

- Cauffman, E., Feldman, S.S., Waterman, J. & Steiner, H. (1998) Post-traumatic stress disorder among female juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1209–1216.
- Dixon, A., Howie, P. & Starling, J. (2005) Trauma exposure, post-traumatic stress and psychiatric co-morbidity in female juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 798–806.
- Doi, Y., Roberts, R.E., Takeuchi, K. & Suzuki, S. (2001) Multiethnic comparison of adolescent major depression based on the DSM-IV criteria in a US–Japan study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1308–1315.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y. & Garfinkel, P.E. (1982) The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871–878.
- Goldstrom, I., Jaiquan, F., Henderson, M., Male, A. & Manderscheid, R.W. (2000) Chapter 18. The availability of mental health services to young people in juvenile justice facilities: A national survey. Section 4: Key elements of the national statistical picture. In *Mental Health, United States, 2000*. (eds R.W. Manderscheid & M.J. Henderson). US Department of Health and Human Services, Centre for Mental Health Services.
- Leve, L.D. & Chamberlain, P. (2005) Intervention outcomes for girls referred from juvenile justice: effects on delinquency. *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, 73, 1181–1185.
- Leve, L.D. & Chamberlain, P. (2007) A randomized evaluation of multi-dimensional treatment foster care: Effects on school attendance and homework completion in juvenile justice girls. *Research of Social Work and Practice*, 17, 657–663
- Otsubo, T., Tanaka, K., Koda, R., Shinoda, J., Sano, N., Tanaka, S., Aoyama, H., Mimura, M. & Kamijima, K. (2005) Reliability and validity of Japanese version of the Mini-International Neuropsychiatric Interview. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 517–526.
- Patton, J.H., Stanford, M.S. & Barratt, E.S. (1995) Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768–774.
- Roberts, R.E., Roberts, C.R. & Chen Y.w. (1995) *Ethnocultural differences in prevalence of adolescent depression*. San Diego: 123rd Annual Meeting of American Public Health Association.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.h., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G.C. (1998) The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (Suppl 20), 22–33; Quiz 34–57.
- Someya, T., Sakado, K., Seki, T., Kojima, M., Reist, C., Tang, S. & Takahashi, S. (2001) The Japanese version of the Barratt Impulsiveness Scale, 11th version (BIS-11): its reliability and validity. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55, 111–114.
- Steiner, H., Garcia, I. & Matthews, Z. (1997) Post-traumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 357–365.
- Teplin, L.A., Abram, K.M., McClelland, G.M., Washburn, J.J. & Pikus, A.K. (2005) Detecting mental disorder in juvenile detainees: Who receives services? *American Journal of Public Health*, 95, 1773–1780.
- Teplin, L.A., Abram, K.M. & McClelland, G.M. (1997) Mentally disordered women in jail: Who receives services? *American Journal of Public Health*, 87, 604–609.
- Thomas, C.R. & Penn, J.V. (2002) Juvenile justice mental health services. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11, 731–748
- Ujiie, T. & KONO, M. (1994) Eating Attitudes Test in Japan. *Japanese Journal of Psychiatry and Neurology*, 48, 557–565.

Michio Ariga, MD, PhD, Department of Psychiatry, Jozominosono, National Center for Persons with Severe Intellectual Disabilities, Takasaki, Japan.

Toru Uehara, MD, PhD, General Health Support Centre, Gunma University, Maebashi, Japan.

Kazuo Takeuchi, MD, MPH, Takasaki University of Health and Welfare, Takasaki, Japan.

Yoko Ishige, MD, Department of Psychiatry and Human Behaviour, Gunma University Graduate School of Medicine, Maebashi, Japan.

Reiko Nakano, Haruna Joshi Gakuen (Female Reformatory School), Gunma, Japan.

Masahiko Mikuni, MD, PhD, Department of Psychiatry and Human Behaviour, Gunma University Graduate School of Medicine, Maebashi, Japan.

Correspondence to: toruaki@gunma-u.ac.jp

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

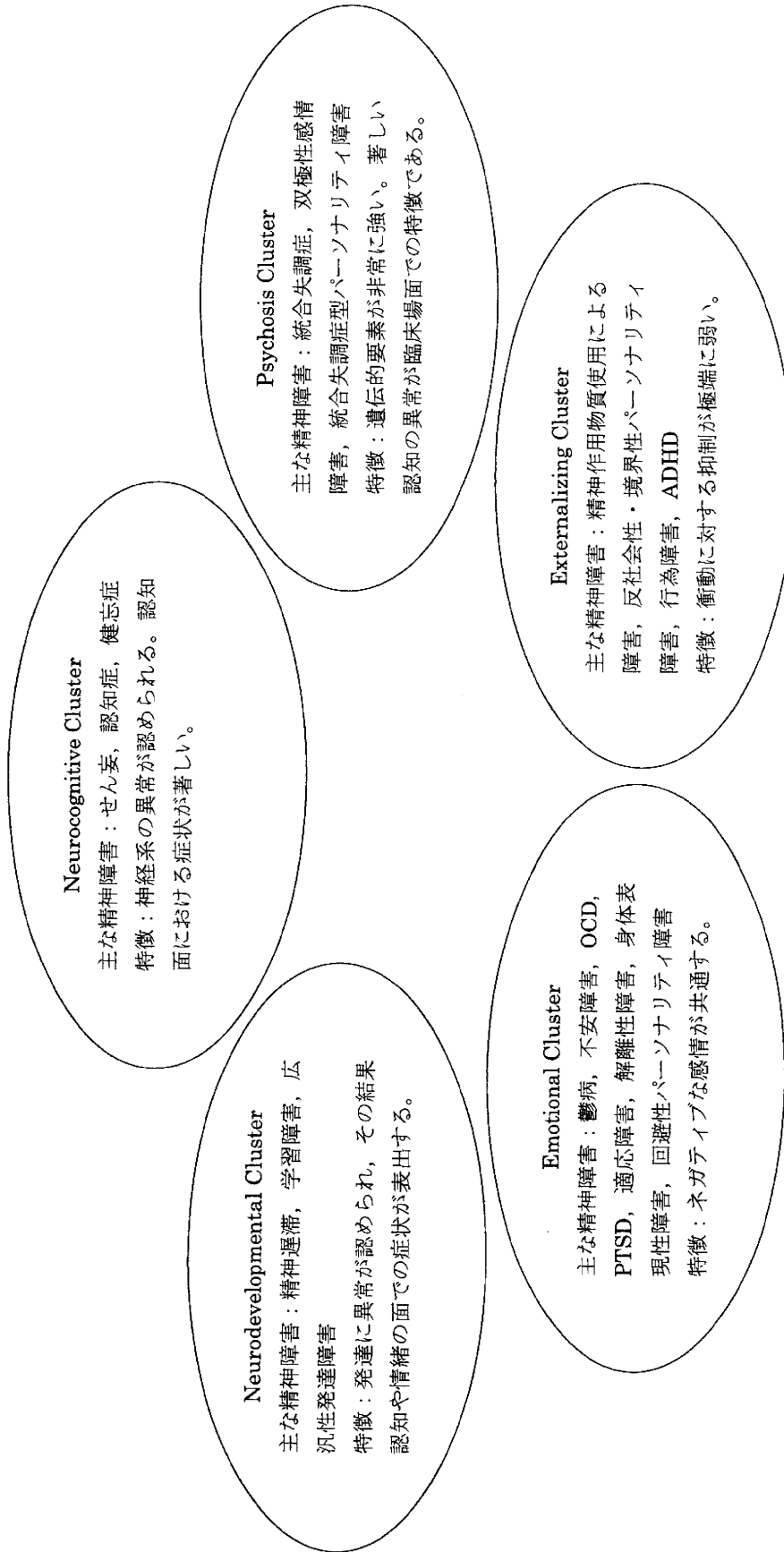
証も β 版を基に行う予定である。現在の予定では、2010 年 5 月に α 版 (最終版ではなく、問題点を確認するたたき台となるもの) が公開される様子である。

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ていると述べた (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」

の改訂作業が遅れていることを反映して、具体的にどのようなフィールド・トライアルが可能なのかについて活発な議論がなされた。

第1回～第4回会議では、百家争鳴に論じられてきた精神医学の分類を ICD-11 ではどのような立場で改訂し、世界の共通言語 (Lingua Franca) として成立しうるのかに関して、概念的に議論された。

