

L. 身体的苦悩関連障害ワーク・グループ

身体化症状 (Somatic Symptoms) とは、症状が主に身体に表れる障害を指す。こういった患者は精神医学の臨床においてはあまり見られず、むしろ精神医学と直接関係しない医療現場において頻繁に見られるという特徴がある。

DSM-IV においてこれらの障害は「身体表現性障害」との見出しがついているが、この用語自体が医療においてしばしば混乱を招く。よって、本ワークグループは対象となる障害をより明確に示す名称を考慮しており、現在 “Somatic Symptom Disorders” が選択肢として検討されている。

本グループに分類される障害の中には共通する特徴を持つものも多く、これらをまとめられないか検討されている。一例としては DSM-IV-TR における虚偽性障害が挙げられ、これには3つのサブタイプがあるものの、この再分類には事実上価値がないものとみなされている。

現在、身体化障害、心気症、疼痛障害および鑑別不能型身体表現性障害が個々の診断カテゴリーとして存在するが、これらをひとつのカテゴリーにまとめるという案が出ている（仮に “complex somatic symptom disorder”；複雑性身体症状障害が提案されている）が、これは協議が難航している。これらをひとつくりにすると、最大の特徴は苦痛と機能障害を伴う身体性症状である。また、これらの中には実際に医学的疾患はあるものの、患者の反応が病状に対して不釣り合いかつ不適切に見えるケースも存在する。現在「医療では説明されない症状」という診断基準が用いられているが、これは上記のケースを除外することとなり、医師—患者間の信頼関係を脅かすと共に心身二元論に与することになりかねない。したがってこの診断基準に関しては削除する可能性が示唆されている。

診断分類システムにおいて所属を変更すべき障害がないか検討されている。DSM-IV において “Psychological factors affecting general medical condition (病状に影響を与える心的要因)” (PFLAGMC) の項目があるが、これは明らかに身体症状に重きを置くものであり、Somatic Symptom 障害への分類が妥当との意見が支持されている。一方で、現在、身体醜形障害は身体表現性障害に分類されているが、OCD と位置づけるのが妥当ではないかとの見解が示されている。また転換性障害全般について

も見直されているが、これに関して具体的提言までは至っていない。

M. 物質関連障害ワーク・グループ

前回 2009 年 2 月に 2 日間ミーティングを開催しており、また月 2 回の電話会議も継続して行っている。協議の対象となっているのは以下の領域である。

1. 症状の数による重症度の測定
2. 大麻の禁断症状に関する独立した診断基準の設定
3. 用語に関する問題に取り組むサブグループが組まれ、乱用、依存および中毒に関して検討中であり、これらの用語に関して調査が行われる予定である。対象は治療に当たる臨床家、プライマリケアにおける臨床家、研究者、患者およびその家族を予定している。
4. この章で考えられるアウトラインの一例：
 - a. 物質関連障害 —物質名、重症度を明記（軽度、中程度、重度）
 - b. 物質中毒と離脱症状
 - c. 物質使用による精神障害

これら物質関連の障害に加え、他に有害物質とは通常見なされない物質の中毒[“behavioral addiction (行動面の中毒)” “appetitive disorders (食欲の障害)” などと呼ばれる]についても含める可能性についても検討中である。厳密には物質使用とは見なされなくとも、コントロールできないほどの食欲など物質関連症状に似た症状を呈する場合があります。これについてセクションを設ける意見が出されている。

5. 渴望 (Craving) の概念に関する記述を含める予定であるが、診断に際して基準となる見込みは低い
6. 処方薬に関する耐性と身体的依存に関する記述が含まれる予定だが、こういった身体的依存は他の物質関連障害と明確に区別されるべきである。

6. 内面化 (内在化) 障害・外面化 (外在化) 障害について

ここで、内面化 (内在化) 障害 (Internalizing Disorders) および外面化 (外在化) 障害 (Exter-

nalizing Disorders) という用語について比較的新しい概念であるため少し述べたい。これらの概念は、comorbidity という現象の研究から派生したものである。

A. 現在の分類体系

現在の診断分類体系では、個々の診断名に対し一定の診断基準を満たしていればその診断名がつくことになり、複数の診断名を受けることも少なくない。どちらかといえば診断名ひとつのみの単純なケースがむしろ稀であり、複数の診断名が合併している (= comorbid) ケースが非常に多い (Clark, Watson, & Reynolds, 1995; Wittchen, 1996)。この事実から、comorbidity は現在の診断分類体系の妥当性に警鐘を鳴らすものではないかとの見方が出てきた (Krueger, 1999; Krueger & Markon, 2006)。

B. 代替モデル：内面化・外面化障害

その結果、合併の起こりやすい疾患同士の関連性に着目した上でそれらをグループにまとめ、新たな概念として誕生したのが内面化障害および外

面化障害である。これらは単に合併症を起こしやすいだけでなく、症状として現れる現象の裏に何らかの共通因子ないし “core psychological processes (Krueger, 1999; Krueger & Markon, 2006; Volleberg, Iedema, Bijl, Graaf, Smit, & Ormel, 2001)” があるのではないかとの見解がある。個々の疾患の症状に着目するのではなく合併して起こる疾患を総合的にとらえることで、結果的に各疾患のさらなる理解および治療の向上を図ることが期待される。

疫学データを元に統計的手法を用い、各疾患を様々なモデルと照らし合わせてみたところ、以下のモデル (Krueger & Markon, 2006) が最適であることが示された。彼らによれば、調査の対象となった疾患は内面化・外面化障害に大別され、さらに内面化障害の中には二つの下位因子 (Distress と Fear) が存在する。心理的な側面から言うと、内面化障害が問題を内的ないし主観的に体験される症状として表出するのに対し、外面化障害は問題を外的世界において行動として表出させるのが特徴と言える (Krueger, 1999)。

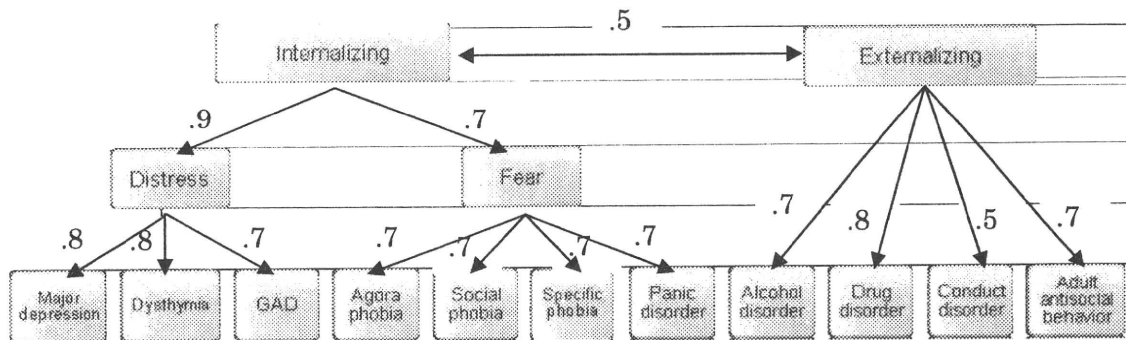


図 2. Path diagram for best fitting meta-analytic model (Krueger, 1999)

