

「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り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。

この点においては、たとえばSimonoffら⁹⁾は、10～14歳の自閉症スペクトラム障害を調査し、28.2%にAD/HDが認められたことを、またわが国のYoshidaら⁷⁾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AD/HDの併存を認めるべきであると報告している。筆者の経験でも、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く、多動性障害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。そして、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であると考えている。

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。

高機能自閉症とアスペルガー症候群の成人を比べて、とも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⁸⁾。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。

たとえば、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

の方が多いとされており、これは大きな問題である。生後5年以内に明らかになるという、年齢にも関係してくるが、とくに事例化、顕在化してくる年齢が高年齢になるほど、非定型自閉症や特定不能の広汎性発達障害が増加してくるに関係しているのではないであろうか。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ある。そのため、これらを自閉症スペクトラム障害という概念で一括しようという意見があり、それなりの妥当性があり、混乱はいくらか防げる。だが、疾病分類としては範囲があいまいで広すぎるという側面もある。

また、レット症候群や他の小児崩壊性障害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。

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⁹⁾¹⁰⁾。あくまでも私見であるが、広汎性発達障害の一群は、青年期や成人期の生物-心理-社会的な負荷によって顕在化し、乳幼児期や児童期とはいくらか異なった特徴を呈する可能性がある。しかし、青年期や成人期に顕在化してくる広汎性発達障害を疑われる場合は、十分な発達歴を家族から聴取できないことも少なくなく、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。

また、多動性障害においても、Kooijら¹¹⁾は、DSM-IVのAD/HDの診断基準の6つ以上を満たす成人(18～75歳)は1.0%で、4つ以上満たす成人は2.5%と報告し、AD/HDが児童の障害ではなく、成人期にも持続するものであることを指摘

した。成人のAD/HDにおいては、不注意の問題と遂行機能の障害が残遺症状となる¹²⁾とされている。そして、7歳以後(DSM-IVで言えば、8歳以後)に顕在化してくる多動性障害も少なくないと考えられる。

文化的問題を考慮する

Mannら¹³⁾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み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¹⁴⁾は、102のAD/HDの研究から、世界でのAD/HDの有病率は5.29%であり、地域においては北米とアフリカおよび中東との間に有意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AD/HDと捉えるかどうかは、その社会のもつ価値体系などの文化的要因が関与している可能性を否定できない。

おわりに

診断がつくということは、その子どもが病気(障害)である、あるいは病気(障害)をもつということである。ときには診断名が一人歩きし、たとえば「友だちと遊ぶのはあまり得意ではないけれど、電車が大好きで、電車のことは何でも知っている〇〇ちゃん」から、「アスペルガー症候群の〇〇ちゃん」になることがある。診断という行為がどのような結果をもたらすのかと考えることなしに、ICD-10やICD-11についてのみ考えることは、危険である。統計や研究のためだけに、診断や診断基準があるのではない。臨床においては、診断は子どもと家族のためにあるということを忘れずにいたいと思う。

文 献

- 1) Krueger RF. The structure of common mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1999 ; 56 : 921-6.
- 2) Krueger RF, Markon KE. Reinterpreting comorbidity : a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol* 2006 ; 2 : 111-33.
- 3) 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*. 2007 ; 49 : 243-58.
- 4) 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* 2008 ; 50 : 669-79.
- 5) 滝川一廣. 「精神発達」とはなにか. *そだちの科学* 2003 ; 1 : 2-9.
- 6) 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 Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008 ; 47 : 921-9.
- 7) 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). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004 ; 13 : 307-14.
- 8) Howlin P. Outcome in high-functioning adults with autism with and without early language delays-implications for the differentiation between autism and asperger syndrome. *J Autism Dev Disord* 2003 ; 33 : 3-13.
- 9) 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* 2007 ; 8 : 47-54.
- 10) 青木省三. 思春期における広汎性発達障害. *そだちの科学* 2008 ; 11 : 112-8.
- 11) Kooij JJ, Buitelaar JK, van den Oord EJ, et al. Internal and external validity of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in population-based sample of adults. *Psychol Med* 2005 ; 35 : 817-27.
- 12) 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 : 1673-5.
- 13) Mann EM, Ikeda Y, Mueller CW, et al. Cross-cultural differences in rating hyperactive-disruptive behaviors in children. *Am J Psychiatry* 1992 ; 149 : 1539-42.
- 14) Polanczyk G, Lima MS, Horta BL, et al. The worldwide prevalence of ADHD : A systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 2007 ; 164 : 942-8.