3. グローバルな科学的協力ネットワ

ーク・グループ (Global Scientific

Partnership Network Group: GSPN) の

活動状況について

第1回の AG 会議において、本グループの設置が決定され、現在まで4回の会議が行われた。本グループは ICD 改訂において世界中の科学者から意見を求め、それらを AG に提供し ICD 改訂に有益な上を与えることを目的としている。第1回会議は2008年2月22日に東京で開催、第2回会議は2008年5月3日に開催され、これらについては本誌前号で報告した。

第3回会議は、ドイツ精神医学、精神療法および神経学学会総会 (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde: DGPPN) 中の2008年11月24、25日にベルリンで開催され、1)各言語圏および文化圏で GSPN のメンバーの選定し、さらに GSPN を構築していく、2) WHO が今後対峙する科学的問題について特別な科学的アドバイスをする、3) フィールド・トライアルのデザイン、コーディネーションおよび評価をする、4) 改訂過程において、特に属する言語圏において出版された出版物について、文献レビューを支援する、5) ICD-10 の使用で浮き彫りにされた問題点の特定に参加する、6) WHO からの要請された診断分類やフィールド・トライアルに関するテキストの翻訳においてアドバイスや支援をする、など活動方針が確認された。また、DGPPN では、GSPN のメンバーによるシンポジウム「On the way to the classification of mental disorders in the 11th revision of the International Classification of

Diseases」が開催され、多くのドイツの精神科医が参加し、ICD 改訂に関する関心の高さが伺われた。

その後、第4回会議が、WPA の国際学会開催中の2009年4月1日にフィレンツェで開催され、WHO から Saxena 上級専門官および Reed 氏 (ICD-10 「精神及び行動の障害」改訂のための上級プロジェクト専門官) が出席のもと、各言語圏および文化圏の進捗状況が報告され、今後も GSPN として ICD 改訂に大きく関わっていくことが再確認された。

4. 世界精神医学会の ICD-11 に向け

た動向について

第14回世界精神医学会総会が平成20年9月20日～25日にプラハで開催されたが、9月23日に丸1日をかけ同医学会の「診断、分類及び評価方法」部会により、ICD-11 に向けたマラソン・シンポジウムが開催された。開催されたシンポジウムは下記の如くである。

- 1) 国際診断分類システム (International classification and diagnostic system)
- 2) 診断分類システムに関する各国からの貢献—キューバ、中国、フランス (Classification and diagnostic systems contributions from across the world) (Cuba, China, France)
- 3) 精神障害における症状および機能状態に関する共通の表現 (A common language for the description of symptoms or disorders of functioning in mental disorders)
- 4) ICD-11 と個人を主体とする統合的診断の協調に関するセッション間のシンポジウム Inter-sectional symposium on collaboration for ICD-11 and person centered integrative diagnosis
- 5) 国際診断のための基盤の拡大：分類における国際ネットワーク—アメリカ、ヨーロッパ、アフリカ、中東、アジアおよびオーストラリア (Broadening the bases for international diagnosis: The global network of classification and diagnostic group) (American, European, African & Middle East, Asia/Australia contributors)

このうち、「5. Broadening the bases for international diagnosis: The global network of classification and di-

agnostic group」において、著者らが The Japanese experience for ICD-11 と題する演題を発表し、日本の ICD-11 に関する取り組みの状況について報告した。

この WPA の「診断、分類及び評価方法」部会は、加藤が報告しているように、ICD-9 および ICD-10 作成時には、大きな役割を果たしたが（加藤, 1969, 1980）、現 WPA 会長の Maj 教授は、この「診断、分類及び評価方法」部会のみならず、WPA の様々な部会や各国の主要な精神医学会などからも ICD-11 に対する意見をくみ上げたいという意向のようである。

5. DSM-V の動向について

上記の AG の分科会として、「ICD-DSM 調整グループ」が設置されていることは本誌前号で報告した。本グループが設置された背景には、主要な雑誌に掲載される精神医学の研究では、実際 ICD-10 よりも DSM-IV が遙かに多く使用されているという事実と、米国精神医学会が総力を挙げて作成している DSM を無視できないことがある。このため、ICD-11 も DSM-V から少なからず影響を受けることが予想される。

DSM-V の組織だての前に、米国精神医学協会 (American Psychiatric Institute for Research and Education :APIRE) は DSM-V Research Planning Conference を開催している。

- ・ 研究計画・方法論に関するカンファレンス(2004年2月18～20日)
- ・ パーソナリティ障害に関するカンファレンス(2004年12月1～3日)
- ・ 物質関連障害に関するカンファレンス(2005年2月14～17日)
- ・ ストレス関連および恐怖の障害に関するカンファレンス(2005年6月23～24日)
- ・ 認知症に関するカンファレンス(2005年9月15～17日)
- ・ 精神病の脱構築化に関するカンファレンス(2006年2月15～17日)
- ・ 強迫性スペクトラム障害に関するカンファレンス(2006年6月20～22日)
- ・ 精神医学診断における次元的側面に関する

カンファレンス(2006年6月7月26～28日)

- ・ 精神障害の身体的表出に関するカンファレンス(2006年9月6～8日)
- ・ 幼少期における外在化障害に関するカンファレンス(ADHD, 行為障害, 反抗挑戦性障害, 青少年期の双極性感情障害)(2007年2月14～16日)
- ・ うつ病と全般性不安障害との Comorbidity に関するカンファレンス(2007年6月20～22日)
- ・ 精神医学分類の変化により公衆衛生への影響に関するカンファレンス(2007年9月25～28日)
- ・ 自閉症と他の広汎性発達障害に関するカンファレンス(2008年2月3～5日)

これらの会議の後、米国精神医学会は、2008年5月1日に正式に DSM-V 実行委員会および13のワーク・グループのメンバーを発表した。この人選には、主に製薬メーカーからの conflict of interests を可能な限り少なくするために、かなりの時間を要した模様である。具体的には、実行委員会参加の条件として企業との結びつきがある者は公表を求められ、また参加に際して2007年および参加期間中は企業関連の収入が年間10000ドルを超えないことで合意に至っている (Jun Yan, 2007)。

DSM-V実行委員長にはKupfer教授、副委員長にはRegier教授、研究委員長には Narrow 教授が就任した。また、これら13のワーク・グループの座長は、「ADHD および破壊的行動障害」ワーク・グループがニューヨーク大学の Castellanos 教授、「不安、強迫スペクトラム、心的外傷後および解離性障害」ワーク・グループがブラウン大学の Phillips 教授、「小児および思春期における障害」ワーク・グループが NIMH の Pine 氏、「摂食障害」ワーク・グループがニューヨーク州立精神医学研究所の Walsh 氏、「気分障害」ワーク・グループがニュー・メキシコ大学の Fawcett 教授、「神経認知的障害」がカリフォルニア大学の Jeste 教授、「神経発達の障害」が NIMH の Swedo 氏、「パーソナリティおよびパーソナリティ障害」がアリゾナ大学の Skodol 教授、「精神病性障害」ワーク・グループがメリーランド大学の Carpenter

教授、「性的および性同一障害」ワーク・グループがトロントの嗜癡および精神保健センターの Zucker 氏、「睡眠—覚醒障害」ワーク・グループがピッツバーグ大学の Reynolds 教授、「身体的苦悶関連障害」ワーク・グループがカリフォルニア大学の Dimsdale 教授、「物質関連障害」ワーク・グループはペンシルベニア大学の O'Brien 教授である。

毎日、米国精神医学会の会員に配信される email ニュースである「HEADLINES」の 2009 年 5 月 26 日号では、「よりニュアンスを含み、科学に基づいた DSM-V」と題する下記のような記事が配信された。

LA Times (5/26) は、「今後 18 カ月で、精神科医は DSM-V のドラフトを仕上げる予定である」と報じた。「巨大すぎる本 (Tome) は正常な範囲における人間の活動すら Medicalize (医療の対象として扱う) する危険がある」と警告する意見の一方で、「治療の必要を対象とする者すべてが含まれるよう、DSM は幅広い範囲をカバーすべき」との意見もある。こういった意見の不一致に関わらず、精神医学の聖書とすら呼ばれる DSM は、DSM-IV と比較してよりニュアンスがかったものとなり、科学的となるであろうとの予測では一致が見られる。DSM-V は、精神障害をより詳細に記述し、古典的・典型的な例からは外れると見なされてきたバリエーションにも目を向け、また年齢、人種、性別、文化、身体的健康といった要因によって病態が異なることを説明するものとなる、と Dr. Kupfer (DSM-V 実行委員会委員長) は説明する。DSM-V は 2012 年の出版を予定している。しかし、一見順調そうに見える DSM-V の作成過程であるが、DSM-III の実行委員長であった Spitzer 氏は「オープンではなく不透明」であるとして批判している (Spitzer, 2008)。