上に示されたモデルでは、アルコール、薬物等に伴う物質関連障害、行為障害、そして反社会的行動が外面化障害に含まれた。一方で内面化障害に関しては、従来気分障害および不安障害と分類されてきた診断名が多く該当した。しかしさらに内面化障害の下位因子である Distress と Fear を各々見ていくと、従来の分類と異なり、不安障害

のうち GAD のみがむしろうつ病をはじめとする気分障害にむしろ近いことが示されたと言える。また、これまで気分障害の一環として扱われていた双極性障害は、このモデルにおいてはどちらのグループにも属さない。

内面化障害の下位因子について、内面化障害に分類されるものはさらに Distress と Fear の二種

に細分化されることが示された。上記のモデルが示された当初、Distress は Anxious-Misery との表記であったが、現在は Distress (Anxious-Misery の表記もまだ少数みられる) とされている。Distress に含まれる疾患は抑うつ感、不安などの苦痛を常に感じているのが特徴であるのに対し、Fear に含まれる疾患は広場、社交的なシチュエーションなど特定の刺激に対する反応として不安および緊張状態を呈するのが特徴と言える。

C. 本モデルを支持するデータ

世代間で特定の疾患 (例：うつ病、薬物依存) が特によく見られることはこれまで報告されていたが、これは各疾患が個々に影響を及ぼすものではなく、内面化・外面化障害への傾向の伝播の影響によるものが大きいことがわかった。これは、内面化・外面化障害の括りの妥当性を支持するものである(Hicks, Krueger, Iacomo, McGue, & Patrick, 2004)。また、上記に示されたモデルにおける傾向が長期間に渡って維持されることが示され (Volleberg, Iedema, Bijl, Graaf, Smit, & Ormel, 2001; Krueger, Caspi, Moffitt, & Silva, 1998)、内面化ないし外面化傾向はその個人の心理過程の中核に密接したものである可能性が強調された。

D. これまでの研究に含まれていない診断名に関して

Krueger (1994) 以降、内面化・外面化障害の研究に関して調査の対象となる診断名はごく限られてきた。そのため、内面化・外面化障害と他の疾患との関連を探る研究が近年行われている。Kramer et al. (2008) の研究では新たに摂食障害 (BN のみ)、心気症、OCD と内面化障害との関連が示されたが、相関はいずれも従来内面化障害に区分されてきたうつ病や GAD よりも緩いものであった。また、境界性人格障害 (BPD) に関しても同様に内面化・外面化障害モデルに照らし合わせた研究が行われている (James & Taylor, 2008)。これによると、全体及び男性に限れば外面化傾向と Anxious-Misery 傾向どちらも BPD に示唆されているが、対象を女性に限定すると BPD は Anxious-Misery 傾向のみとの相関でも説明される、ジェンダーにより若干差が見られる。内面化・外面化障害モデルが果たしてどの障害にまで適応できるものかは今後の課

題である。

E. 他のモデルとの比較

合併症としてよくみられる疾患および現象や病因として似通っている疾患を系統的に再編成・モデル化しようとする試みはこれまでに多数行われてきた (Hollander, 1993; Hudson, Mangweth, & Pope, 2003)。これら現在までに提示されたモデルが今回示されているモデルとどのように比較されるであろうか。一例としては Hollander (1993) が Obsessive-Compulsive-Related Disorders (OCRD) を一連のスペクトラムとして扱っており、OCD をはじめとして身体表現性障害、解離性障害、摂食障害、BPD、反社会性人格障害に至るまで様々な疾患が関連付けられて示されている。また Hudson et al. (2003) は大うつ病、神経性大食症、パニック障害、強迫性障害、ADHD、脱力発作、偏頭痛、そして過敏性腸症候群を Affective Spectrum Disorder として捉えている。

なお、Hollander の OCRD モデルは強迫性 (compulsive) - 衝動性 (impulsive)、認知的 (cognitive) - 身体的 (motoric)、不確実性 (uncertainty) - 確実性 (certainty) など概念上の様々な角度から考察を試みたものであり、Affective Spectrum Disorders は薬物治療における特定の物質への反応から生物学的根拠を元に示されたもので、どちらも内面化・外面化障害の Comorbidity の実態をベースとしたアプローチとは異なるものである。したがって単純な比較は難しく、必ずしもどちらが正しいモデルと断定できるものではない。しかし、これまでに提唱されたモデルと比較を行うことは、各疾患の症状の特徴や生物学的側面などの様々な要因と、実際に Co-morbid に現れる疾患との関連の理解促進に役立つと考えられる。

F. 各疾患はどこまで内面化・外面化傾向で説明できるか

内面化・外面化障害に分類された疾患の中でも、どの程度内面化・外面化傾向がその疾患の病因に関わっているかは疾患により異なる (Kramer, Krueger, & Hicks, 2008)。つまりこれは、ひとつの疾患は、内面化ないし外面化傾向の要素とその疾患に特有の要素が組み合わさって発症するものであることを示している。うつ病と OCD を例にと

れば、うつ病の方が内面化傾向により大きく影響されており、反対に OCD には内面化傾向以外の要素に大きく影響を受けて発症するものと考えることができる。外面化傾向でいえば、外面化傾向の強さのみでなく、生物学レベルにおける各物質への代謝能力や依存傾向の差により、表出する症状が異なるものと捉えられる。

G. 内面化・外面化傾向の原因

特定の疾患の組み合わせが合併症を起こしやすいことは内面化・外面化傾向で説明されるが、内面化・外面化傾向がそれぞれなぜ強く現れるのかに関しては解明されていない。ジェンダー別の研究を例にとれば、女性は内面化傾向が強く男性は外面化傾向が強い（結果的に女性は内面化障害への罹患率が高く、男性は外面化障害への罹患率が高い）ことがわかった(Kramer, Krueger, & Hicks, 2008) が、ではなぜジェンダーによって各傾向が強くなるかは未解決なのである。これに関して Kramer らは、内面化・外面化傾向につながるリスクファクターへの曝され方がジェンダーにより異なる可能性などを挙げており、内面化・外面化傾向の根本的理解には一層の研究が必要であろう。

7. ICD-11 に関する論文

今後、様々な雑誌に ICD-11 に向けての論文が発表されることが予想される。今のところ、

「European Psychiatry」に「ICD-11 の精神障害の展開」に関するシリーズ (Gask, Klinkman, Fortes, & Dowrick, 2008; Lindsay, 2008; Schmidt & Sinzig, 2008) が掲載されはじめた。このシリーズの緒言のなかで、Sartorius 教授は APIRE が主催した専門家会議には欧州の精神科医にも参加する機会が与えられたが、多くの研究者は参加することができず、このためこのシリーズを企画し、編集委員会からも同意が得られた、と述べている (Sartorius, 2008)。ICD-11 の作成は DSM-V の作成とも時期を同じくしており、今後もレビューや特集が組まれるものと思われる(Psychological Medicine では ICD-11 と DSM-V に関する特集が組まれる予定である)。