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、その後に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%) | 89.1% | 30(54.6%) | 92.8% | 27(49.1%) | 87.3% |
| DSM | 20(36.4%) | | 21(38.2%) | | 21(38.2%) | |
| 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%) | 94.5% | 12(21.8%) | 94.5% | 11(20.0%) | 92.7% |
| DSM | 39(70.9%) | | 40(72.7%) | | 40(72.7%) | |
| 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[挿間]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 感応性妄想性障害 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失調症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い。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感応性妄想性障害, 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い。

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い。

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い。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い。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い。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与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、病態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態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、病態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、療育の場が多い診断であろう。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的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、金沢大学医薬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がたく, 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法学分野(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った。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(ベイル, 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, 脳を脊髄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

らに定型ウェザニアの特殊段階として記載された弛緩メランコリーを1874年に緊張病(Katatonie)へと発展させ、新しい臨床的疾患型を規定した。

Kraepelin(クレペリン, 1856~1926年)はそれぞれの精神疾患に固有の原因, 症状, 転帰をもつ疾患単位の理念を提唱し, 状態像の展開と終末像を根拠に分類を試みた。1893年には, 「早発性痴呆」, 「緊張病」, 「躁うつ病」に関する疾患単位の概念について述べ, その影響は現代精神医学の祖を築いた。Kraepelinは1883年に「精神医学教科書」Compendium der Psychiatrie⁵⁾を出版し, 死後約1年にして第9版に達したが, 版を重ねるごとに疾患単位の確立とそれに基づく精神病分類(表1)を行っている。1~7までは外因性, 11か17は内因性・体質性の症候群であり, 8~10は原因不明であるが, おそらくは自家中毒による外因, 体質のいずれかにかかわるものと見なされている。純粋な疾患単位を分離しようとするにつれて, 版を重ねるごとに分類は複雑化し, 一方では臨床的に比較的均一な意識障害や痴呆(認知症)が病因別の異なる項に分散するという不便を残すことになった。

2. 疾患概念の変遷

a. 統合失調症の概念の変遷

Kraepelinは, 1896年, 精神障害の一群を早発性痴呆(dementia praecox)という一つの疾患概念にまとめ, その特徴は人格の崩壊していく過程であるとし, 不良な転帰を診断上重視した。このような経過と転帰を重視したKraepelinに対して, Bleulerは, 精神病理学的観点から, 1911年に「統合失調症」概念を提唱し, 診断上, 基本症状と副次症状を重視した⁶⁾。このことが疾病概念の拡大をもたらしたことは言うまでもない。ところで, Kraepelinの概念に不良な経過や予後が含まれていたため, 回復を示す患者について, 常に診断上の問題が起こった。この混沌とした状態については, すでにLangfeldt(1956年)が指摘したが, 回復を示した患者は真の分裂病でないとする見解(Kleist, 1960年; Langfeldt, 1966年), あるいは良好な転帰をとる患者を分裂病様精神病と区分する見解など(Langfeldt, 1937年), Kraepelinの狭い疾患概念が重視された。また診断基準としては, Bleulerの「4A」(association, affect, ambivalence, autism)

表1 Kraepelinの分類(1909~15年, 教科書第8版)

1. 脳外傷精神病
2. 脳病の際の精神病
3. 中毒
4. 伝染性精神病
5. 梅毒性精神障害
6. 麻痺性痴呆
7. 老年と初老期精神病
8. 甲状腺性精神病
9. 内因性痴呆化
 - A. 早発痴呆
 - B. パラフレニー
10. てんかん性精神病
11. 躁うつ病
12. 心因性疾患
13. ヒステリー
14. フェルリェクトハイト(パラノイア)
15. 本源性疾病状態
16. 精神病質人格
17. 一般的精神発達制止