以下に現在、米国精神医学会の web site で公開されている上記 13 の部会の座長が公表している報告書をまとめてみた (APA, 2009)。

A. ADHD および破壊的行動障害ワーク・グループ

過去 6 か月にわたり、ADHD ワークグループにより議論、討議がなされてきた。

1) 18 項目の診断基準のうち、根本的な構造を变えることなく重複しているアイテムを削除できない

か議論するため、第二次データ分析が進行中である。

2) 子どもに対する診断基準のカットポイントに関する議論も進行中であり、第二次データ分析から得られる結果を今後取り入れてゆく予定である。また、子どもに対しては診断基準に重みをつけるといった可能性も残っており、これも第二次データ分析結果を待つところである。

3) DSM-IV に見られる主に過活動や衝動性を症状とするサブタイプや注意欠陥を主症状とするサブタイプは科学的データに裏付けられるものではない。むしろ、こういった差は用いられる手法によるところが大きいと考えられる (情報提供者や用いられる診断ツールの差、もしくは複数の情報提供者から得られる情報を総合する際に用いられるアルゴリズムの差)。結果的に、現在のサブタイプに関する概念は有用性に欠けるものであるという一致に達した。

a) Attention Deficit Disorder (ADD) と ADHD を区別するかどうか、現在審議中である。ADD には生涯において過活動や衝動性を呈することがない者に対する診断名とするのが相応であり、また過活動性が小児・幼児期において認められる者に対しては後にそれらの症状が軽減したとしても ADHD の診断名が適するとの意見がある。DSM-III における ADD の概念においては衝動性が必要項目であったため、今回審議されている区別 (特に ADD) は DSM-III への回帰と捉えられるべきでない。

b) ADD と ADHD どちらの概念も併せ持つものとして、ADHD というカテゴリーひとつを維持する選択肢も考慮されている。

c) 上記ふたつの選択肢に関する決定は、過活動や衝動性を伴わない ADD と ADHD の区別が持つ臨床的有用性の科学的根拠が十分であるかに関わる。また、現在考えられている ADD の有病率とも関連する。

d) これらに関するデータは現在ワークグループにより蓄積されており、決定に際して間もなく提供される見込みである。

4) 選択肢の #3a, #3b どちらが採択されるかに関わらず、障害の主たる 3 つの次元 (過活動、注意欠陥、衝動性) は、測定ないし観察可能なかたちで残されるべきである。

a) 上記に挙げた3つの次元は、DSM-IV-TR においてしばしば ADHD と合併して起こる障害（例えば、反抗挑戦性障害、行為障害、学習障害；トゥレット障害、自閉症スペクトラム障害）にも応用の可能性があるが、すべての第 I 軸に属する障害に対して有益であるかどうかについては疑問が残る。特に合併して表れることが多い障害に関して、優先的に前述の3つの次元を診断時に活用する選択肢も考えられる。

b) DSM-IV-TR の使用から、子どもたちの間では2つの次元（注意欠陥と過活動/衝動性）が特に顕著に現れることがわかっている。問題となっているのは、DSM-IV-TR の診断基準では衝動性に関する扱いが厳しい傾向にあるということである。確かに、子どもたちは一般に衝動的傾向があっても深刻な事態に至るような決断をする場面は少ない（交通事故、リスクの高い性行為、薬物乱用など）。

c) 最近のデータでは、成人の ADHD に関して、衝動性/衝動的な決断を含む3次元の構造が支持されている。

5) 近年、ADHD は幼少期の発症および診断から始まり、生涯にわたりなんらかの機能障害をきたす障害として認識されている。しかし、一方で、DSM-IV-TR の A 診断基準は、成人や思春期後期に対して不十分という認識もある。したがって、成人および思春期後期を対象とした A 診断基準は変更されるべきであり、またこの問題に関するフィールドトライアルが必要である。「小児および思春期障害」のワーク・グループの提案にあるように、表面的にある特定の障害を特徴づける要因は共通としながらも、対象年齢ごとにその要因がどのように観察しうる行動として現れるのかを示すセクションを設けることが考えられる。もしこの案が採用されれば、「年齢ごとの表面化（age-related manifestations）」と名付けられよう。ADHD ワークグループとしては、症状を一生涯にわたり記述するために適切な方針と考えている。

a. 年齢や発達段階に沿って診断基準を設ける重要性に引き換え、衝動的な決断に関する領域は DSM-IV-T において十分と言い難い。このような衝動的な決断は、幼少期を越えて一生涯にかけて影響を及ぼしうる問題である（子どものみを対象にした場合の診断基準も十分ではなく、「危険な活

動に参加する」、「考えずに行動する」などといった初期の項目は現在含まれていない）。加えて、DSM-IV-TR の文言は子どもを念頭に書かれているため、診断基準によっては成人や思春期後期を迎えた子どもには明らかに不適であるものも含まれる。このため、新たな診断基準が現在審議されている。

6) 発症時期の診断基準 B（「機能障害が7歳以前に見られる」という項目が現在議論されている。発症時期として規定される時期は、薬物乱用、気分障害、精神病といったリスクが高まる以前に設定される必要がある。

7) 「症状は広汎性発達障害において単独で現れない」という階層構造的発想が強く疑問視されている。合併や臨床閾値以下の状態において、過活動、衝動性および注意欠陥といった次元を評価の対象に含めることは、臨床像のよりの確な把握につながるものと考えられる。

8) 現行の12か月に対し、診断基準として症状の継続を6か月とする案が出されている。

9) ADD を ADHD と CD から抽出する案として、Hyperkinetic Conduct Disorder を採用する案も考慮されているが、現時点では上記の障害を関連性は高いものあくまで独立したものとして捉える方針である。

10) ワーク・グループにより関連文献のレビューが行われてきたが、これらの結果はすべてのワーク・グループメンバーおよび関係者に公開予定である。

B. 不安、強迫スペクトラム、心的外傷後および解離性障害ワーク・グループ

はじめに

本ワーク・グループは、以下3つのサブグループより成り立っている。

- 1) 不安障害（座長：Michelle Craske, Ph.D.）
- 2) 強迫スペクトラム障害（座長：Dan Stein）
- 3) 心的外傷後および解離性障害（座長：Matthew Friedman）

サブグループ間は定期的にコミュニケーションをとっており、また他の DSM-V ワークグループやスタディグループとも連携しており、情報のやりとりやグループ間での協力を保っている。ワーク・グループのメンバーは様々なミーティングに

参加し、随時 DSM-V に関する議論を行うと共に関連分野からのインプットも取り入れている。すべてのサブグループにはアドバイザーがついており、各分野における専門知識を有する。

不安障害サブワークグループ

本サブグループは以下の障害を主に取り扱う：パニック障害、社会恐怖（社会不安障害）、広場恐怖および全般性不安障害（および過度の不安障害）。また、他のワークグループとも連携し、分離不安症や Selective mutism に関しても取り組んでいる。アプローチの方法として、以下が挙げられる：

- 1) DSM-IV 作成に際して解決されなかった課題の再検討
- 2) 文献のレビュー（ライフスパン・スタディ・グループの要請によるライフスパンに関する問題、「不安障害とは何か」をテーマとするもの）
- 3) 世界各国の専門家に調査を行い、科学的根拠に基づいた現在の診断分類に関する問題についてインプットを得る
- 4) 不安障害に関する専門家の協力を得る
- 5) 隔週で電話会議を持ち、文献レビュー、前述の調査結果、第二次データ分析から得られた情報をもとに議論を行う（第二次データ分析は、メタ構造および構造的問題に関する情報に関するものである）

以下は、サブグループ内で議論が進められている問題をまとめたものである。これらの課題は文献のレビュー、第二次データ分析およびフィールドトライアルによって解決を目指すものである。フィールドトライアルに関する計画は現在進行中であるが、診断基準、次元を決定するにあたり整合性・情報面で最も適すると思われるもの、および以下の問題についての取り組みが主となる。

- 1) パニック発作およびパニック障害
 - a) パニック発作は、パニック障害に限らず他の精神疾患の発症および精神疾患全般の程度や他の障害との合併について有益な情報であるため、診断の際の一次元として含めることが検討されている。
 - b) 発症以前の不安、文化面への配慮、パニック発作の予期の有無をより明確にするため、パニック発作に関する記述の変更が検討されている。

