

201027054B

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業

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20～22年度
総合研究報告書

研究代表者 飯森真喜雄

平成23（2011）年6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調整	13
丸田 敏雅	
2. 国際的診断基準の問題点に関する研究	19
丸田 敏雅	
3. 診断分類の枠組に関する研究	
－診断基準の構造および日本の精神科診断様式の問題点から－	23
染矢 俊幸	
4. プライマリケアにおける ICD-10 運用に関する研究	35
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	
－司法精神医学の領域における国際疾病分類の使用の現状とその社会的影響－	47
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 －	57
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	61
大久保 善朗	
8. 気分障害の診断分類・診断基準の検討	69
三國 雅彦	
9. ICD-10 F4 群に関する研究	73
小澤 寛樹	
10. 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	75
大野 裕	
11. 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	81
青木 省三	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	87
IV. 研究成果の刊行物・別冊	93

平成 20-22 年度 総括研究報告書

国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究

飯森 眞喜雄

国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究

主任代表者

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～2008 年の第 1 期、2009 年～2010 年の第 2 期に会議が開催された（これらに関しては平成 20 年度および平成 21 年度本研究班報告書参照）。

その後、WHO にて新たに第 3 期の AG の人選が行われ、丸田分担研究者が再任された。この第 3 期の第 1 回会議が 2011 年 2 月 23 日、24 日に WHO 本部で開催された。

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（丸田分担研究者）。

2. ICD-11 の大枠作りに関する研究

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）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、ICD-11 の大枠作りに関する研究（Study A および Study B）を行った（丸田分担研究者）。

3. 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

ICD-11 の改訂の主目標は臨床的有用性（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、中根分担研究者および丸田分担研究者）。

4. 「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」に関する研究（青木分担研究者）

日本児童青年精神医学会の学会員 3383 名全員にアンケート調査を行った（青木分担研究者）。

5. 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）

6. ICD-11 と精神鑑定に関する研究

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。

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（丸田分担研究者）

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～2008 年まで第 1 期、2009 年～2010 年までの第 2 期に会議が開催された（これらに関しては平成 20 年度および 21 年度本研究班報告書参照）。

その後、WHO にて新たに第 3 期の AG の人選が行われ、丸田分担研究者が再任された。2011 年 2 月 22 日、24 日に、この第 3 期の第 1 回会議が WHO 本部で開催された。

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. ICD-11 の大枠作りに関する研究（丸田分担研究者）

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 において現在優先の研究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、本年度は Study A および Study B（共に仮称）と呼ばれる研究も本研究班で行った。

Study A と呼ばれる研究は、2つの障害間の近似性を7段階で評価する作業が中心である。本研究で使用された60の障害からは1770の組み合わせが可能となるが、ここから100のペアがランダムに表示され、参加者はそれらの近似性をオンライン上で評価する。本研究は、ウェブサイト設置にかかるコスト等の理由から、英語とスペイン語のみでの実施となった。尚、いずれかの言語を理解する者であれば参加自体はどの国からも可能であり、英語圏（米国、インド、ナイジェリアなど）とスペイン語圏（スペイン、ブラジルなど）を中心とする21か国に参加が呼びかけられた。参加者募集の旨は、日本においては日本精神神経学会 ICD-11 委員会および精神医学講座担当者会議を通じ電子メールで通知された。

Study B は、Study A で用いられたものと同じ60の障害をすべて用い、これらを類似性によりグループ化するタスクが中心となる。Study B では類似性により三段階でのグルー

プ化が参加者に求められる。ここでの類似性によるグループ化とは「臨床におけるアセスメントとマネージメントにおける観点から」という基準のみであり、参加者独自の基準からグループ化を行うことをタスクとして与えられる。したがって、症候学での近似性のみではなく、例えば治療法や予後などによりグループ化されることもあり得る。

Study B での参加条件は、日本においては臨床経験2年以上、週10時間以上の臨床業務への従事に加え、データの均一性を考慮し精神科医であることが条件として設けられた。尚、精神科医療のリソースに乏しい他国においては心理士や看護師など精神医学関連領域からの参加者も含まれた。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）。

3. 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（染矢分担研究者、大野分担研究者、中根分担研究者および丸田分担研究者）

まず、アルツハイマー型認知症病、統合失調症、うつ病、双極性障害、強迫性障害、身体表現性障害およびパニック障害の DVD を用いて、DVD を用いた臨床感覚に関する研究が行った。

