の障害」も改訂作業が行われつつある。

2. ICD-10 「精神及び行動の障害」改訂のための国際アドバイザー・グループの活動状況

本グループの第 1 回～第 3 回会議については、本誌前号で報告した。それらに続く第 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。このモデルの最大の特徴は、診断学上これまで独立したものと捉えられていた各精神障害を、研究および臨床の見地から 5 つの大まかなクラスターをごとに分類するという発想である (図 1)。

図1：5つのClusterによるLarge Grouping



- Neurocognitive (神経認知; 神経系の異常によって分類される)
- Neurodevelopmental (神経発達; 早期および持続性の認知的欠損によって分類される)
- Psychosis (精神病; 情報処理における欠損を示す生物学的指標により分類される)
- Emotional (感情ないし情緒; 前駆的に見られるネガティブな感情により分類される)
- Externalizing (外在化ないし外面化; 前駆的に見られる抑圧の低さにより分類される)

クラスター抽出にあたり DSM Task Force の Study Group は 11 の判断基準をあらかじめ挙げ、結果的に上記の 5 つがクラスターとして認められたという。各クラスターに含まれる精神障害が一定の整合性ないし近似性を保つために挙げられた判断基準は、以下の通りである。

1. 共通する遺伝的リスクファクター (shared genetic risk factors)
2. 家族間で見出される要因 (familiarity)
3. 共通する特定の環境リスクファクター (shared specific environmental risk factors)
4. 共通する神経系の特徴 (shared neural substrates)
5. 共通する生物学的指標 (shared biomarkers)
6. 共通する前駆的に見られる気質 (shared temperamental antecedents)
7. 共通する認知ないし感情面のプロセスにおける異常 (shared abnormalities of cognitive or emotional processing)
8. 症状の近似性 (symptom similarity)
9. Comorbidity の割合 (high rates of comorbidity)
10. 障害の経過および予後 (course of illness)
11. 治療への反応 (treatment response)

1 から 7 は精神障害の原因に言及するものであり、8 から 11 は臨床においてみられる特徴と捉えられる。これらの判断基準は必ずしもすべて満たされなければならないものではなく、各クラスターを独立したものとみなす妥当性の検討のために用いられた。

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うえで、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と述べた。上記の 5 つの群、特に 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もあると指摘した。

また、今後これら 5 つの large grouping に関するフィールド・トライアルに向けた手法について、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、特に 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ると述べた（これらについては後述する）。

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ついて、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 のなかにもどのように位置づけるのか、また、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 日間を通して最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」