- c) パニック発作の再分類（呼吸タイプなど）が文献で提唱されているが、科学的根拠不十分とみなされた。

- d) 簡略化および広場恐怖との区別の観点から、パニック障害に関する診断基準の体系および記述が見直される予定である。

2) 広場恐怖

広場恐怖の診断基準およびパニック障害との関連は現在調査中である。

3) 社会恐怖（社会不安障害）

- a) この障害の名称について（社会不安もしくは社会恐怖）議論中である
- b) 簡略化および明確化の観点から、診断基準の体系および記述が見直される予定である。
- c) 不安障害における「全般性」の概念の有用性が、対人交流もしくはパフォーマンスに対する不安という観点と対比して考慮されている。また、パフォーマンスが求められる際のみ発現する症状は、特定の恐怖症とみなされる可能性がある。
- d) 社会不安障害と回避性パーソナリティ障害の関連について調査が進行中である。

4) 全般性不安障害

- a) 簡略化、および「過剰な」不安の本質を明確化するため、全般性不安障害の記述および体系について改善の余地を模索中である。
- b) 全般性不安障害と、かつて子どもの診断名として存在した“overanxious disorder”の関連性が改めて見直されている。

5) 特定の恐怖症

- a) 現在サブタイプとして認知されている動物、環境、血液/傷害/注射、状況など、具体的な恐怖の対象となるものの区別が妥当であるか検討中である。
- b) 広場恐怖と特定の恐怖症の関連についても議論中である。

6) 分離不安障害

現在子どものみを診断の対象としているが、成人への応用が適切であるか現在検討されている。成人を対象とした本障害の適用に関する科学的根拠を調査中である。

7) 不安障害全体における統一性

不安障害全体における統一性を高めるため、症状の継続期間、恐怖症の基準、「恐怖」と「不安」の区別、機能障害や苦痛に関する記述の見直しを考慮している。

8) 次元

サブグループの中の一部が、アドバイザーの助言とともに次元の適用について2通りの方法を検討中である。まずひとつは診断システムと密接にかかわっており、不安と回避的行動のレベルにおける評価が診断基準として含まれるものである。もうひとつは、次元的アプローチを直接診断基準に含み、診断の対象となるか否かの臨床閾値として用いるものである。どちらにおいてもこれらの次元を詳細に検討する必要がある、また簡略化したものかそれともさらに複雑な構造とするかも議論の対象となる。

9) 気分障害のワークグループと共同して、最も適切な不安抑うつ障害の分類を検討中である。特に次元性のアプローチは有益と考えられる。

強迫スペクトラム障害に関するワークグループ

このサブグループは、対象となる個々の障害に関する文献レビューを進めている。レビューに含まれる障害としては、OCD、貯蔵 (hoarding)、身体醜形障害、トゥレット障害およびチック障害、抜毛癖 および強迫的な皮膚のほじくり (compulsive skin-picking)、および常同性行動障害が含まれる。また、このサブグループにおいてはこれらの障害に最適な分類 (OCD と不安障害の関係、強迫スペクトラム障害と部類されてきた障害と他の障害との関連など) についても議論が行われている。例えば、強迫スペクトラム障害が DSM-V において最終的に認められるようであれば、認知面の症状を核とする A (身体醜形障害など) と行動における症状を主とする B (抜毛癖など) に分類がなされるであろう。アドバイザーからの助言を得ながら作業は進行中であり、また、文献を根拠とする意見が専門家への調査により得られている。他のワークグループおよびスタディグループとの連携もとっている (「パーソナリティおよびパーソナリティ障害」ワークグループとは強迫性パーソナリティ障害、「身体的苦悩関連障害」ワークグループとは心気症に関して、など)。

OCD の多様性は認知されつつあり、細分類に関する提案がいくつかなされている。既存の OCD

の診断基準に加え症状に関する次元を加えることが有益であるか、またどのような次元が特に有益となりうるかに関しては議論がなされている。現在、OCD の診断に早期発症やチック様などの要素を加味する案が検討されている。

貯蔵 (hoarding) に関しては、OCD 症状の一例と捉えることもできるが独立した障害として扱うことに意義があるかもしれないとの意見がある。これに関して科学的な根拠があるかどうか現在調査中であり、またフィールドトライアルに含められる可能性がある。

身体醜形障害に関しては、診断基準の変更を求める意見がある。他の障害と同様に、診断基準および記述は文化や発達段階を問わず有用である必要がある。また、身体醜形障害は妄想に近い要素を含んでおり、この扱いに関しても議論が必要である。トゥレット障害とチック障害については、トゥレット障害は活動や言語面の症状を主とするチック障害と根本的な差がみられ、現行の分類を維持した上で含まれる差異を認めるべきか、それとも慢性的チック障害のカテゴリー内に上記3種のチック障害をサブタイプとして含めるべきか議論がなされている。チック障害の診断に関する臨床的有用性が現在検討されており、また DSM-V における分類箇所について考慮されている。

抜毛癖の診断基準は見直されるべきとの意見があり、文献を参考により妥当性および有用性の高い診断基準が可能かどうか検討中である (診断基準 B および C は妥当かつ必要であろうか)。抜毛癖の細分化に関する質問が出ており、細分化するのであればどのような細分化が最適かどうか検討中である。抜毛癖の改称 (hair-pulling disorder など) も議論の対象である。他にも強迫的な皮膚のほじくり (compulsive skin-picking) など身体に関する反復行動を症状とする障害が存在し、果たして抜毛癖が独立した診断カテゴリーであるべきは今後議論の対象となる。

常同性行動障害は現在、その症状が医療的介入を必要とするほど深刻な場合のみに知的障害の患者を対象に用いられる診断名である。しかし、診断自体は医療的介入の必要の有無ではなく行動ないし症状自体であるべきなので、診断に際して閾値を設ける案が出されている。また知的障害を伴

わなくてもこの診断に該当すると思われるケースを考慮する必要も指摘されている。

DSM-V 分類の大枠を考える上で、以下の案が出されている。ひとつは現行のまま OCD を不安障害の括りに入れてしまうことである。もしくは、OCD を不安障害の分類からのぞき、他の強迫スペクトラム障害と併せて独立したカテゴリーを確立することも考えられる。でなければ、現在の不安障害の分類をさらに広げ強迫スペクトラム障害と併せて「不安—強迫スペクトラム障害」とすることも提案されている。

文献レビューに加え、第二次データ分析からの結果も合わせ OCD と他の障害との関連が調査されている。フィールドトライアルには、具体的に貯蔵 (hoarding) の扱い、抜毛癖の診断基準見直し、強迫的な皮膚のほじくり (compulsive skin-picking) が含まれる予定である。

心的外傷後と解離性障害に関するワークグループ

本ワークグループは、PTSD、ASD、解離性障害および適応障害の診断基準を主に検討している。アドバイザーを擁し、各回にトピックを決めて隔週で電話会議を開催している。現在までに、PTSD の A1 と A2 の診断基準、他の PTSD の診断基準、ASD、適応障害、転換性障害、過度のストレスの障害、特定不能 (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified: DESNOS)。新たに提唱された障害である)、発達のトラウマ障害 (Developmental Trauma Disorder。新たに提唱された)、および解離性障害について議論が交わされてきた。

2008 年に、ワークグループ本体の特定した問題についての調査が約 50 名の専門家を対象に行われた。詳細については以下の通りである：PTSD の A1 および A2 の診断基準；急性と慢性の PTSD の区別 (またその区別が必要であるか)；ストレスに対する急性反応；DESNOS；PTSD の C 診断基準である回避と不感症状の区別、トラウマ関連の解離性障害を一括りに独立したカテゴリーとして扱うこと、転換性障害の適切な位置づけ (身体苦悩障害対解離性障害)；PTSD の細分化カテゴリー；そして比較文化的問題である。この調査においては 50 % の回答が得られ、以降の活動に生かされた。

現在サブグループは以下 3 つのエリアについて活動を進めている。

- 1) 重要なトピックに関する文献レビューの完結
- 2) 第 2 次データ分析に活用可能なデータの確保 (PTSD の観点から、トラウマ体験、構造的インタビューを通じたフォローアップ、DSM-IV にある 17 の PTSD 症状を越えた多様な症状を含む、長期的なデータ)
- 3) PTSD、ASD、DESNOS と適応障害を主に対象としフィールドトライアルの計画