や, ICDシステムにおける統合失調症診断のもとになった8項目からなるSchneiderによる一級症状⁷⁾(①思考化声, ②対話性幻聴, ③自己の行為を批評する幻聴, ④身体的な被影響体験, ⑤思考奪取その他の思考への干渉, ⑥思考伝播, ⑦妄想知覚, ⑧意志・感情・衝動に関するその他の作為体験のすべて)が知られている。

b. 気分障害の概念の変遷

気分(感情)障害の分類については, 1921年にSchneider⁸⁾が抑うつ状態における「内因性」うつ病と「反応性」うつ病の違いを明確にしたのが始まりといえよう。次いで, 1930年には, Mauz⁹⁾が, 発症年齢・性・内的状況などと関連させて, 「一回性」, 「周期性」, 「慢性」として内因性感情病を3つに類別した。また, 1959年にはLeonhard¹⁰⁾が遺伝的異種性に注目し, 「両極性」, 「単極性」の区分を提唱した。この考え方は, bipolarとmonopolarに大別するもので, わが国でも高橋ら¹¹⁾が示すように広く継承され, 展開することとなった。

さらに, 1971年にはKielholz¹²⁾が, うつ病を「身体因性」, 「内因性」, 「心因性」の3群に分類し, 内因性うつ病を心因性と身体因性の中間に位置づけられるものとした。

遺伝疫学的背景をもとに, 双極性の気分(感情)

障害と非双極性または単極性うつ病性障害の低位分類に関する研究が行われた。1973年にWinokurらにより、「一次性」、「二次性」の概念が導入され、bipolarとunipolarの間には、年齢・性・家系内負因などに違いがあるとされた。また、さらにWinokur¹³⁾は単極うつ病を家族性純粋うつ病(familial pure depressive disease; FPDD)と孤発性うつ病性障害(sporadic depressive disorder; SDD)からなる内因性精神病性うつ病と、抑うつスペクトル病(depression spectrum disease; DSD)を中心とする神経症性うつ病に分類した。

一方、双極性障害については、Dunnerら¹⁴⁾による分類がある。双極「I型」は治療を要する躁・うつ病相期を示し、「II型」は治療を要するうつ病期と軽躁的病像を示す。また、「III型」は治療を要したうつ病と、軽躁、躁状態の家族歴が認められたものである。

しかし、こうした諸分類は、いずれも立場、見解の相違から、精神医学的見地において一般化・標準化されるには十分なものと言え難いものであった。

精神科診断分類の標準化、 操作的診断基準の設定

1. 精神医学的診断基準の国際標準化

以上のように、精神障害の診断分類にはさまざまな試行錯誤が繰り返されてきた。このように、これまでみてきたように精神障害の診断が国、学派、施設によって異なるという問題点があらわとなり、これに伴い精神医学的観察や治療効果の比較が困難であることが指摘された。とくに有名なUS-UK project(1971年)¹⁵⁾では、アメリカにおける統合失調症概念がイギリスのそれよりも広く、イギリスで躁うつ病や神経症と診断された症例もアメリカでは統合失調症と見なされていたことを明らかにした。精神医学的疫学研究や精神科薬物療法の効果判定の比較など実地上の必要性の高まりにより、診断の一致率を高める必要性が認識され、操作的診断基準をもった精神障害分類体系構築が要請されるようになった。

1970年前後に診断基準の国際標準化がStengel

によって提唱された。以後、世界保健機関(World Health Organization; WHO)を中心にした動きと、アメリカ精神医学を中心にした動きの大きな2つの精神医学的診断基準の国際標準化に対する取り組みが行われた。

a. 世界保健機関(WHO)を中心とした動き—ICD

国際間で死因統計または疾病分類を統一化する目的から、ICDが1900年にスタートした。1946年には所轄をWHOに移行することとなり、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。以来、10年ごとに改訂が行われ、1989年にはICD-10の草案がまとめられ1990年に出版された。ICD-5以前においては、精神障害は独立した章として扱われていなかった。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。ICD-6(1948年)、ICD-7(1956年)、ICD-8(1967年)、ICD-9(1978年)とほぼ10年ごとに改訂が行われ、「精神病、精神神経症および人格異常」という3つの大分類を軸とした診断体系ができた。