一方、DSM-V に関しても、改訂に際して論文が掲載され始めている。American Journal of Psychiatry

にはすでに Editorial が掲載されており (First & Frances, 2008; Maj, 2008; Oquendo, Baca-Garcia, Mann, & Giner, 2008), APIRE の会議に関しては現在までにパーソナリティ障害 (Widiger, Simonsen, Sirovatka, & Regier, 2006), 認知症 (Sunderland, Jeste, & Baiyewu, 2007), 薬物乱用 (Saunders, Schuckit, Sirovastka, & Regier, 2007), 年齢・性に関する問題 (Narrow, First, Sirovarka, & Regier, 2007), Dimensional 分類に関する考察 (Helzer, Kraemer, Krueger, Wittchen, & Sirovatka, 2008) 等、項目ごと出版されており、今後も定期的に出版される予定である。

8. まとめ

以上、現在までの ICD-11 および DSM-V に向けた動向について報告した。ICD-11 については、ICD は日本の公的な分類として使用されているため、今回の改訂に関しては、厚生労働省 ICD 室が中心となり、社会保障審議会統計分科会、疾病、障害及び死因分類委員会を立ち上げ、各医学会を中心として日本の意見を反映できるような体制をとっている。

上記のように、現時点では“skelton“ と呼ばれる ICD-11α 版もまだ作成されておらず、かつ WHO も WHO6 大公用語圏に加え日本からの意見も input できる体制にある。このため、ICD-10 に関してご意見のある方は是非とも関連学会や Web Site (厚生労働科学研究「国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究」:「ICD-11 に向けて」) を通じて、それらをご提供下さることをお願いして落筆したい。

文献

- APA: Current Activities: Reports of the DSM-V Work Groups (April 2009)
<http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/DSMV/DSMRevisionActivities/DSM-V-Work-Group-Reports-Apr-2009.aspx> (23 June 2009 cited)
- Clark, L. A., Watson, D., & Reynolds, S. (1995). Diagnosis and classification of psychopathology: Challenges to the current system and future di-

- rections. *Annual Review of Psychology*, 46, 121-153.
- First, M. B., & Frances, A. (2008). Issues for DSM-V: Unintended consequences of small changes: the case of paraphilias. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1240-1241.
- Gask, L., Klinkman, M., Fortes, S., & Dowrick, C. (2008). Capturing complexity: The case for a new classification system for mental disorders in primary care. *European Psychiatry*, 23, 469-476.
- Helzer, J. E., Kraemer, H. C., Krueger, R. F. et al. (Eds.). (2008). *Dimensional approaches in diagnostic classification*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Hicks, B. M., Krueger, R. F., Iacono, W. G., McGue, M., & Patrick, C. J. (2004). Family transmission and heritability of externalizing disorders: A twin-family study. *Archives of General Psychiatry*, 61, 922-928.
- Hollander, E. (1993). *Obsessive-compulsive disorders*. Washington D. C.: American Psychiatric Press.
- Hudson, J. I., Mangweth, B., Pope, H. G., Col, C. D., Hausmann, A., Gutweniger, S., et al. (2003). Family study of affective spectrum disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 170-177.
- James, L. M., & Taylor, J. (2008). Revisiting the structure of mental disorders: borderline personality disorder and the internalizing/externalizing spectra. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 361-380.
- Yan, J. (2007). APA Announces DSM-V Task Force Members. *Psychiatric News*, 42, 10.
- 加藤正明 (1969). WHO 第 8 回修正国際分類について. *精神医学*, 11, 809-827.
- 加藤正明 (1980). 精神疾患の命名と分類. 現代精神医学大系. 1B₂. *精神医学総論* IIb. 111-194. 中山書店.
- 厚生労働科学研究「国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究」
<http://www.icd11mental.com/index.html> (26 June 2009 cited)
- Kramer, M. D., Krueger, R. F., & Hicks, B. M. (2008). The role of internalizing and externalizing liability factors in accounting for gender differences in the prevalence of common psychopathological syndromes. *Psychological Medicine*, 38, 51-61.
- Krueger, R. F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, 921-926.
- Krueger, R. F., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Silva, P. A. (1998). The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R): A longitudinal-epidemiological study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 216-227.
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 111-133.
- Lindesay, J. (2008). Prospects for the classification of mental disorders of the elderly. *European Psychiatry*, 23, 477-480.
- 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄 (2008). ICD-11 に向けての動向. *精神科診断学*, 1, 48-57.
- 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄 (2008). ICD-11 作成の動き. *精神神経学雑誌*, 110, 813-818.
- 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄 (2009). ICD-11 作成に向けて. *精神科*, 14, 1-11.
- Maj, M. (2008). Depression, bereavement, and "understandable" intense sadness: Should the DSM-IV approach be revised? *American Journal of Psychiatry*, 165, 1373-1375.
- Narrow, W. E., First, M. B., Sirovarka, P. J., & Regier, D. A. (Eds.). (2007). *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Oquendo, M., Baca-Garcia, E., Mann J. J., & Giner, J. (2008). Issues for DSM-V: Suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate Axis. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1383-1384.
- Sartorius, N. (2008). A new series of articles in European Psychiatry dealing with the development of the classification of mental disorders in the 11th revision of the ICD. *European Psychiatry*, 23, 468.
- Saunders, J. B., Schuckit, M. A., Sirovastka, P. J., & Regier, D. A. (Eds.). (2007). *Diagnostic issues in substance use disorders: refining the re-*

search agenda for DSM-V. Arlington: American Psychiatric Association.

Schmidt, M. H., & Sinzig, J. (2008). Prospects for the classification of mental disorders of children and adolescents. *European Psychiatry*, 23, 481-485.

Sunderland, T., Baiyewu, O., Sirovatka, P., & Regier, D. A. (Eds.). (2007). *Diagnostic issues in dementia: advancing the research agenda for DSM-V*. Arlington: American Psychiatric Association.

Pitzer, L. R. (2008). DSM-V: Open and transparent. *Psychiatric News*, 43, 26.

Vollebergh, W.A., Iedema, J., Bijl, R. V., Graaf, R., Smit, F., & Ormel, J. (2001). The structure and stability of common mental disorders: The NEMESIS study. *Archives of General Psychiatry*, 58, 597-603.

Widiger, T. A., Simonsen, E., Sirovatka, P. J., & Regier, D. A. (Eds.). (2006). *Dimensional models of personality disorders: refining the research agenda for DSM-V*. Arlington: American Psychiatric Association

Wittchen, H. U. (1996). Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry Supplement*, 30, 9-16.

day and publication that are planned for the near future are also introduced.