さらに、ICD-10 使用に際しての補助機能を備えたツール（Electronic Diagnostic Assistance System ; EDCAS）の開発を行った。

4. 「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」に関する研究（青木分担研究者）

日本児童青年精神医学会の学会員 3383 名

全員にアンケート調査を行った。

アンケートの内容は、

- 1) 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。
- 2) 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。
- 3) 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よいのではないか。
- 4) 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よいのではないか。
- 5) 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。
- 6) 思春期妄想症という疾患単位があって良いのではないか。
- 7) 広汎性発達障害と多動性障害は併存を認めるべき。
- 8) 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。

5. 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 の問題点を抽出した。

ICD-10 の F0 「症状性を含む器質性精神障害」は新井分担研究者、F2 「統合失調症、統合失調症型および妄想性障害」は大久保分担研究者、F3 「気分 (感情) 障害」は三國分担研究者、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」は小澤分担研究者、F7 「知的障害」、F8 「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」は青木分担研究者がそれぞれ担当した。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た (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)。

6. ICD-11 と精神鑑定に関する研究 (針間分担研究者)

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. 研究結果

1. WHO 本部からの情報収集 (丸田分担研究者)

精神部門の TAG である AG 会議には、丸田分担研究者第 1 期 (2007 年～2008 年)、第 2 期 (2009 年～2010 年)、次いで 2011 年からの第 3 期の AG のメンバーに選ばれ、ICD-11 に関する最新情報の入手および日本からの提言を行った。

AG は ICD-11 「精神および行動の障害」の改訂の方向性を決定する最高意志決定機関であり、この会議に参加することで ICD-11 「精神および行動の障害」の改訂の最新情報入手しかつ日本の意見も提案できた。

2. ICD-11 の大枠作りに関する研究 (丸田分担研究者)

Study A.

英語 (米国、インド、ナイジェリアを中心とする) とスペイン語 (スペイン、ブラジルを中心とする) で 21 か国において 2010 年に調査は完了しており、終了時点 (同年 10 月)

で 1626 名からの参加が確認され、中間データが発表されている。

Study B.

2011 年 1 月末の段階で、スペイン(74 名)、日本(73 名)、中国(61 名)、インド(60 名)、メキシコ(60 名)、ブラジル(39 名)、ナイジェリア(38 名)、米国(23 名)、計 428 名からのデータ収集が確認されている(各国からの参加人数は括弧内に記載の通り)。また日本からは、下記の大学の精神医学講座を中心に参加者の協力を得た。結果については現在 WHO で解析中である。

岐阜大学	6 名
産業医科大学	12 名
帝京大溝口病院	9 名
東京医科歯科大学	8 名
東京女子医大	2 名
長崎大学	10 名
新潟大学	4 名
日本医科大学	12 名
その他	10 名
(五十音順)	

3. 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(染矢分担研究者、大野分担研究者、中根分担研究者および丸田分担研究者)

DVD を用いた臨床感覚に関する研究では、アルツハイマー型認知症 3 名、統合失調症 3 名、うつ病 3 名、双極性障害 2 名、強迫性障害 2 名、身体表現性障害 2 名、パニック障害 3 名、摂食障害 3 名であり、実際に非精神科専門医がプライマリケアの場でどのように代表的精神障害を診断しているのかについて検討することができた。

次いで、ICD-10 使用に際しての補助機能を備えたツール(Electronic Diagnostic Assistance System ; EDCAS)の開発では下記のような結果を得た。

含める診断名について:

本研究の趣旨上、使用者としては主に精神科医以外の医師を想定したため、EDCAS で診断補助可能な診断名は精神科以外でも比較的遭遇する確率が高いであろうものみに絞った。最終的に診断補助システムに含まれたのは 21 の障害名であり、これらはすべて ICD-10 プライマリケア版(F99(特定不能)U50(どの F カテゴリにも診断付加とされた場合、使用を推奨しない)を含めると 25 の障害)から児童思春期に診断される障害と精神衰弱を除いたものである。なお双極性障害については、便宜上うつと躁を別カテゴリとして扱った。

児童思春期に診断される障害(F70(知的障害)、F90(多動性障害)、F91(行為障害)、F98(遺尿症))を除いたのは、診断補助システムのアルゴリズム構築の際の複雑さを避けるためであり、重要性の過小評価によるものではない。現在はまだアルゴリズムの構築・修正における初期段階であり、本研究班としてはより簡素な骨子作りの手順を確立する必要があった。そのため、今回は成人の障害のみに絞ったアルゴリズムを作成し、然る後に児童思春期の障害に関するアルゴリズムを追加することとなった。