ICD-10は、後述する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、1989年には草案が作成され、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¹⁶⁾。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)¹⁷⁾(1992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)¹⁸⁾(1993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)¹⁹⁾」などがある。CDDG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。DCRは、DSMシステムの「精神疾患の分類と診断の手引き³⁾」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CDDGを十分に理解しておくことが勧められている。

b. アメリカ精神医学会(APA)を中心とした動き—DSM

一方、APA(American Psychiatric Association)は、「力動精神医学」の祖であるMeyerを中心に独自の発想から1952年にDSM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。DSM-I(1952年)ではMeyerの環境要因重視が反映されており、精神分析的理論が背景にあるため「反応」という表現が多く使われている。DSM-II(1965年)では「反応」が削除され、その軸を徐々に生物学的精神医学に移しつつある過渡的なものになっている。DSM-III(1980年)では、その傾向はさらに強まり、精神力動的な心理社会的モデルの衰退が著明となっている。DSM-IIIの特徴は、以下の点に集約されるであろう。①精神科的問題に対する医学モデルの回復(データ交流)、②限定的な包括基準と除外基準を設けた、③心理社会的問題の記述ではない「障害」、④記述的診断が中心(神経症の排除)、⑤多軸診断の採用(第1軸：臨床症候群、第2軸：人格および特異的発達障害、第3軸：身体疾患、身体状態、第4軸：心理社会的ストレスの強さ、第5軸：過去1年間の適応機能の最高レベル)。日本語版も本国アメリカに遅れることわずか3年で導入されており、日本での浸透度も高いといえる。DSM-IIIの改訂版としてDSM-III-R(1987年)が出版され、DSM-IV(1994年)へと引き継がれている。DSM-IVでは、記述や操作的診断基準の根拠の有無からさらに実証性を重視した改訂となった。これは、一定の診断基準を設定し診断の一致度を高めること、多軸診断によって対象患者を包括的に診断しうることを目的に作成され、その有用性は国際的にも高く評価されている。診断基準案Option Book(1991年)の発行、DSM-IV最終案はその根拠となっ

たデータSource Bookとともに発行され、2002年には、DSM-IV-TR精神疾患の診断・統計マニュアル²⁰⁾が発行されている。

2. ICDとDSMの構成・特徴

a. ICD-10, DSM-IV-TRの構成

先に述べたようにICDのその本来の目的は、死因統計の分類であった。一定の診断がなされた患者群に対し、公衆衛生や医療保健サービスなどの保健情報上の分類を提供することを目的としていた。しかし、精神障害のセクションにおいては、作業を進める過程で予測以上にある分類カテゴリに患者群が偏在したり、地域別・国別に診断の好まれ方に差異が生じるなどしたため、結局診断そのものの重要性が認識され、精神障害の診断、分類の役割が強調されるようになった。ICD-6～ICD-9においては全体が17章から構成され、各章は000～999までの3桁の数字で表される基本分類に細分されており、さらに小数点以下の数字を使用することにより詳細な4桁表示の下位分類が可能である。しかし、ICD-10では、21章の大分類から構成される膨大なもので、第1桁はA～Zのアルファベットで表示し、以下の下位分類はA00～Z99というように文字数字コードで表すようになっている。一方、DSM-IV-TRについては、3桁の数字と、以下2桁でコードされる。ICD多軸(疾患名、障害のあり方、環境要因)とは異なった5つの軸による多軸診断が設定されている。Axis I(臨床疾患、臨床的関与の対象となることのある他の状態)、Axis II(パーソナリティ障害、精神遅滞)、Axis III(一般身体疾患)、Axis IV(心理社会的および環境的問題)、Axis V(機能の全体評定)である。表2に両診断システムの概要を示す。

b. 統合失調症、感情障害にみるICDとDSMの特徴

統合失調症の診断基準として、ICD-10では「診断上特別な重要性をもち、しばしば同時に生じるもの」として精神病性症状を9項目列挙し、それら特徴的な症状が存在する期間について1カ月以上が必要としている。その期間にはいわゆる前駆期を含めない。臨床的には非特異的な症状を呈する、いわゆる前駆状態がみられることを事実としながらも、発症の時点特定するの