東京医科大学精神医学講座

[〒160-0023 東京都新宿区西新宿 6-7-1]

Toshimasa Maruta, Chihiro Matsumoto, Makio Iimori:

Department of Psychiatry,

Tokyo Medical University, 6-7-1

Nishi-Shinjuku, Shinjuku-Ku,

Tokyo, 160-0023, Japan

英文抄録

Abstract

The recent development of the ICD-11: Mental and behavior disorders

This paper describes recent developments toward the ICD-11, in relation to DSM-V. Specifically, it lists the timetable from preliminary drafts through the issue and distribution of the finalized version; introduces meetings and symposia that have been held so far; introduces the newly suggested 5 large-group model and its background, and describes the work that has been done by the DSM task force and its subgroups. The DSM subgroups have investigated various issues associated with specific groups of disorders, which should inform the task force for the ICD-11. Publications up to to-

第 106 回日本精神神経学会総会

教育講演

ICD-11 作成の動向

丸田 敏雅¹⁾, 松本 ちひろ^{1,2)}, 飯森 眞喜雄¹⁾

1) 東京医科大学精神医学講座, 2) 上智大学総合人間科学研究科心理学専攻

世界保健機関 (World Health Organization : WHO) は, 2015 年から導入の第 11 回国際疾病分類 (International Classification of Disease 11th Revision : ICD-11) に向けて改訂作業を行っている。本稿では, 現在までの「精神および行動の障害」の進行状況について報告した。

特に, その改訂作業の最高意志決定機関である「ICD-10 精神および行動の障害の改訂のための国際アドバイザー・グループ」やその下部組織であるコーディネーティング・グループ, 各ワーキング・グループの活動について概説した。

さらに, 世界精神医学会より本学会にも協力要請のあった WHO-WPA Survey についても報告した。

The Development of the ICD-11

The ICD-10 will have been used for approximately twenty years by the time the new revision of the ICD (ICD-11) is completed, and the revision process is being implemented. Accordingly, the WHO has organized groups of experts designated to deal with issues in each field, and the International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioral Disorders has been launched for the field of psychiatry. Regarding the revision, this group is responsible for ultimate decision-making in establishing a framework for the new version.

We reported processes of the ICD-11 by the above mentioned group and its coordinating groups and working groups. In addition, we reported the WHO-WPA Survey which was distributed to 500 members of the Japanese Society for Psychiatry and Neurology.

1. はじめに

世界保健機関 (World Health Organization : WHO) は, 2015 年から導入の第 11 回国際疾病分類 (International Classification of Disease 11th Revision : ICD-11) に向けて改訂作業を行っている。ICD は, ICD-10 まで概ね 10 年おきに改訂されてきたが, 今回の改訂には ICD-10 から約 20 年の間隔がある。ICD-11 の改訂作業に

については, 既に本雑誌等²⁻⁵⁾で紹介しているが, 本稿では, その後 WHO が行っている改訂作業を中心に報告する。

2. ICD 改訂に関する WHO の動向

WHO の ICD の改訂作業は WHO の「分類と用語部」が中心となり, WHO 国際分類ファミリー・ネットワーク (WHO-FIC) の分類改訂委員

会 (Update & Revision Committee) のもと改訂運営委員会 (Revision Steering Group) が設けられ、現在のところその分科会として、精神、外因、腫瘍、稀な疾患、内科、母子の保健、周産期、眼科および医療情報システムなどの分野別専門委員会 (Topical Advisory Group: TAG) が設置されている。これらの他、いくつかの TAG も今後設置される予定である。

また、WHO は国際疾病分類 (ICD)、国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF) および作成中の医療行為の分類 (International Classification of Health Interventions: ICHI) の3つの分類を中心とする国際分類ファミリー (Family of International Classifications: FIC) を用いて、各国の保健業務、臨床業務、管理業務、報告業務を総合的に行っていくという保健情報システム (Health Information System: HIS) の構築を目指している。このような大きな構想の中で、ICD-11の改訂が準備されているため、各国のICD改訂に対する関心は従来の改訂作業の時よりも高く、ICD-11全体を指揮するWHO「分類と用語部」のÜstün専門官によれば、ICD-11は、従来の紙媒体のみならずiCatと呼ばれる電子媒体でも提供されるという。

精神部門は、WHOの精神保健および薬物乱用部が中心になり、「精神および行動の障害」のための分野別専門委員会が設けられて、改訂作業が行われている。

WHOのICD-11のタイムテーブルは下記のようにになっているが、若干遅れているのが現状である。

- 2010年 α 版のレビューおよびフィールドスタディ
- 2011年 β 版発表 (→後2年間フィールドトライアル)
- 2013年 最終版を発表
- 2014年 世界保健総会 (WHA) 承認
- 2015年 導入

3. 「ICD-10 精神および行動の障害の改訂のための国際アドバイザー・グループ」の動向

精神部門のTAGは、「ICD-10 精神および行動の障害の改訂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、座長にはハーバード大学のHyman教授が就任している。その他のメンバー構成は、専門家としての貢献度のほか、地政学的配慮や男女構成比などを配慮して人選されている。精神分野は比較的早期から改訂作業に関わり、AGの会議 (Advisory Group Meeting: AGM) も2007年から行われている。AGのメンバーの任期は2年であり、2007年～2008年 (第1期)、2009年～2010年 (第2期) の2期のAGMが計6回行われている。

・第1期

第1回会議 2007年1月11～12日

第2回会議 2007年9月24～25日

第3回会議 2008年3月11～12日

第4回会議 2008年12月1～2日

・第2期

第1回会議 2009年9月28～29日

第2回会議 2010年6月21～22日

第1期では、ICD-11に期待される機能、ICD-11における精神障害の定義、ICD-11における付加的情報の包含、ICD-10における問題点・ICD-11に向けた課題、臨床場面での使用、研究での使用、教育およびトレーニングツールとして使用、公衆衛生を目的とする使用、統計報告目的での使用等が議論された。これらの会議を通じ、定義により、何が分類されるのか (i.e. 何をもって精神障害とするのか) を明確にすべきである、機能障害や能力障害を、個々の障害の診断基準に含めない、機能障害や能力障害は、文化的影響を受けることを考慮すべきである、障害の分類であって、「人」を評価するツールではない、他軸システムの採用は推奨しない、診断基準としてでなければ、関連病像や関連疾患、検査所見、身体所見、医学的状態、有病率、経過、家族歴などの付加的情報