精神衰弱の除外についての理由はふたつ挙げられる。まず、精神衰弱は他の障害とも症状が酷似するため、アルゴリズム構築に際しての複雑性が極度に高まるという問題である。もうひとつは、この診断名は実際我が国においてほとんど用いられていないという状況がある(丸田、2009)。以上の理由から、時間対効果を考慮した際に精神衰弱は一旦除外してアルゴリズム作成を進めても本研究の主旨に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。

4. 「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」に関する研究（青木分担研究者）

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。

5. 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

a) 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ついても、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。

b) 統合失調症・統合失調症型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れる。1) カタトニアはICD-10において主に統合失調症の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。

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。

c) 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。

d) 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。

e) 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きことなどから、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。

6. ICD-11 と精神鑑定に関する研究（針間分 担研究者）

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名以上より、

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)

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。

D. 考察

本研究班では ICD-11 へ向けて、WHO からの情報収集、我が国の運用上の問題点や改善点の抽出およびそれらの WHO への提案、WHO が ICD-11 に向けて行っている研究への参加、および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など、ICD-11 に向けて包括的に研究を行った。

現在、WHO は ICD-11 の β 草案を 2011 年秋の発表に向けて作業を進めている。本研究班で行った研究の多くは英訳し WHO へ提出している。

このため、本研究の成果は少なからず ICD-11 へ反映するものと思われる。

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

H. 知的財産権の出願・登録情報

特記事項なし

平成 20-22 年度 分担研究報告書

WHO 本部からの情報収集および調整

丸田 敏雅

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
平成 20-22 年度 分担研究報告書

WHO 本部からの情報収集および調整

分担研究者

丸田 敏雅（東京医科大学精神医学講座 准教授）

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

国際疾病分類（International Classification of Diseases ; ICD）の改訂作業が、WHO 主導で開始されたことを受け、WHO からの情報収集および WHO への国内から得られた情報・提言発信のため、分担研究者一名が各種会議に出席した。また、改訂作業を進める中で合意が得られた ICD の臨床的有用性の向上という目標に賛同の意を示し、関連研究事業である Study A および B に積極的に関与し、貢献した。

A. 研究目的

国際疾病分類（International Classification of Diseases ; ICD）の改訂作業が、WHO 主導で開始された。ICD は我が国の精神保健関連事業において広く利用されており、改訂の影響を受けることは必至である。本研究班の活動目的は、WHO を中心とする改訂作業の状況に関する情報の収集、日本国内の ICD 使用状況の把握および改訂に向けた課題の抽出、国内で得られた情報および提言の WHO に向けた発信の三点に集約される。

本研究班からは丸田分担研究者が AG（詳細は後述）に当初からメンバーとして参加しており、AG および関連会議への参加を経て、研究事業への協力を通し我が国の貢献度を示す機会を得られた。本稿では、各種会議から得られた情報に加え、WHO 本部および他国と協同し行った活動の経過をまとめた。

B. 研究方法

アドバイザリー・グループ(Advisory Group)

への参加

ICD 改訂にあたり、改訂 Revision Steering Committee は、分野ごとに最高意思決定機関であるアドバイザリーグループ（Advisory group ; 以下 AG）を設置した。この AG は任期が二年と定められており、精神医学領域においては Hyman を座長とする AG 第 1 期が 2007 年に、第 2 期が 2009 年に発足している（表 1）。丸田分担研究者は第 1 期、第 2 期どちらにも正式メンバーとして参加している。

Formative Field Studies Coordinating Group (FFSCG) への参加

AG 第 2 期期間中に正式に承認された、AG の元に設置されたグループである FFSCG（詳細に関しては AG だ 2 期に関する記述参照）にも丸田研究者が正式メンバーに加えられた。FFSCG は他のグループと比較し実務的かつ影響力の強いグループであり、本グループへの参加は、情報収集に加え、我が国の貢献度の効果的アピールの視点からも非常に重要であった。