以下は、文献レビュー、第 2 次データ分析、フィールドトライアルにおいて焦点となる問題である。

- 1) PTSD の診断基準 A1 における変更の必要性および変更の内容
- 2) PTSD 診断基準 A2 の維持もしくは変更、具体的にはより幅広いトラウマ後の反応 (パニック発作、解離、恥や罪の意識) を含めること
- 3) 現在の PTSD における症状群 B、C および D が適切であるかどうか
- 4) 特に解離性の症状と関連し、ASD の診断基準に変更が必要かどうか
- 5) 適応障害を PTSD や解離性障害を含むより大きな分類に含めることが妥当であるかどうか
- 6) 急性および慢性のトラウマ後および解離性症状の表出の仕方が、文化によりどのように異なるか
- 7) 解離性障害において最も適切な分類法
- 8) 現在解離性障害 NOS として分類されているような臨床的実情を詳しく調査することで、解離性障害の診断基準を改善することが可能かどうか
- 9) 転換性障害の分類の位置づけ (解離性もしくは身体表現性；身体ストレスワークグループにおいてもこの問題は検討されている)
- 10) DSM-V に新たに提唱された障害 (DESNOS と発達性外傷性障害 Developmental Trauma Disorder；後者は「小児および思春期の障害」ワークグループにおいても検討されている)
- 11) 発達段階に沿った PTSD の診断基準の確立 (「小児および思春期の障害」ワークグループと協働)

他の DSM-V ワークグループと連携しつつ取り組んでいる課題は以下の通りである。まず、発達のトラウマ障害 Developmental Traumatic Disorder と発達段階に合わせた PTSD 診断基準に関して「小児および思春期の障害」ワークグループと協力体制がある。また、トラウマによる脳障害に関して

は「神経認知的」ワークグループの取り組むエリアでもあり、「神経認知的」ワークグループが指揮を取っている。転換性障害の位置づけをめぐり身体ストレスワークグループとの連携も密であり、また性および文化的側面を反映した診断基準作成のため、それらを専門とするスタディグループとも協力を保っている。

C. 小児および思春期における障害ワークグループ

本ワークグループによる昨年の活動は、フィールドトライアルへの準備を主とするものである。フィールドトライアルに向けて、課題と思われるおもな領域5つを特定した。うち3つは新たに提唱された症候群および DSM-IV から考えて大幅に対象を広げたと思われる症候群に関するものである。残り2つは発達の視点の強化に関するものであり、発達段階によって異なる症状の異なる表出の認識や発達段階別の細分化の視点を盛り込むことを目的としている。また、これらの問題は次元的尺度を加えることでも実現しうる。

まだ問題自体が明確でない領域も存在するが、今後の指針に関して示された課題に対応するには十分なだけの情報を得ている。具体的な課題は以下に示されるとおり5つのカテゴリーにわたる。以下はフィールドトライアル実施予定の領域、および実施に際した対象を示すものである。

A. 自殺との直接的関連がない自傷行為：

DSM-V において新たな概念、つまり自殺との直接的関連がない自傷行為

Non-Suicidal Self Injury (NSSI) を含めることを検討している。これに関して、フィールドトライアル開始までに解決されるべき問題が以下の通り示された。

- a. NSSI に関する記述および基準が必要である
 - b. この基準と希死念慮および自殺企図との差を明白にする必要がある
 - c. NSSI, 希死念慮および自殺企図に関する調査を多様な環境及び年齢群を対象に行う必要がある。また、NSSI と希死念慮および自殺企図の区別に関する具体的な方法も必要となる
- B. 幼少期における気分障害：気分障害症候群の変更について考察が重ねられている。

- a. 幼少期の双極性障害：躁および双極性障害について、気分障害ワークグループから新たな基準が示される可能性がある。この場合、診断基準を正確に幼少期の患者に対しても正確に適用できるように、必要であれば訂正ないし変更を加えることも必要である。フィールドトライアルは、成人に加えて児童や学生など様々な年齢層を対象に実施する必要がある。
 - b. 重度の Irritability: 反抗挑戦性障害もしくは気分障害のサブタイプとも捉えられるが、重度の Irritability に関する調査が必要である。フィールドトライアルは、成人に加えて児童や学生など様々な年齢層を対象に実施する必要がある。また、臨床群に加え一般地域住民を対象とした調査も必要である。
 - c. 幼少期における大うつ病：大うつ病について、気分障害ワークグループから新たな基準が示される可能性がある。Irritability に関する調査と同様、幼少期を対象とした調査が必要となる。
- C. 幼少期のトラウマ関連障害：トラウマ関連障害について、変更の可能性が示唆されている。
- a. 就学以前の PTSD：就学以前の PTSD について、基準が示される予定である。これらの精密な基準を関連する対象群に適用してみる必要がある。
 - b. 児童および思春期の PTSD：成人における PTSD に新しい基準が示される可能性がある。これらは青年層に対しても適用する必要がある。また、発達段階による PTSD の症状表出も考えられるので、これに関しても調査が必要である。
 - c. 発達のトラウマ障害：新たな概念として発達のトラウマ障害が提唱されている。もしこれが受け入れられれば、新たな基準を設け、評価する必要がある。
- D. 発達段階的な症状の表出：DSM-V に含まれる症候群について、発達段階的な症状の表出に関する項目が含まれる可能性がある。個々の症候群における基準が最終決定された後に、発達段階的な症状の表出についての調査が早急に行われるべきである。以下

の通り、特にこの点に関して注意が必要と思われる領域がある。

- a. 前述のとおり、PTSD 関連で発達段階別の症状の表出について調査が必要となる。
- b. すべてのいわゆる問題行動は、発達段階別の視点が必要である。
- c. 上記以外でも、自閉症スペクトラム障害、気分障害、不安障害（特に分離不安障害）、パーソナリティ障害、摂食障害において、特に調査が必要である。
- E. 発達段階別サブタイプ：現在発症の時期により行為障害は区別されているが、この区別が維持されるべきか議論中である。この年齢による細分化や幼少期の PTSD の他にいくつか、年齢ないし発達段階別の細分化が適すると考えられる障害が以下の通り存在する：OCD; GAD; Major depressive disorder; 薬物関連障害。
- F. 次元的手法：最後に、直接治療にむすびつくような症状を基本とする次元の開発に乗り出している。

D. 摂食障害ワークグループ

DSM-III-R 以降、DSM には摂食障害に関するセクションが存在する。DSM-IV においては神経性無食欲症（AN）と神経性大食症（BN）に関する診断基準が掲載されており、また、特定不能の摂食障害 Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS) が前述の2診断に満たない摂食障害の診断名として適用される。また DSM-IV の Appendix には、EDNOS の一形態として、むちゃくい障害の診断基準が掲載されている。

本ワークグループの活動の対象

本ワークグループは現行の摂食障害および幼少期における摂食（異食症、反芻性障害、幼児期または小児期早期の哺育障害）に関する診断基準および記述の見直しを行った。また、DSM-V において肥満を摂食障害に含めるかどうかも検討された。

主な課題

まず、現行の診断システムの問題点として、臨床現場で EDNOS の診断が圧倒的に多いことが指摘された。これはすなわち現在新たな診断名を DSM-V において加える必要性および妥当性を暗示するものであり、具体的にはむちゃ食い障害、

排出性障害 (Purging Disorder) および夜間摂食症候群 (Night Eating Syndrome) が考慮される。

次に、現在乳児および幼少期の子どもに対して用いられている摂食障害の診断基準の有用性および妥当性に関する問題が挙げられる。それほど文献において注目を浴びている分野ではなく、成人を対象とする摂食障害と比較して、改訂作業の難航が予想される。

アプローチ

本グループにおいて、13 の特定された問題分野における文献レビューが進行中であり、そのほとんどは完結に近い。これらはメンバーによって最終協議が行われており、近い将来に出版される予定となっている。具体的には、12 か月以内に出版および関連分野からのフィードバックを得ることを目標としている。これにおいて、DSM-V において可能性のある変更点や改訂が幅広く述べられる予定である。

いわゆる「伝統的」ないし「古典的」とされる摂食障害において有用と思われる次元の検討も、DSM-V における運用を念頭に行われている。DSM-V に含められる可能性が高いのは以下の通りである：BMI; むちゃ食いの頻度; 排出の頻度; 体型および体重に関する過剰な気遣い。

本ワークグループの活動は主に R13 grant from NIMH (PI: S. Wonderlich) によって支えられており、これまでに摂食障害に関するデータを持つ専門家を対象とするミーティングが2回実現している。後者は2009年3月に行われており、以下3つのトピックが対象となった。

- 1) 幼少期および思春期における摂食障害
- 2) 摂食障害分類における文化の影響
- 3) 診断名としての“むちゃ食い”の妥当性および有用性

12人のメンバーに対し、特に協議が難航すると思われる領域において協力を仰ぐため、4人のアドバイザーが参加している。また、他のワークグループやスタディグループとも、相互利益の得られる部分で連携をとっている。