表2 ICD-10とDSM-IV-TRにおける上位分類

| ICD-10 | | DSM-IV-TR | |
|--------|--|-----------|--|
| CODE | Category | CODE | Category |
| F0 | 症状性を含む器質性精神障害 | 2 | せん妄, 認知症, 健忘性障害 および他の認知障害 |
| | | 3 | 一般身体疾患による精神疾患 |
| F1 | 精神作用物質使用による精神 および行動の障害 | 4 | 物質関連障害 |
| F2 | 統合失調症, 統合失調型障害 および妄想性障害 | 5 | 統合失調症および他の精神病 性障害 |
| F3 | 気分(感情)障害 | 6 | 気分障害 |
| 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 | 7 | 不安障害 |
| | | 8 | 身体表現性障害 |
| | | 10 | 解離性障害 |
| | | 15 | 適応障害 |
| F5 | 生理的障害および身体的要因 に関連した行動症候群 | 11 | 性障害および性同一性障害 |
| | | 12 | 摂食障害 |
| | | 13 | 睡眠障害 |
| | | 17 | 臨床的関与の対象となること のある他の状態 |
| F6 | 成人のパーソナリティおよび 行動の障害 | 9 | 虚偽性障害 |
| | | 14 | 他のどこにも分類されない衝 動制御の障害 |
| | | 16 | パーソナリティ障害 |
| F7 | 知的障害(精神遅滞) | 1 | 通常, 幼児期, 小児期または 青年期にはじめて診断される 障害 |
| F8 | 心理的発達障害 | | |
| F9 | 小児<児童>期および青年期 に通常発症する行動および情 緒の障害 | | |
| F99 | 特定不能の精神障害 | | |

が困難であるとして診断の根拠としては採用していない。特徴的な症状の持続期間が1カ月未満の場合はまず急性統合失調症様精神病性障害(F23.2)と診断し, もしそれら症状が1カ月以上持続する場合は統合失調症(F20)と診断すべきとしている。

DSM-IV-TRでは, 同様に精神病性症状を「特徴的症狀」として5項目列挙し, それらが1カ月以上持続し, かつなんらかの精神症状による障害が6カ月間持続することを求めている。この期間には前駆期, 残遺期が含まれる。症状の持続期間が1カ月未満の場合は, 短期精神病性障害(298.8)または特定不能の精神病性障害(298.9)となり, 1カ月以上6カ月未満の場合は統合失調症様障害(295.40)と診断する。

DSM-IV-TRは症状の持続期間を6カ月間以上と長くことから, 疾患の慢性性を重視した縦断的な立場であり, ICD-10はDSM-IV-TRと比

較してより横断的な立場からの診断基準であるといえる。

統合失調症の亜型について, DSM-IV-TRでは経過中に少なくとも一つの明白な精神病症状の存在が必要となるのに対し, ICD-10は経過中に明白な精神症状を呈さない単純型(F20.6)を採用しているなどの, 相違点がみられる。ICD-10には統合失調型障害(F21)がある。これは, 統合失調症に類似した奇異な行動や思考, 感情の異常を呈するが, 明瞭で特異な統合失調症性の異常を認めないもので, 慢性の経過をたどり, ときには明らかな統合失調症に発展することもある統合失調症の遺伝的「スペクトル」の一部と位置づけられている。この診断の使用に関しては, 単純型統合失調症や統合失調質, 妄想性のパーソナリティ障害と明確に区別しにくいいため, 一般的な使用は勧められないとしている。DSM-IV-TRでは失調型パーソナリティ障害(301.22)がこ

れに相当する。

また、感情障害については、DSM-III-RやDSM-IVでは、まず双極性障害とうつ病性障害に2大別され、持続性の感情障害はそれぞれの両群に振り分けられている。しかし、この持続性の障害はICD-10では独立した範疇として3桁亜型(F34)とされている。エピソード性については、DSM-III-RやDSM-IVでは躁病エピソードが初回であっても双極性障害に分類されるが、ICD-10では、躁・うつ状態のいずれのエピソードも、初回のものであれば、まず「F30躁病エピソード」または「F32うつ病エピソード」のどちらかに区分されることになっている。

うつ病性障害について、重症度分類がDSM-III-Rにおいてはじめて提案されたが、ICD-10でも診断ガイドラインにあげられた症状項目の充足度合いを参考にして重症度を3段階に評価することとなった。