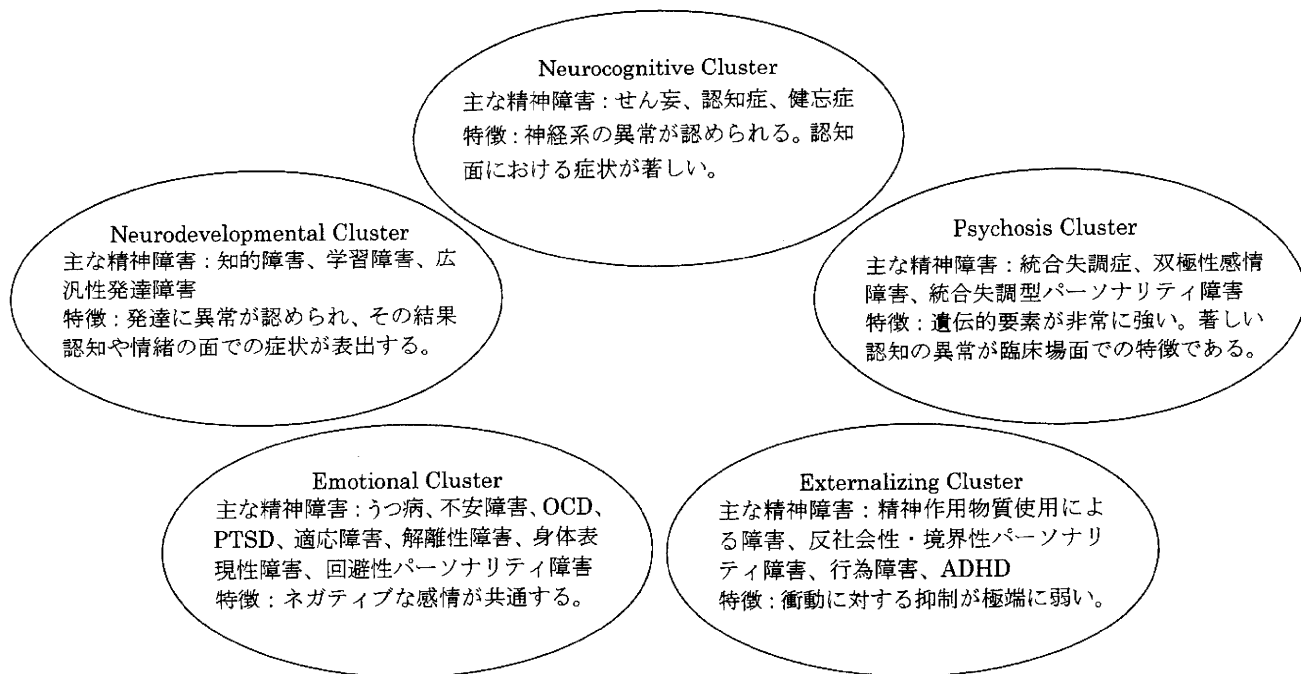


図1 5つのClusterによる Large Grouping

を診断分類の一部として取り入れることを推奨しない、予防的な役割に有用であることは推奨する、臨床閾値以下の状態、危険因子および保護的因子の包含は推奨しない、危険因子および保護的因子については、精神および行動の障害ではなくICD全体として取り組むべきである、などが決まった。また、AGMの回を重ねるにつれ、NOS (Not Otherwise Specified) が、現状では診断が非常に多い、この現実をより臨床的に的確に反映するにはどうすべきか、Comorbidityも非常に問題であり、現状では複数の診断名がつく状態が多いなどの指摘が多く出され、Robert Krueger や Robert Kessler といった診断分類に大きな影響を与えた研究者も AGM に招待され、白熱した議論がなされた。第1期の結論として、1) ICD-10には診断に影響を与えるような大きな生物学的指標（バイオマーカー）がないこと、2) 現行のICD-10には上記のような問題点があり、日常臨床やサービスを行う上でその有用性に改善の余地があること、3) 大分類の大枠を決めるのは Krueger の研究¹⁾を根拠とする図1に示した5つのクラスターモデルが有益ではないかと

いう結論に至った。

第2期のAGMは、メンバー構成も再考され開始されたが、まず、第1期の結論であった5つのクラスターモデルについては、その根拠となる研究が少ない、全ての精神障害を5つで分類するには無理があるなどのかんがりの反論があり採用は見送られた。さらに、より日常臨床やサービスを行う上でその有用性 (clinical utility) を追求すべきであるという方針が確認された。そして、実際に、clinical utilityの向上を目指す研究を行う目的で、Formative Field Study Coordinating Group (FFSCG) が設立されることとなった。そして、WHO側から、FFSCGに期待されるミッションとして、

1. 障害カテゴリーはどのように組織化されるべきか
2. 様々な臨床場面を想定した場合、どの障害、状態もしくは問題が診断分類システムに含まれていれば最も有効に活用されるか
3. 各障害についての情報は、どのように提供されるべきか

の3つが提起された。

4. 現在進行中の作業

a) FFSCG を中心として

このグループには、WHO 側から担当責任者として Geoffrey Reed 氏が参加し、メキシコの Maria Elena を座長として、スペイン、フランス、ナイジェリア、インド、中国、米国、ブラジルおよび日本が含まれており、現在、現行の F0~F9 まで 10 ある大分類をどのようにすべきであるか Study A と Study B という調査が行われている。両者とも 60 の精神障害をグループ化する調査であるが、Study A は Web 調査であり、一方 Study B はテスターが行う対面調査である。これらの詳細については、誌幅もあり文献を参考して頂きたい⁶⁾。

b) WHO-WPA Survey

国際アドバイザー・グループには、世界精神医学会、国際ソーシャル・ワーカー連盟、国際看護師協会、世界家庭医機関) および国際心理学的科学連合などのステークホルダーの代表者も参加している。このうち、世界精神医学会 (World Psychiatric Association: WPA) は、精神科医から最も多くの意見が聴取できる団体として、WHO から特に要請があり、WHO-WPA Survey を行っている。本学会にも WPA から協力の要請があり、2009 年 11 月から本学会員 500 名を無作為に抽出し、Web 調査にご協力を頂いた。2010 年 12 月の段階で、312 名 (回答率 62.4%) の学会員からご協力を頂いた。資料として実際の質問内容を本稿に追加した。

c) ワーキンググループについて

第 2 期の AG の下位組織として、上記の FFSCG の他、ステークホルダー、および ICD-DSM Harmonization の 3 つのコーディネーティング・グループがあり、さらに、現在まで「精神病性障害」、「パーソナリティ障害」、「児童および思春期」、「知的/学習障害」、「物質関連」、「プライマリケア」の 6 つのワーキング・グループが設立されている。最近、Mario Maj を座長として

「気分および不安障害」のワーキング・グループもメンバーの選任が開始されている。

上記の各ワーキング・グループに対しては、AG メンバーを通して適任者を推薦するよう指示があり、日本からもそれぞれのワーキング・グループに推薦している。

各ワーキング・グループの活動は、今のところまだ公表されていないが、FFSCG により行われた調査の結果が出次第、より活動が活発化するものと思われる。

5. 終わりに

以上、ICD-11 の動向について報告した。上述したように、今のところ ICD-11 の骨格は、FFSCG による調査の結果により大きく影響されるものと思われる。DSM-5 草案が 2010 年 2 月に Web 上で公開され^{7,8)}、米国精神医学会はかなり大胆な改訂を構想として抱いていることを明らかにしており、ICD-11 がその影響を受けることも考えうる。しかし ICD-11 は clinical utility を改訂の主眼とする、また国際的規模での使用に耐えうる診断分類とするなど DSM との方向性の違いを明確に打ち出しており、特に臨床におよびサービスを提供する上での有益性向上が期待される。

文 献

- 1) Krueger, R.F.: The structure of common mental disorders. Archives of General Psychiatry, 56; 921-926, 1999
- 2) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄: ICD-11 に向けての動向. 精神科診断学, 1; 48-57, 2008
- 3) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄: ICD-11 作成の動き. 精神経誌, 110; 813-818, 2008
- 4) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄: ICD-11 「精神および行動の障害」作成の動向. 精神科診断学, 2 (1); 3-27, 2009
- 5) 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, 14 (2); 1-11, 2009
- 6) 松本ちひろ: ICD-11 作成における Clinical Utility について. 精神科診断学, 3 (1) (掲載予定)
- 7) 松本ちひろ, 丸田敏雅, 飯森眞喜雄: DSM-5 の

動向. 精神医学, 52 (7); 634-645, 2010

稿 (ドラフト) の概要. 精神科治療学, 25 (8); 1117-

8) 松本ちひろ, 丸田敏雅, 飯森真喜雄: DSM-5 草

1123, 2010

資 料

WHO-WPA Survey for WPA Member Societies on the Revision of the ICD-10
FINAL TRANSLATION FORM

After completion, please save this document as both a Word file (.doc) and a PDF file (.pdf).