臨床家および研究者からのインプットを得るため、今日までの活動のまとめを2009年春の Academy for Eating disorders および2009年春の Eating Disorders Research Society のミーティングで発表している。

E. 気分障害ワークグループ

本ワークグループは、13人のメンバーで以下個々の領域における検討を進めるべくサブグループを作成した：大うつ病とその関連；双極性障害；うつにおける不安；自殺；月経前不快気分障害（PMDD）；季節性感情障害（SAD）。活動は、文献のレビュー、第2次データ分析の結果、8人の専門家からのインプットを総合的に活用しながら進められている。また他のワークグループと重複するような領域（統合失調感情障害において「精神病」ワークグループと協力など）に関しては、ワークグループの枠組みを越えた連携も保っている。

各サブグループにおいて、隔週から毎月程度の頻度で電話会議が開かれている。また、サブワーク間での情報共有およびタスクフォースからの承認を目指す提言の発表を目的に、ワークグループ全体の電話会議も毎月開かれている。ワークグループ全体の方針としては、DSM-IVからの変更を提案する際に、変更による利点および考える不利益、また変更の根拠となる文献もしくは第2次データ分析の結果を発表するという手順で合意が得られている。また変更点の規模により、要求される科学的根拠も厳しくなる。

大うつ病 (MD) サブグループ

MD 診断にあたっての基準への追加もしくは削除する点がないかの検討にあたって、9つの症状の重症度および機能低下および重軽度に関する尺度から得られた Hopelessness と Irritability に関するデータを検討中である。

また死別体験の有無が診断に含めるかどうか検討するため、文献のレビューと並行して死別体験を経た患者を専門とする研究者から協力を仰いでいる。

双極性障害に関しては、閾値以下の躁状態を呈する MD 患者が双極性障害と後に診断されるケースがあること、また閾値以下ではありながら躁状態を呈する患者の場合、双極性障害との診断に至るまでに 8 年を要することがあるなどが文献において示されており、議論を呼んでいる。しかし、このような患者を仮に早期に双極性障害と診断するならば約 30 % もの患者の診断名が変わることになり、また治療方針にも大きな影響が出るため、委員会ではデータを参考にしながら慎重な

審議を進めている。選択肢のひとつとしては、MD 診断の際に双極性障害に関する項目を盛り込むことが提案されており、またこの問題は双極性障害に取り組むサブグループにおいても協議されている。

次に、閾値以下の抑うつについて、症状の中でも特に機能低下や自殺企図に結びつきやすいものがあることが示されている。現在閾値以下として NOS 診断を受けているケースは臨床的情報に乏しく、特に重篤な結果に至るリスクの高い症状を認知する必要がある。しかし、一方で、仮に現在閾値以下とみなされるケースを臨床群とみなすと一般地域における有病率が過剰に高くなる状況を招き、本当に臨床的介入を必要とするケースを見逃すリスクにもつながる。

最後に SAD の扱いであるが、果たして独立した診断カテゴリーとして正当なものか、季節性という情報を付加的項目として DSM-V に含めるべきか議論が行われている。

双極性障害サブグループ

DSM-IV における混合性の状態は MD と躁状態の両方に対する診断基準を満たすことが必要条件となっており、混合性のエピソードは事実上 I 型のみにしかなされていない。しかし、文献および臨床の見地から、この基準は厳しすぎるため、II 型など I 型に分類されないにも関わらず、混合性と同様の症状を呈した同様の治療を必要とするケースがあることが示されている。混合性エピソードにおいて MD もしくは躁どちらかの診断基準（2-3 項目）を満たすカテゴリーを設けることが考慮されており、これはこの領域における専門家の支持するところでもある。

双極性障害の閾値の設定に関しては、臨床的情報が乏しいにも関わらず現在頻繁に用いられている双極性障害 NOS に代わる選択肢を提示すべく、データベースおよび文献のレビューが進められている。また、幼少期における双極性障害の基準に関しても議論がなされている。この年齢層における正確な診断基準を目指し、「小児および思春期」ワークグループやアドバイザーと協力しつつ考察が重ねられている。

自殺サブグループ

自殺リスクに関する尺度の作成が進められている。現時点において、この尺度は単に重篤度を測

るだけでなく、慢性的な自殺リスクと急性の自殺リスクを区別できるようなものとして想定されている。慢性的な自殺リスクであれば臨的に持続的な観察が必要となるが、即座の介入は求められない。対照的に、急性の自殺リスクが高まっていれば自殺を防ぐべく即座の決断を要する。臨床現場におけるこれら様々な自殺リスクの評価を支援するため、自殺リスクに関する尺度を用いたデータのレビューが求められている。自殺リスクレベルの評価は、どの患者の治療にあたって意識的に行う必要がある。記録をつけることは、意識的にこの過程を思い返すことに繋がり、またマネジメントにおいて介入が必要であるか、将来的に必要となるかの結論をくだす助けにもなり、文書として残るのである。

気分障害に分類される障害の行動を次元で測定することが有用であるかどうか議論されている。文献および第2次データ分析の結果によれば、不安、薬物使用および自殺のリスクが予後に大きく関連しており、気分障害のアセスメントにおいては特に重要と考えられる。また、気分障害における全体的な重症度の評価に適した手法について文献を参考にしつつ考察が重ねられている。Clinical Global Impression Scale (CGI) に代表されるような次元が MD や双極性障害両方に対し適用可能か検討されている。

うつにおける不安グループ

次に課題となっているのが、不安抑うつないし混合性不安抑うつが果たして妥当なカテゴリーであるかという点である。閾値以下の混合性不安抑うつは特にプライマリケアでよく見られ、軽度ではあっても看過しがたい。また、診断基準を満たすような MD に極度の不安が加わると、一般に治療が困難であり、自殺企図や自殺に至りやすく、重篤なケースと考えられる。以上のことから、不安抑うつを単独のカテゴリーとして扱うのではなく、不安に関する次元をすべての気分障害の診断に際して加えることは臨的に有用と考えられる。

PMDD サブグループ

月経前不快気分障害に関しては、他の気分障害との区別に十分な根拠があるものかどうか、様々な要因（生物学的、経過、機能障害、治療への反応、家系的要素）を検討している。また、機能障害や苦痛については個々のケースで差が見られ、

DSM-Vにおいて独立したカテゴリーとするだけの妥当性があるかどうか調査中である。

本ワークグループにおいて、2つのフィールドワーク案が出ている。ひとつはMD患者における躁症状で、もうひとつは幼少期における双極性症状をどう注意欠陥障害、反抗挑戦性障害および行為障害と区別するかという問題である。具体的手法については現在検討中である。

F. 神経認知的障害ワークグループ

1. DSMにおける「せん妄、認知症、健忘症およびその他の認知障害」およびICD-10における「症状性を含む器質性の精神障害」に代わるものとして、「神経認知障害」が採用された。
2. 本カテゴリーに分類されるのは、後天的なものに限られる。つまり、過去の機能レベルを比較して明確な機能低下がみられる場合のみに限定される。発達上の障害は別にカテゴリーを設けるものとする。
3. 認知機能の障害は他の精神障害（統合失調症など）にも見られるが、それらにおいて認知機能の障害自体は最も重要な位置を占めるものでない。よって、神経認知的障害には含めないものとする。
4. 神経認知的障害をさらにせん妄と神経認知的に細分類すること、また神経認知的の中でも軽度のもので重度のものに分類する可能性が検討されている。
5. せん妄とは、主に急性の覚醒、意識および注意における混乱と考えられる。これに関して、定義が曖昧である「意識」の問題が示唆された。認知および睡眠サイクルにおける混乱はせん妄において共通の特徴といえる。原因別のせん妄の細分類も検討されている。また、せん妄は重症度に関わらず、神経認知的障害とともに現れることもある。
6. せん妄を除く神経認知的障害を、機能障害の重症度により二分する案が検討されている。軽度の神経認知的障害（軽度認知障害 Mild Cognitive Impairment; MCI）がひとつの領域に関してのみ機能低下の見られるものであるのに対し、重度

であればふたつ以上の領域にわたる機能低下が認められる。ただし、記憶に関する機能障害は、どちらに関しても必ずしも必要とはしない。

7. 重症度による区別（上記参照）に関わらず、病因による細分類も検討されている（アルツハイマー病型、血管性神経認知的障害、前側頭変性症、レビー小体病、混合性（どれによるか特定する）、特定不能（NOS）など）。NOS は本来あまり使用されるべきでないが、アルツハイマー病型が疑われるものの明確な判断に至らない、または判断を下しにくい場合に用いられることが多いことは事実である。
8. アルツハイマー病型でない認知症（レビー小体病グループ、血管性認知症など）に関してそれぞれ診断基準が設けられてきた。これらの診断基準の関連を明らかにし、共通部分を残しつつ必要に応じて変更を加えることで、整合性を高める必要がある。
9. 個々の患者に対し、付加的な情報を得るための項目として、以下が挙げられる：経過（一時的、寛解、継続的であるが安定、継続的に悪化、症状が不安定、など）、発症時期（65 歳以下もしくは 65 歳より上）、症状（興奮、徘徊など）。