ICD-10においては、神経症性うつ病とか内因性うつ病などといった従来の用語は用いられず、それらと等価のものとしてさまざまな型、うつ病の重症度に分類されている。気分(感情)障害をF3に一括し、そのほかに「F06.3器質性気分(感情)障害」、「F41.2混合性不安抑うつ障害」の下位項目を設けた。ICD-9で「神経症性抑うつ」とされていたものは、「F41.2混合性不安抑うつ障害」もしくは「F34.1気分変調症」に振り当てられたと考えておくべきであろう。また、ICD-9での「308急性ストレス反応における感情障害」は、ICD-10では「F43重度ストレス反応および適応障害」の中の「F43.2適応障害」において3種の軽症うつ状態に分類されている。

また、ICD-10では、すべての年代に生じた気分障害を上記のカテゴリで扱うが、児童思春期にあっては例外として「F92.行為障害」の「F92.0抑うつ性行為障害」がさらに亜型として示されている。

3. Comorbidity

従来、精神医学においては一つの病態には一つの診断名をつけるよう努めるのが原則であった。たとえば、いわゆる内因性うつ病の患者に心因を背景とした不安神経症の症状を呈した場合、診断名はうつ病であり、不安症状はうつ病患者における不安状態と捉えられ、病因論的に

内因性疾患であるうつ病の診断は、心因性疾患である不安神経症の診断よりも優先された。このように、従来は病因論的観点から精神障害に階層性を設けられており、階層上もっとも優先されるのが身体因性疾患(脳器質性、症状性、中毒性など)であり、次いで内因性疾患(統合失調症、気分障害、てんかん)、最後が心因性疾患(神経症、人格障害、異常反応など)であった。

1980年に発表されたDSM-IIIは、病因論的観点を放棄し横断的な状態像を重視して操作的診断基準により診断を行う画期的なものであった。この方法論の浸透により、従来の「一つの診断」の原則と階層性の概念に代わって、同一の病態に複数の異なる精神障害の診断を付すことを許容するcomorbidity(併発)の概念が登場した。昨今では、無理に一つの診断に固執することはかえって病態の本質を隠蔽するとの懸念から、comorbidityを認める考えが強まっている²¹⁾。

最近注目されているのはうつ病と不安障害、とくにパニック障害の併発である。1990～1992年にアメリカで行われた大規模な調査(National Comorbidity Survey)²²⁾では、DSM-III-Rのパニック発作、パニック障害の診断基準を満たしたことがある患者での、大うつ病エピソードの12カ月有病率はそれぞれ74.2%、80.2%、生涯有病率はそれぞれ50.9%、55.6%であった。うつ病とパニック障害はこのように高率に併存するが、パニック障害にはSSRIなどの抗うつ薬が有効であり、不安障害に有効なalprazolamなどの抗不安薬には抗うつ効果がある程度認められることが知られている。このことから、両者に共通の生物学的基盤の存在を仮定して神経化学、画像診断などの分野で研究が進められている。

おわりに—今後の展望

ここまで、精神医学の臨床あるいは研究の際に広く用いている精神科診断システムICD-10とDSM-IV-TRについて述べてきた。現在、これらの両診断システムの大きな改訂を控えている。DSM(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)は、2012年を目途にしてDSM-Vが発表・導入される見通しとなっている。DSM-Vの作成に向けて、これまで作業グループを構成

し、さまざまな文献レビューを完了して、データ分析を行い、発達年齢、文化的背景に関する診断クロスカッティングの統合を目指して活動していることが報告²³⁾されている。とくにこれらは、次期バージョンにおけるDSMと国際疾病分類(International Classification of Diseases; ICD)の診断システムの調和を図るためにも重要な役割と考えられている。

Kruegerら²⁴⁾は、comorbidity, 閾値下精神障害への介入などについて触れ、診断システムにおいて積極的なディメンジョンアプローチの導入を提言しており、現在運用されているカテゴリカルアプローチとの運用の方法についても議論が進められている。

一方、ICD-11についても2015年導入を目指し、DSM-Vに呼応する形で、お互いの調和・連携を深めながら活動している。インターネットを用いた「電子カルテ・電子医療への対応」といった主要課題を抱えつつ年の運用を目指して、さまざまな取り組みが世界保健機関(World Health Organization; WHO)を中心になされている²⁵⁾。わが国においても精神障害のチャプターについて、改訂に向け厚生労働省、日本精神神経学会が積極的な参加を呼び掛けている。残念ながら、まだ日本からの精神科診断に関するエビデンスは十分であるとはいえない。このため、今後の精神科診断に1人でも多くの精神科医が興味をもって、改訂への参画や日本からのエビデンスの発信を期待したい。わが国においては、精神分裂病が「統合失調症」に変更される以前、これまでに、操作的診断基準においては、躁うつ病が「感情障害」に、また自閉症が「広汎性発達障害」にと呼称が変更されている。これ以外にも、最近でも認知症、知的障害、社交不安障害など、多くの精神科診断にかかわる病名について変更がなされてきている。とくに「精神分裂病」から「統合失調症」への呼称変更に伴う、疾患コンセプトの変化、stigmaの軽減、告知率の向上といった影響については、海外でも高い評価を得ており注目されている。このため今後の改訂作業においても疾患名についての変更も検討されている。