Please return BOTH versions of the completed document to :

Dr. Patricia Esparza, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO : esparzap@who.int

Country :

Name of Psychiatric Society :

Name of Forward Translator :

Telephone and e-mail :

Name of Backward Translator :

Telephone and e-mail :

QUESTION NUMBER	ENGLISH VERSION	FORWARD TRANSLATION
INTRO	<p>Paragraph 1 :</p> <p>Dear Colleague,</p> <p>Our Society is collaborating with the World Psychiatric Association (WPA) and the World Health Organization (WHO) in order to provide input into the revision of the ICD-10, currently underway. The WPA and the WHO are engaging in a truly international and multilingual process in order to assess the views and opinions of psychiatrists around the world regarding the problems with current classification systems and how their clinical utility can be improved.</p>	<p>Paragraph 1 :</p> <p>学会員各位</p> <p>現在改訂作業が進行中である ICD において、本学会は WPA および WHO と協力関係にあります。現在の診断分類システムにおける問題に世界中の精神科医の視点から取り組み、またその臨床的有用性を向上させるべく WPA と WHO は国際的かつ多言語による協力を進めています。</p>
	<p>Paragraph 2 :</p> <p>The WHO expects to publish the ICD-11 in 2014. During the revision process, our Society will work with its members to provide scientific and clinical input to strengthen, broaden, and improve the revision process.</p>	<p>Paragraph 2 :</p> <p>WHO は 2014 年の ICD-11 出版を予定しています。本学会は、科学のおよび臨床の見地からこの改訂作業に関し提言および活動を行っていくものです。</p>
	<p>Paragraph 3 :</p> <p>The first way in which we are collaborating is through this on-line survey. This is only the first of a series of opportunities for our Society to participate in the revision of the ICD-10, which will involve a systematic program of surveys and field studies. The WPA and the WHO are taking advantage of technology that did not exist at the time the ICD-10 was developed in order to make this survey available and accessible throughout the world.</p>	<p>Paragraph 3 :</p> <p>上記の活動の一環としてまず施行されるのが、本オンライン調査です。今後様々な調査およびフィールド・スタディが計画されており、本調査は ICD-10 改訂への本学会の協力活動の第一歩にすぎません。WPA と WHO は ICD-10 作成当時には存在しなかったテクノロジーを利用し、本調査を全世界に広めようとしています。</p>

<p>Paragraph 4:</p> <p>We are asking you to complete this survey, answering each question as honestly and as accurately as possible. The survey should take approximately 20 minutes to complete. Most of the questions relate to your own views and opinions, based on your day-to-day clinical experience. There are no right or wrong answers.</p>	<p>Paragraph 4:</p> <p>本調査施行にあたり、できるかぎり率直かつ正確にお答え頂くようお願いいたします。回答に要する時間は20分程度です。ほとんどの質問項目はあなたの視点や意見に関するものであり、ご自身の毎日の臨床経験に基づいてお答え頂くものです。正解や不正解はありません。</p>
<p>Paragraph 5:</p> <p>Your participation in this survey is strictly voluntary. The information you provide will be used for the purposes of this study only and will be reported only in aggregated form. This survey contains no questions that can potentially identify you or your patients, and your name will not be associated in any way with the research findings. It is possible, however, with internet communications, that through intent or accident someone other than the intended recipient may see your response.</p>	<p>Paragraph 5:</p> <p>本調査への参加はあくまで任意です。回答内容は、本調査の目的のみに用いられるものであり、個人単位で公表されることはありません。またご自身および患者さんの身元特定に繋がる情報に関する質問項目は含まれていません。なお、インターネット上における調査の特質上、回答が意図した以外の人の目にふれる可能性が皆無ではないことは、ご理解ください。</p>
<p>Paragraph 6:</p> <p>The content of the questionnaire should cause no more discomfort than you would experience in your everyday life. Although participation may not benefit you directly, we believe that the information obtained from this study will help us gain a better understanding of psychiatrists' views of ICD and issues related to classification.</p>	<p>Paragraph 6:</p> <p>質問項目には、日常生活レベルを超えるような不快な内容は含まれていません。また本調査への参加による直接的利益はありませんが、本調査から得られる知見は精神科医の皆さまのICDに対する見方および分類に関する問題点を理解する上で非常に重要であると思われまます。</p>
<p>Paragraph 7:</p> <p>We are grateful for your interest and your participation in this study. If you have questions or comments, please send them to Dr. Patricia Esparza, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization at esparzap@who.int.</p>	<p>Paragraph 7:</p> <p>本調査へのご協力に感謝いたします。ご質問やご意見などがございましたら、WHO Department of Mental Health and Substance Abuse のパトリシア・エスパルサ博士 (esparzap@who.int) までご連絡をお願い致します。</p>
<p>Paragraph 8:</p> <p>Thank you very much for your participation and support. Exempted from review by the World Health Organization Research Ethics Review Committee, 26 March 2010. Protocol ID RPC 394.</p>	<p>Paragraph 8:</p> <p>ご回答・ご支援に御礼申し上げます。2010年3月26日にWHO倫理審査委員会により承認審査不要と判断 (Protocol ID RPC 394)</p>
<p>Paragraph 9:</p> <p>If you agree to participate in this WHO sponsored survey, and wish to proceed, please</p>	<p>Paragraph 9:</p> <p>本調査への参加に同意され、ご回答いただける場合は、「はい」をクリックしてください。これ</p>

	click on the 'Yes' button below. Clicking on the 'Yes' button indicates your willingness to participate in this survey, that you are a psychiatrist, and that you have completed your training. If you do not want to participate, please close this browser window to leave the survey website.	により、あなたに本調査への参加意思があること、あなたが精神科医であること、あなたが専門家としてのトレーニングを終了していることと見なします。 本調査への参加を希望されない場合は、ブラウザのウィンドウを閉じ、終了してください。
QUESTION : AGREEMENT TO PARTICIPATE	Q: I agree to participate in this study.	Q: 本調査への参加に同意します。
	A1: Yes	A1: はい
	A2: No	A2: いいえ
QUESTION 1	Q1: Country of residence	Q1: 居住国
	A1: (NOTE TO TRANSLATOR: Please provide the name of your country in your language.)	A1: 日本
	A2: Other (specify):	A2: その他 (具体的に):
QUESTION 2	Q2: Year of birth	Q2: 出生年
	A1: (NOTE TO TRANSLATOR: If your language does not use Arabic numerals for dates, as in English, please provide the numbers in your language corresponding to every year from 1924 to 1988.)	A1:
QUESTION 3	Q3: Gender	Q3: 性別
	A1: Male	A1: 男
	A2: Female	A2: 女
QUESTION 4	Q4: Years of professional experience (after training in psychiatry)	Q4: 経験年数 (精神医学のトレーニング終了後)
	A1: None	A1: なし
	A2: 1 year	A2: 1年
	A3: 2 years	A3: 2年
	... (NOTE TO TRANSLATOR: Please provide the intervening years if necessary for clarity.) A4: 60 years	... A4: 60年
QUESTION 5	Q5: Do you currently see patients as part of your regular professional activities?	Q5: あなたは現在精神科医の職務として、患者さんの診察および治療を行っていますか?
QUESTION 6	Q6: During a typical week, how many hours do you spend seeing patients?	Q6: 一週間に平均何時間程度を患者さんの診察もしくは治療にあてていますか?
	A1: None	A1: なし
	A2: Between 1 and 9 hours	A2: 1時間から9時間
	A3: Between 10 and 19 hours	A3: 10時間から19時間