表 1

AG 第 1 期 Hyman 教授座長	
第 1 回 2007 年 1 月 ジュネーブ	
第 2 回 2007 年 9 月 ジュネーブ	GSPN
	第 1 回 2008 年 2 月 東京
第 3 回 2008 年 3 月 ジュネーブ	
<ul style="list-style-type: none"> • 5-cluster model 提案 • 科学的エビデンスの収集および継続審議を決定 	第 2 回 2008 年 5 月 DC 第 3 回 2008 年 11 月 ベルリン
第 4 回 2008 年 12 月 1、2 日 ジュネーブ	
<ul style="list-style-type: none"> • 5-cluster model を基本にフィールドトライアル実施を通達 	
AG 第 2 期	FFSCG
第 1 回 2009 年 9 月 ジュネーブ	2009 年 9 月 AG にて設立承認
<ul style="list-style-type: none"> • FFSCG 設立承認 	2009 年 10 月解散
第 2 回 2010 年 6 月	第 1 回 2010 年 4 月 マドリード

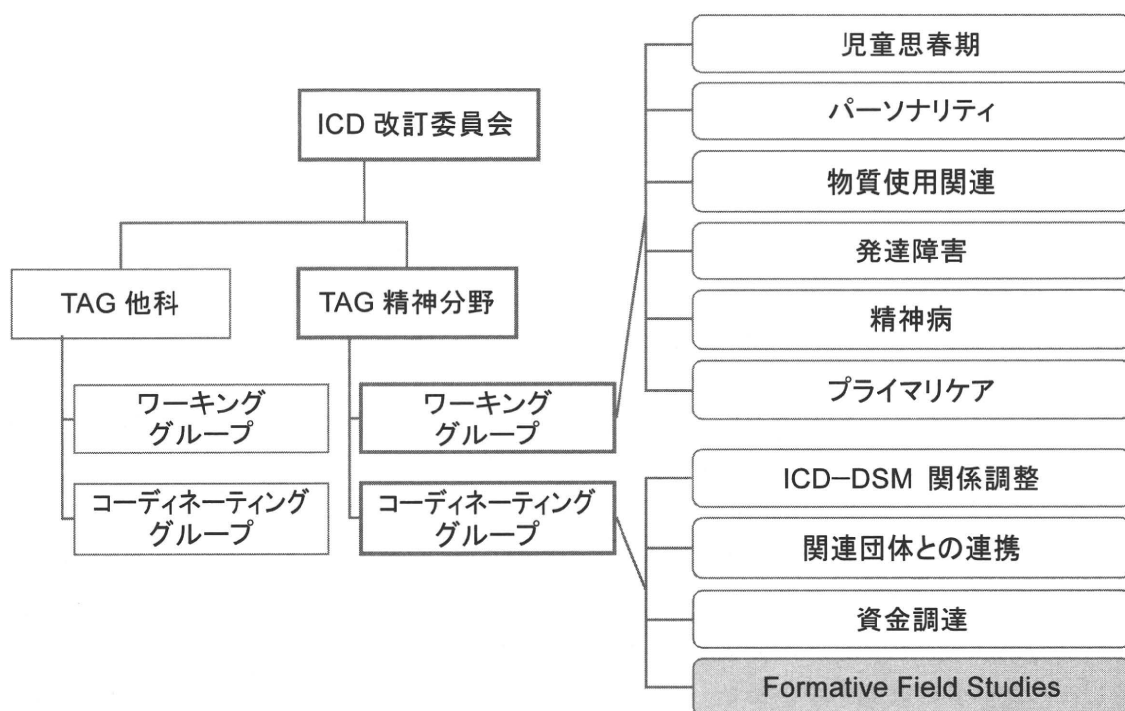


図 1

C. 研究結果

AG 第 1 期 (2007 年 1 月 - 2008 年 12 月)

AG 第 1 期は改訂作業における初期段階であり、必要な組織の立ち上げおよび方向性の模索が主な活動であった。まず組織の設置にあたり、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グループ (=ワーキンググループ)、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するグループ (=コーディネーティンググループ) の二種の設置が決定された。

AG 第 1 期中に設置された各グループは以下の通りである (図 1)。

5-cluster model

5-cluster model とは、AG 第 1 期中、第三回会議において ICD-11 草案の叩き台として示された案である (図 2)。後述するが今回の改訂に際して臨床的有用性 (Clinical utility) が当初から意識されており、現在 10 ある章立て (F0 から F10) を 5 まで減らし簡略化を図る

のが目的であった。本案は様々な精神障害間の Comorbidity の高さに着想を得たものであり、症状表出のみから複数の診断がつくケースでも本質的な病理は共通でないかという指摘から発展した。アイデア自体は斬新であり、一時期 ICD のみならず DSM 側でも採用が真剣に検討されたが、現行システムからの急激な変化は混乱を生むという懸念、また科学的エビデンスの乏しさから、採用は見送られた。本案採用の見込みがなくなったことで、改訂作業自体は事実上振り出しに戻る事となった。