他の議論の対象となっている課題

1. せん妄は、閾値以下もしくは閾値以上というように、連続性のものとして捉えられないだろうか。その用に仮定した場合、量的観点からどこを閾値として設定すべきであろうか。また、過活動性のものとそうでないもの等、細分化を図るべきだろうか。
2. 前出の閾値設定に関して、どのような領域（言語・非言語の記憶、注意、ワーキング・メモリー、会話、活動、パーソナリティおよび行動など）が考慮の対象とされ、またどのような検査が適しているであろうか。検査はベッドサイドおよび研究施設におけるバージョンが考えられる。

3. 機能障害の重症度の判定、および加齢による MIC とその他の神経認知的障害の区別に際し、神経心理テストと実際の機能障害の程度のどちらを基本とするべきであろうか。客観性の高い神経心理学的テストがどのような場合に必要であるのか、また主観的な機能低下に関する訴えのみで十分と言えるのか、議論がなされている。
4. 軽度の神経認知的障害と加齢に伴う認知機能の低下、および重度と軽度の神経認知的障害の区別に際し、どのような操作的ガイドラインにより閾値を設定すべきだろうか。
5. 神経認知的障害の診断、および重度と軽度の区別に際し、どのような方法であれば信頼性を保ちつつ機能の低下を測定できるであろうか。
6. 診断の確実性に関するコードは必要であろうか（例、possible, probably, likely）。
7. 診断に際し、遺伝、Neuroimaging および神経科学などのバイオマーカーはどのように用いられるべきだろうか。
8. 神経認知的障害において精神病症状や抑うつ症状が出る場合があるが、これは神経認知的におけるサブコードとして扱われるべきであろうか、それとも精神病や抑うつ障害カテゴリーにおいて扱われるべきであろうか。

進行中および予定されている活動

1. MCI に関する文献レビュー
2. 入手可能な長期データを含む第 2 次データ分析結果の評価
3. フィールドトライアルおよび付加的データ分析のために必要となる診断基準の草稿作成
4. 神経認知的と機能面における測定のフィールドテスト

G. 神経発達の障害ワークグループ

本ワークグループは 4 月 21・22 日にかけて Vermont, Arlington においてミーティングを行い、以下の通りの提言をまとめた。最終決定に至ったものはなく、以下まとめる内容にかんして専門家

および一般からのフィードバックを受け付ける予定である。

広汎性発達障害 (Pervasive Developmental Disorder: PDD)

- 1) 現行の DSM においては広汎性発達障害の診断項目があるが、本ワークグループではこの項目をなくし、自閉症スペクトラム障害 (Autism Spectrum Disorders; ASD) を代わりに設ける選択肢を検討している。これにより、現在自閉症、広汎性発達障害 NOS、アスペルガー障害と別個に設けられていた基準がひとつに統合されることとなる。以下は、この変更点に関する根拠である。
 - 自閉スペクトラムのみで病状および症状をよりの確に反映できる。
 - ASD を通常の発達過程と区別することに関しては信頼性、妥当性共に高く、一方で同じスペクトラムに属する障害を独立したものとして扱う手法は一貫性に欠ける。
 - 自閉症、広汎性発達障害 NOS とアスペルガー障害は、それぞれに特有の臨床症状は乏しく、単に重症度のみによって区別される場合が多い。
- 2) ASD の症状や臨床像をよりの確に反映するため、現在用いられている 3 つの領域 (社会性の欠如、コミュニケーション能力の欠如および限定的な興味/反復性の行動) を 2 つ (社会性の欠如、限定的な興味/反復性の行動) にする選択肢が検討されている。

現行の広汎性発達障害 (ASD) 診断基準を、より明確にするための見直しが行われている。ひとつの可能性として、診断基準を簡潔な項目にまとめ、年齢、発達段階および認知機能の程度などの要因による様々な臨床上の記述を加える案が出されている。性別および文化的要素も加味されており、ASD 診断の多様な対象への適用が可能となるよう意図されている。
- 3) ASD 症状の重症度は、正常、閾値以下および 3 つの閾値以上レベルの症状といった連続性においてとらえることが可能である。以下は考えられるモデルの一例である。

知的障害

DSM-IV においては精神遅滞 (Mental Retardation; MR) が用いられているが、これは時代にそぐわず、また差別的意味合いを含むものとしばしば批判されるため、新たに「知的障害」を採用した。

現在 MR は 4 段階 (軽度; 中程度; 重度; 最重度) に分類されているが、この有用性について調査が進められている。また同時に、知的障害というひとつのカテゴリに対し、1) IQ と 2) 適応力の 2 点に関する記述を加える様式も検討されている。

上記の変更点および知的障害に関して新たに提唱された基準について、Request For Information (RFI) やステークホルダーからフィードバックを得る予定である。

H. パーソナリティおよびパーソナリティ障害ワークグループ (April 2009 Andrew E. Skodol, M.D.)

本ワークグループは 20 の項目に関する文献レビューを進めており、以下はその一部である。パーソナリティ障害 (Personality Disorder; PD) の定義および診断基準; パーソナリティ病理の重症度; 科学的根拠に基づいたパーソナリティ特徴モデルの臨床的有用性; 機能の概念化と評価; 三要素からなる精神障害モデル; DSM-V に向けた診断基準の変更; ジェンダーと PD; ライフスパンを通じたパーソナリティの病理; 現行の PD カテゴリの次元的な捉え方; resilient (立ち直りが早い、回復力が早い) なパーソナリティ。また、DSM-IV に含まれる 10 のパーソナリティ障害の妥当性に関しても検討している。

パーソナリティ、PD の評価および分類の代替モデルについての検討が行われている。パーソナリティの領域に関して言えば、PD の有無に関わらずすべての患者に対して応用が可能である。パーソナリティの領域に関して、以下 5 つの項目において調査が進められている。

- 1) 正常から最重度まで、パーソナリティ機能 (自己、対人両方を含む) の評価
- 2) PD 個々のプロトタイプの記述
- 3) パーソナリティの特徴 (PD のプロトタイプの基盤であり、また PD の診断を受けていない者や、受けた PD 診断以外の領域についても応用可能である)

| | 社会的コミュニケーション | 限定的興味と反復行動 |
|----------------|---|---|
| 最重度 ASD | 最小限もしくは皆無 | 常同的；徹底した没頭；儀式的行為における介入に対する強固な抵抗 |
| 中程度 ASD | いくらか見られるが、明らかな異常を呈する | 高頻度かつ日常生活に使用をきたす儀式的行為；反復行動と限定的興味 |
| 軽度 ASD | 明らかな機能障害；すべての診断基準において閾値以上を示す | ときおり儀式的行為に及ぶ；反復行動と限定的興味；日常生活に支障をきたす場合もある |
| XXXXXXXXXXXXX | XXXXXXXXXXXXX | XXXXXXXXXXXXX |
| 臨床閾値以下の AS 症候群 | 片方もしくは両方の領域における症状が認められるが、日常生活における支障や障害はない | 奇妙な行動や過剰な没頭が認められるが、周囲への注意は失われていない；儀式的行為が見られるものの、日常生活に支障をきたすものではない |
| 正常 | 社会的に孤立している、または「ぎこちない」 | 儀式的行為や没頭は見られるものの、これらは発達上正常の範囲内であり、まったく生活に支障をきたすものではない |

4) 自己の確立 (self differentiation) と対人関係 (interpersonal relatedness) における欠陥からなる PD の一般的な基準

5) 適応機能のアセスメント

アセスメントに関しては、時間的制約、得られる情報および専門性の程度により、大まかなパーソナリティ機能の程度からパーソナリティ病理の詳細の把握にかけて適宜行えるよう意図されている。

パーソナリティ機能と PD の診断基準は、自己および対人の機能における欠陥に基づくものである。自己における欠陥は自己の統合 (self integration)、自己イメージの統合性 (integrity of self concept)、自己の志向性 (self-directedness) の領域において反映される。対人的欠陥は、共感 (empathy)、親密さ (intimacy)、他者の表象の複雑さと統一における領域に反映される。自己と他者との関係性における障害の記述は、パーソナリティ病理の深刻さにより異なる。