	A4: Between 20 and 40 hours	A4: 20時間から40時間
	A5: More than 40 hours	A5: 40時間より多い
QUESTION 7	Q7: As part of your <u>day-to-day clinical work</u> , how much of the time do you use a formal classification system for mental disorders, such as the ICD, the DSM, or a national classification?	Q7: 日常臨床において、ICD, DSM, および国内分類法 (もしあれば) などの正式な診断分類システムをどの程度の頻度で用いますか?
	A1: Almost always/Always	A1: ほぼ日常的に用いる/日常的に用いる
	A2: Often	A2: しばしば用いる
	A3: Sometimes	A3: ときどき用いる
	A4: Rarely	A4: ほとんど用いない
	A5: Never	A5: まったく用いない
QUESTION 8	Q8: In your <u>day-to-day clinical work</u> , which classification system for mental disorders do you use most?	Q8: 日常臨床において、以下のうちどの診断分類システムを最もよく用いますか?
	A1: ICD-10	A1: ICD-10
	A2: ICD-9 or ICD-8	A2: ICD-9 または ICD-8
	A3: DSM-IV	A3: DSM-IV
	A4: Other diagnostic system (specify)	A4: その他の診断分類システム (具体的に)
QUESTION 9	Q9: From your perspective, which is the <u>single, most important</u> purpose of a diagnostic classificatory system?	Q9: 診断分類システムの最も重要な目的はご自身の観点から何であると思いますか? <u>一つだけ</u> 選択してください。
	A1: To serve as a reliable tool for communication between clinicians	A1: 臨床家間のコミュニケーションを助ける信頼性の高いツールとしての機能
	A2: To facilitate communication between clinicians and service users/patients	A2: 臨床家と患者間のコミュニケーションを円滑にする機能
	A3: To inform decisions about treatment and clinical management	A3: 治療や臨床的マネジメントに関する決定を助ける機能
	A4: To facilitate research	A4: 研究を補助する機能
	A5: To serve as a basis for generating national health statistics	A5: 国の厚生および医療関連の統計の基を提供する機能
	A6: Other (please describe):	A6: その他 (具体的に):
QUESTION 10	Q10: In clinical settings, how many diagnostic categories should a classificatory system contain to be most useful for mental health professionals?	Q10: メンタルヘルスの専門家にとって、診断分類システムに含まれる診断カテゴリーがいくつ程度であれば最も使い易いと思いますか?
	A1: 10 to 30 diagnostic categories	A1: 10 から 30 のカテゴリー
	A2: 31 to 100 diagnostic categories	A2: 31 から 100 のカテゴリー
	A3: 101 to 200 diagnostic categories	A3: 101 から 200 のカテゴリー
	A4: More than 200 diagnostic categories	A4: 200 より多いカテゴリー

QUESTION 11	Q11: Primary care practitioners should have:	Q11: プライマリ・ケア医が用いるには、以下のうちいずれのシステムがより適していると思いますか？
	A1: A modified/simpler classification system of mental disorders	A1: より簡易に修正された分類システム
	A2: The same classification system as specialist mental health professionals	A2: メンタルヘルスの専門家が用いるものと同じ分類システム
QUESTION 12	Q12 a): Please rate the extent to which you agree with the following statement:	Q12 a): 以下の文章に対し、どの程度賛同できるか示してください。
	Q12 b): "A diagnostic classification system should serve as a useful reference not only for psychiatrists but also for other mental health professionals? (e.g., psychologists, social workers, psychiatric nurses)."	Q12 b): 「診断分類システムは、精神科医のみではなくメンタルヘルスに関わる他の専門家（心理士、ソーシャルワーカー、精神科看護師など）にとっても役立つものであるべきだ」
	A1: Do not agree	A1: 賛同しない
	A2: Agree somewhat	A2: いくらか賛同
	A3: Mostly agree	A3: おおむね賛同
	A4: Agree completely	A4: 完全に賛同
QUESTION 13	Q13: "A diagnostic classification system should be understandable to service users, patient advocates, administrators, and other relevant people as well as to health professionals."	Q13: 「診断分類システムは、専門家のみでなく、患者本人、後見人や保護者、行政担当者などにとっても理解できるものであるべきだ」
QUESTION 14	Q14: For maximum utility in clinical settings, a diagnostic manual should contain:	Q14: 臨床において最も使いやすいものになるために、診断マニュアルは以下を含むべきである:
	A1: Clear and strict (specified) diagnostic criteria for all disorders	A1: すべての障害に関する明確かつ厳密な（具体的な）診断基準
	A2: Diagnostic guidance that is flexible enough to allow for cultural variation and clinical judgment	A2: 文化的差異や臨床評価を許容するだけの柔軟性のある診断指針
QUESTION 15	Q15: The best way for a diagnostic system to address the concept of <u>severity</u> would be:	Q15: <u>重症度</u> の概念を示すのに最も適している診断システムとは:
	A1: To provide subtypes of relevant diagnostic categories (e.g., mild, moderate or severe depressive episode), based on the number and/or severity of symptoms present.	A1: 患者の呈する症状の数および/または重症度に基づき、当該診断カテゴリーのサブタイプ（例：うつ病エピソードの軽度、中程度、重度など）を提供する
	A2: To provide subtypes of relevant diagnostic categories, based on the degree of functional impairment (e.g., impairment in self-care or occupational functioning).	A2: 機能的な障害の程度（例：日常生活におけるセルフケアまたは職業機能など）に基づき、当該診断カテゴリーのサブタイプを提供する
	A3: To provide a separate axis allowing an overall assessment of severity that could be	A3: すべての診断名に用いることができるような重症度の包括的評価尺度を、独立した軸と