AG 第 2 期 (2009 年 1 月 - 2010 年 12 月)

AG 任期第一回目終了に伴いメンバーの刷新が行われ、第 2 期は 2009 年 9 月に第 1 回会議が開催された。AG が二期目の任期メンバーへと移ったことで、AG 第一期からの力関係が大きく変動し、様々な方針が事実上白紙への撤回となった。代表的な例が 5-cluster model の見直しであり、改訂作業の様々な側

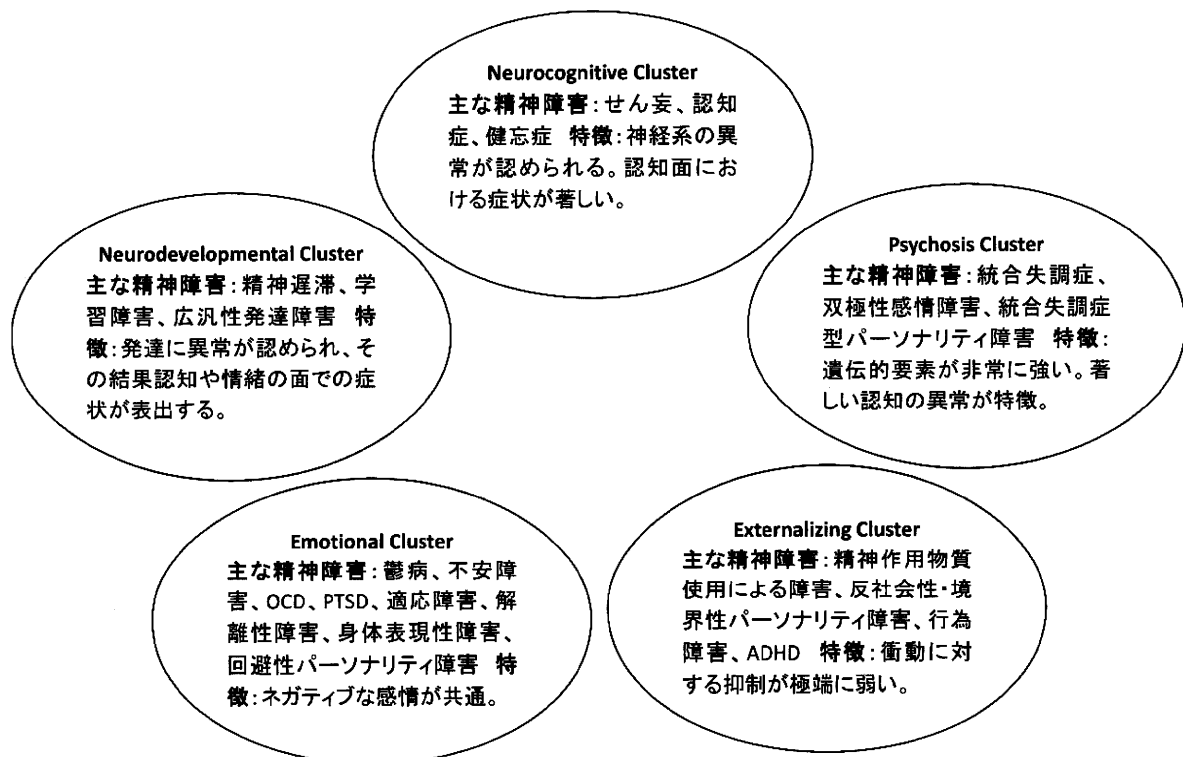


図 2

面にその影響が窺える。

まず DSM との連携であるが、ICD 側、DSM 側双方が歩調を合わせて採用を前向きに検討してきた 5-cluster model を破棄したことで、両サイドの関係調整はその土台を失ったことになる。事実、AG 第 2 期以降、ICD-DSM 間の関係は良好とは言えず、ICD よりも進捗の早い DSM 側が独自に改訂作業を進め、ICD 側はその事後報告を受けるような状況が続いている。また ICD 側もこのような対応を受け、「Harmonization はあくまでもプロセスであり、双方の最終的な結果物 (i.e. ICD-11, DSM-5) が近似することを必ずしも意味しない」と発言している (2010, 東京)。