用いられるパーソナリティの特徴は臨床的有用性を念頭に選ばれる。現在見当されているものとしては emotional lability (気分が変調しやすい、不安定かつ感情的になりやすい、極度に高まった感情のために何もできなくなる)、impulsivity (その場の刺激のために行動する、結果を考えずに行動する、立てた計画に沿って行動できない、経験から学ぶことができないといった傾向) が挙げられる。これらの項目は、4段階で評価されるものである。これらの特徴は不適応を極とする軸において評価される。また、適応力があり resilient なパーソナリティ特徴として、楽観性や共感性も考慮に入れられている。

パーソナリティのプロトタイプは、核となるパーソナリティ病理とその周辺をなすパーソナリティの特徴によって記述される。プロトタイプは、パーソナリティタイプと自己・対人機能のレベルからなるものである。具体的には、全くパーソナリティに関して病理が見られないものから、若干のパーソナリティ病理と臨床的に際立つパーソナ

リティ特徴をもった軽度のパーソナリティ機能障害、そしてパーソナリティ病理とパーソナリティ特徴どちらも重篤と見られる重度の PD まで段階的に示される。また特定の PD 患者とプロトタイプと照らし合わせた際の一致の程度は、次元により表わされる。

本ワークグループは、今後文献レビューを完成し、第 2 次データ分析およびフィールドトライアルを進める予定である。これらの活動により、以下のこと期待される：異なるレベルの PD 患者におけるパーソナリティ機能の評価の精度が高まる；PD のプロトタイプの記述と区別に役立ち、さらに臨床的有用性も高いパーソナリティ特徴を特定する；パーソナリティ機能、PD 診断基準、パーソナリティ特徴、パーソナリティプロトタイプにおける年齢、ジェンダーおよび文化的影響を検討する。

I. 精神病性障害ワークグループ (April 2009 William Carpenter)

現在フィールドトライアルに向け、特に下記の問題を考慮に入れた計画が進行中である。

1. 病理において特に重要となる側面に関する二次的アプローチ（現実検討能力の低下、意欲ないし意志の欠如、限定された情緒、認知機能の低下、抑うつおよび躁）をテストする。これは精神病のみにとどまらず、気分障害の領域とも重複するものである。
 2. 統合失調感情障害の信頼性および妥当性を向上すべく、診断基準を見直す。
 3. 気分 (mood) の次元的评价により統合失調感情障害を診断カテゴリーから外すのが妥当であるかテストする。
 4. 精神病につながるリスクの高い症候群についてのセクションを DSM-V に加える。
 5. 緊張病を独立した診断カテゴリーとして扱う。
 6. 伝統的な統合失調症の細分類を削除する。
- まだ議論には至っていないものの、将来的には現行のシステムにおいて多々ある重複部分を減らすべく、診断カテゴリーをまとめるもしくは削る方向で進めていく予定である。

J. 性的および性同一障害ワークグループ

(April 2009 Kenneth J. Zucker, Ph.D.)

性機能不全および性嗜好異常サブグループ：ワークグループ全体ミーティングに引き続きまずワークグループ全体として、文献のレビューに取り組んだ。性機能不全 (SD) サブグループ、および性嗜好異常サブグループはそれぞれ草稿を完成させている。GID サブグループは草稿 1 つを完成させており、残りは 2009 年 4 月までに終了予定である。また、各サブグループ間でのフィードバックが既に進行中であり、以後各領域にわりあてられたアドバイザーからのフィードバックも取り入れていく予定である。特に性嗜好異常に関しては、現行の DSM に掲載されていないタイプの性嗜好異常に関する情報をアドバイザーから得る予定であり、診断カテゴリーとして妥当と思われるものに関しては DSM-V に含めるよう提言を出す予定である。現時点で新しく診断カテゴリーとして加えられる可能性があるのは Hypersexuality であり、これは性嗜好異常および SD の両サブグループによって検討されている。

性同一性障害 (GID) サブグループは、関心のある団体およびステークホルダーを対象に、フィードバックを得るべく調査を行った。性転換後の成人を含む様々な団体計 60 に対し質問紙が送られ、2008 年 10 月で締め切った。データの分析は完了しており、報告に関しては現在準備中である。現在、次元を用いた診断に向けて利用可能な Metrics を模索中であり、まだ第 2 次データ分析に使用可能なデータおよびフィールドトライアルに向けた可能性についても検討している。前回のレポート以来、公式な発表実績は以下の通りである。

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (October 2008; Meyer-Bahlburg and Zucker)
- Society for Sex Therapy and Research (April 2009; Binik, Brotto, Segraves, Blanchard, Kafka, Krueger, Meyer-Bahlburg, Zucker)
- American Psychiatric Association (May 2009; Drescher and Cohen-Kettenis)
- World Congress for Sexual Health (June 2009; Blanchard)
- World Professional Association for Transgendered Health (June 2009; Cohen-Kettenis)

- International Academy of Sex Research (August 2009; Binik and Zucker)
- Association for the Treatment of Sexual Abusers (October 2009; Paraphilias sub-work group).

K. 「睡眠-覚醒障害」ワークグループ (April 2009 Charles F. Reynolds III, M.D.)

本ワークグループにおいては月 2 回の電話会議が開催されており、また 2009 年 2 月 23, 24 日にかけてミーティングが開かれた。またこれらの会議およびミーティングには、アドバイザーも参加している。

DSM-IV に含まれる睡眠 - 覚醒障害およびサーカディアン・リズム障害に関するレビューが続けられており、必要に応じて疫学、Pathophysiology、遺伝学、イメージング技術、治療研究等の分野における最先端の情報を取り入れている。すべての障害に関するレビューは 2009 年夏ごろまでに終了予定である。DSM-V により設定された基準を元に、新たに加えらるべき診断カテゴリーに関する提言を作成する予定である。

症状の重症度および関連する苦痛や機能障害のアセスメントに適した次元を特定する作業が進行中である。Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) に含まれる 1-2 項目を含めることが DSM タスクフォースに提案されており、これらは睡眠の質に関するものである。また、睡眠 - 覚醒の障害に関して、自己申告形式の項目の作成およびテストを NIH PROMIS に倣いつつ進めている。現時点で特に優れた尺度としては、Insomnia Severity Index (ISI; Charles Morin 作成) が挙げられる。

以下はワークグループメンバーおよびアドバイザーの活動をまとめたものである。

1. 原発性不眠症: 量的な診断基準の妥当性 (週に 3 回以上の不眠症状が 1 カ月以上にわたる など) について検討がなされている。また、DSM-IV の診断基準の Performance characteristics についても調査中である。
2. 呼吸関連の睡眠障害の記述及び基準が見直されている。ポリソムノグラフィーの結果の解釈に役立つような記述が加えられる可能性が高い。

3. サーカディアンリズム睡眠障害の記述及び基準が見直されている。現在 NOS として扱われている “advanced sleep phase syndrome” を診断カテゴリーとして認める案が出ている。
4. Restless legs syndrome について重点的にレビューが行われた。これも現在 NOS の一例であるが、診断カテゴリーとする提言を出す予定である。
5. 睡眠時随伴症の記述及び基準が見直されている。一例としては、現在 NOS である REM 睡眠障害を診断カテゴリーに含めること、また Confusional Arousal Disorder (International Classification of Sleep Disorder-II 参照) を新たに診断カテゴリーに加えることが考慮されている。このセクションは Arousal 障害をスペクトラムとする概念を捉えるため見直されており、confusional arousal, sleep walking, sleep terrors, nightmares および REM 睡眠障害などが含まれる。
6. 他の精神障害や薬物使用と合併する不眠症についても検討中である。
7. 2008 年 10 月 12 日付の経過報告にある通り、DSM-IV に含まれる原発性過眠症は多様な臨床像を含むものであり、臨床現場での混乱をさけるべく記述に関する見直しが必要である。また、ナルコレプシー-cataplexy に関する記述も、DSM-IV 出版以降の医療の進歩を反映すべく見直しがなされる予定である。

フィールドトライアルに関しては、原発性不眠症と他の精神障害とを合併する不眠症の診断における信頼性および妥当性の検討を中心に進める予定である。この決断は、NIMH 主導の研究におけるデータと他の研究結果を参考にしつつ、不眠症の診断基準改善に向けてなされたものである。

本ワークグループメンバーおよびアドバイザーは、関連領域において特に重要と思われる進展および発見に関する文献を収集している。また、睡眠障害に特化していない臨床家、またプライマリケアにおいて活動する臨床家にとって我々の研究が有益となるよう常に留意している。