今後、いずれこの2つの診断システムが、1つ

にまとめられていく可能性は高いと思われるが、2つの間にはなお大きな違いが残っているため容易な作業とはならないであろう。今後これらの精神医学診断システムのよりよい発展が期待される。

文 献

- 1) Nakane Y, Nakane H. Classification systems for psychiatric disorders currently used in Japan. *Psychopathology* 2002; 35: 191-4.
- 2) 岩永洋一, 中根秀之, 中根允文. DSMとICD一わが国における精神科診断システムの運用状況一. *精神科* 2009; 14: 58-66.
- 3) 濱田秀伯. *精神症候学*. 東京: 弘文堂; 1994. p. 1-25.
- 4) 森本陽子, 浅井昌弘. 疾病分類変遷の概略. 中根允文, 浅井昌弘・編. *臨床精神医学講座別館1 精神科データブック*. 東京: 中山書店; 2001. p. 107-23.
- 5) Kraepelin E. *Psychiatry*. 8 Aufl IV Bd. Leipzig: Johann Ambrosius Barth; 1915.
- 6) Bleuler E. *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig und Wien: Franz Deuticke; 1911.
- 7) Schneider K. *Klinische Psychopathologie*, ed 10. Stuttgart: Thieme; 1962.
- 8) Schneider K. Die Schichtung des emotionalen Lebens und Aufbau der Depressionszustände. *Zschr. F. d. ges. Neur U Psychiatr* 1921; 59: 281-6. [赤田豊治・訳. *精神医学* 1976; 18: 441-7.]
- 9) Mauz F. *Die Prognostik der Endogenen Psychosen*. Leipzig: Georg Thieme; 1930.
- 10) Leonhard K. *Aufteilung der Endogenen Psychosen*. Berlin: Akademie; 1959.
- 11) 高橋 良, 中根允文. 躁うつ病の遺伝的要因と家族内力動. *臨床精神医学* 1976; 5: 435-45.
- 12) Kielholz P. *Diagnose und Therapie der Depression für den Praktiker*. J. F. München: Lehmanns; 1971.
- 13) Winokur G. Familial (genetic) subtypes of pure depressive disease. *Am J Psychiatry* 1979; 136: 911-3.
- 14) Dunner D, Gershon ES, Goodwin FK. Heritable factors in the severity of affective disorders. *Biol Psychiatry* 1976; 11: 31-42.

- 15) Cooper JE, Kendell RE, Gurland BJ, et al. Psychiatric Diagnosis in New York and London. Maudsley Monograph 20. Oxford : Oxford University Press ; 1972.
- 16) 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.
- 17) 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.]
- 18) 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.]
- 19) 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.]
- 20) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual Disorders DSM-IV-TR (Text Revision). Washington DC : APA ; 2000. [高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸・訳. DSM-IV-TR精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京 : 医学書院 ; 2002.]
- 21) Maj M. 'Psychiatric comorbidity' : an artefact of current diagnostic systems? Br J Psychiatry 2005 ; 186 : 182-4.
- 22) Roy-Byrne PP, Stang P, Wittchen HU, et al. Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. Association with symptoms, impairment, course and help-seeking. Br J Psychiatry 2000 ; 176 : 229-35.
- 23) Kupfer DJ, Regier DA, Kuhl EA. On the road to DSM-V and ICD-11. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2008 ; 258 Suppl 5 : 2-6.
- 24) Krueger RF, Bezdjian S. Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts : toward DSM-V and ICD-11. World Psychiatry 2009 ; 8 : 3-6.
- 25) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄. ICD-11作成に向けて. 精神科 2009 ; 14 : 1-11.

* * *