次に ICD サイド内でも大きな力関係の変動があった。任期交替によるメンバー入れ替えに伴い、前出の GSPN を 10 月で解散し、新たに Formative Field Studies Coordinating Group の設立が決まったのである。FFSCG は “formative” の語が象徴する通り、ICD-11 の骨子のベースとなる探索的 (Exploratory, cf Confirmatory) 要素の強いフィールドスタディを計画・実行するべく設立されたグループである。ここでいう探索的とは、エキスパート・コンセンサスに依拠するモデルを予め前提とし、その有用性を確認 (Confirm) するのとは対照的に、診断分類システムのありかたを、ユーザーである臨床家の声を最大限に活かしつつ根本から見直すあり方を指す。FFSCG は、一時期で採用が検討された 5-cluster model (Krueger, 1999 ; Krueger & Markon, 2006 ; 丸田、松本、飯森、2009) のような a priori モデルを最初からありきとせず、実用性を重視し現場の声を可能な限り吸い上げていく手法を目指したのである。GSPN、FFSCG 共に科学的視点から改訂に有益な情報を提供していく目的では一致していたが、単に各地域からの文献収集および意見交換を目的とする GSPN は、FFSCG に事実上その役割を譲渡することとなった。また改訂作業の担当官である Dr.

Reed が FFSCG に加入したことで、このグループの改訂作業における中心的役割はより鮮明なものとなった。

FFSCG の活動と Study A & B

前述の通り FFSCG の AG による正式な承認は 2009 年 9 月であったが、本研究班は非公式の発足段階から一貫して協力しており、2010 年 4 月の第 1 回ミーティングにも丸田分担研究者がメンバーとして出席している。またこの場で後述の Study A および B に関する詳細の確認および参加各国からの協力意思の確認が行われた。

以下、FFSCG の発足以降の主な活動に挙げられる Study A および B について報告したい。尚、この研究には本研究班も多大な貢献を行った。

Study A.

Study A (仮称) と呼ばれる研究は、2 つの障害間の近似性を 7 段階で評価する作業が中心である。本研究で使用される障害は 60 あり、1770 の組み合わせが可能となるが、ここから 100 のペアがランダムに表示され、参加者がそれらの近似性をオンライン上で評価する手法をとった。英語 (米国、インド、ナイジェリアを中心とする) とスペイン語 (スペイン、ブラジルを中心とする) で 21 개국において 2010 年に調査は完了しており、1626 名からの参加が確認された。尚、本研究班も国内に日本精神神経学会および日本精神診断学会を通じ参加を呼び掛けるなど貢献したが、本国からの具体的な参加者数は不明である。

Study B.

Study B (仮称) の目的は Study A と共通であるが、手法としては 2 つの障害間の近似性の比較ではなく 60 すべての障害 (Study A で用いたものと同じ) の類似性によるグループ化 (図 6) が用いられている。Study B では類似性により三段階でのグループ化が参加者に求められる。ここでの類似性によるグループ

化とは「臨床におけるアセスメントとマネージメントにおける観点から」という基準のみであり、参加者独自の基準からグループ化を行うことをタスクとして与えられる。したがって、症候学での近似性のみではなく、例えば治療法や予後などによりグループ化されることもあり得る。

この研究にはスペイン（74名）、日本（73名）、中国（61名）、インド（60名）、メキシコ（60名）、ブラジル（39名）、ナイジェリア（38名）、米国（23名）が参加しており、2011年1月末の段階で428名からのデータ収集が確認されている（各国からの参加人数は括弧内に記載）。

D. 考察

ICD-11作成の動向をAG会議への参加を通してまとめると、改訂組織を十分に機能させるまでに非常に時間を要しており、また一旦は内部で支持を広げたように見えた5-cluster modelを軸とした方向性を大幅に見直すなど、改訂作業は軌道に乗るまでに紆余曲折を経ている。しかしAG第2期に入ってから臨床的有用性の向上で改訂作業を進めることでコンセンサスが得られ、具体的な研究事業等が活発化してきた。

現在、Study A に関しては中間データのとりまとめまで進んでおり、Study B に関しては入力されたデータの最終的なクリーニングを行っている段階である。両研究の結果をも

とに、現在のF0～F9に相当する大分類が作成される予定である。

E. 結論

AGおよび関連の会議への参加を通し、ICD改訂に関する情報収集を行った。また、WHO主導の研究事業に積極的に参加協力を行うことで、加盟国としてのデータ収集面における役割は勿論、臨床的有用性推進に我が国が積極的である姿勢を十分に示せたと言える。

F. 健康危険情報

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. 知的財産の出願・登録状況

なし

謝辞

本研究にお忙しい中、ご協力頂いた先生方にこの場をかりて感謝を申し上げます。