	used for all diagnoses.	して提供する
	A4: Not to try to include it; severity is an important part of clinical assessment but does not need to be part of the diagnostic classification.	A4: 含める必要はない; 重症度は臨床評価において重要であるが, 診断分類の中に取り入れる必要はない
QUESTION 16	Q16: What is the best way for a diagnostic system to conceptualize the relationship between diagnosis and <u>functional status</u> (e.g., impairment in self-care or occupational functioning)?	Q16: 診断基準において, 診断と機能状態 (例: セルフケアまたは職業機能などの障害) の関係はどのように概念化されるべきでしょうか?
	A1: Functional impairment should be a diagnostic criterion for most mental disorders; if there is no functional impairment, then a disorder should not be diagnosed.	A1: 大部分の精神障害において機能不全を診断基準に含むべきである; もしも機能不全がまったく見られなければ, 障害と診断されるべきでない
	A2: Functional status should be a diagnostic criterion for some mental disorders, when it is necessary to infer the presence of a disorder from its functional consequences.	A2: いくつかの精神障害においては, 機能状態を診断基準に含むべきである; 機能状態が障害の有無を推測するのに必要な場合があるからである
	A3: Functional status should not be included in diagnostic criteria; functional impairments are more properly viewed as consequences or outcomes of mental disorders.	A3: 機能状態は診断基準に含まれるべきでない; 機能不全は精神障害の結果であると考えるのが妥当である
QUESTION 17	Q17: Should a diagnostic system incorporate a <u>dimensional component</u> , where some disorders are rated on a scale rather than just as present or absent?	Q17: 障害の有無のみにとどまらず, 尺度上で評価がなされるようなディメンショナルな要素が診断システムにおいて必要ですか?
	A1: YES, because this would make the diagnostic assessment more detailed and personalized.	A1: はい。なぜなら, 診断評価がより詳細かつ個々の状態を的確に反映したものとなるから。
	A2: YES, because this would more accurately reflect the continuous nature of the underlying psychopathology.	A2: はい。なぜなら, 根底にある病理の持続的性質が, より正確に反映されるから。
	A3: NO, because this would be too complicated for use in most clinical settings.	A3: いいえ。なぜなら, ほとんどの臨床現場で用いるのに複雑すぎるから。
	A4: NO, because there is insufficient research evidence regarding the reliability of a dimensional approach.	A4: いいえ。なぜなら, ディメンショナルなアプローチの信頼性に関するエビデンスが不足しているから。
QUESTION 18	Q18: Should the diagnosis of depression be assigned when the depressive symptoms are a proportionate response to an adverse life event (e.g., loss of job or home, divorce)?	Q18: 不幸なライフイベント (職や家を失う, 離婚など) に対し抑うつ的な反応が見られた場合, ライフイベントの重大さに対し了解可能な程度の反応であっても, うつ病の診断は下されるべきでしょうか?
	A1: NO, a proportionate response to an adverse life event should not be considered a mental disorder.	A1: いいえ。反応がライフイベントにたいし了解可能な程度の反応であるならば, 精神障害と見なされるべきでない。

	A2: YES, if the full depressive syndrome is present, the diagnosis should be made regardless of whether there are life events that can potentially explain it.	A2: はい。もしも基準を完全に満たす抑うつ症状が認められるのであれば、考えられる環境要因に関わらず診断名が下されるべき。
QUESTION 19	Q19 a): Please rate the extent to which you agree with the following statement based on your <u>day-to-day clinical experience</u> :	Q19 a): あなたの <u>日常の臨床経験</u> にもとづいて、以下の文章に対し、どの程度賛同できるか示してください。
	Q19 b): "The diagnostic system I use is difficult to apply across cultures, or when the patient/service user is of a different cultural or ethnic background from my own."	Q19 b): 「私が用いている診断システムは、異文化に対し適用するのが難しい、または自分とは異なる文化や民族性を背景にもつ患者に対して適用するのが難しい」
QUESTION 20	Q20 a): Please rate the extent to which you agree with the following statement based on your <u>day-to-day clinical experience</u> :	Q20 a): あなたの <u>日常の臨床経験</u> にもとづいて、以下の文章に対し、どの程度賛同できるか示してください。
	Q20 b): "The diagnostic system I use is problematic because it is over-embedded in U.S. and European culturally-derived concepts and values."	Q20 b): 「私が用いる診断システムは、欧米文化に由来する概念や価値観の影響が強すぎるため、問題がある」
QUESTION 21	Q21 a): The following questions relate to your use of the ICD-10 diagnostic categories for mental and behavioural disorders.	Q21 a): 以下の質問は、ICD-10における精神および行動の障害の診断カテゴリーの使用状況に関するものです。
	Q21 b): Of the ICD-10 diagnostic categories listed below, please indicate which ones you use <u>once a week or more</u> in your day-to-day clinical practice (that is, you see a patient with that diagnosis at least once a week).	Q21 b): 以下の ICD-10 診断カテゴリーのうち、日常臨床において <u>一週間に一度以上</u> 用いる（その診断名がつく患者を一週間にひとり以上診る）ものを挙げてください。
	(NOTE TO TRANSLATOR: Please translate the mental disorders listed in Table 1, using the official ICD-10 in your language.)	
QUESTION 22	Q22 a): Please <u>evaluate</u> the ICD-10 diagnostic categories you previously selected by making a rating of each category on two dimensions: 1) <u>ease of use</u> of the ICD-10 diagnostic guidelines for that category; and 2) <u>goodness of fit</u> or accuracy of the ICD-10 definition, clinical description, and diagnostic guidelines in describing the patients you see in clinical practice.	Q22 a): 選択された ICD-10 診断カテゴリーを、1) その障害に関する ICD-10 診断ガイドラインの <u>使いやすさ</u> 、2) その障害に関する ICD-10 の定義および臨床的記述と、臨床場面でああなたがみる患者との <u>合致度</u> のふたつの観点から評価してください。
	Q22 b): Please use the following scales for making your ratings: <u>EASE OF USE of the ICD-10 diagnostic guidelines</u> : 0=Not at all easy to use in clinical practice 1=Somewhat easy to use 2=Quite easy to use	Q22 b): 評価に際し、以下の尺度を用いてください。 <u>ICD-10 診断ガイドラインの使いやすさ</u> 0=日常臨床において非常に使いづらい 1=まあまあ使いやすい 2=かなり使いやすい 3=非常に使いやすい

	3=Extremely easy to use Q22 c) : <u>GOODNESS OF FIT in clinical practice (accuracy in describing patients) :</u> 0=Not at all accurate 1=Somewhat accurate 2=Quite accurate 3=Extremely accurate	Q22 c) : 日常臨床における合致度 (患者の記述における正確さ) 0=まったく正確でない 1=まあまあ正確だ 2=かなり正確だ 3=非常に正確だ
QUESTION 23	Q23: Are there diagnostic categories in ICD-10 with which you are <u>especially dissatisfied</u> , or that you believe are <u>especially problematic</u> in terms of their goodness of fit in clinical settings?	Q23: 日常臨床における一致度の観点から, <u>特に不満があったり, 問題があると思われたりする</u> ような診断カテゴリーが ICD-10 にはありますか?
QUESTION 24	Q24: If yes, please explain :	Q24: もしあれば, 説明してください。
QUESTION 25	Q25: Are there any specific diagnoses in ICD-10 that you feel should be <u>removed or moved</u> to another section?	Q25: <u>削除もしくは他のセクションに移動すべき</u> と思われる診断カテゴリーが ICD-10 にはありますか?
QUESTION 26	Q26: Are there any specific diagnostic categories that you feel should be <u>added</u> to the ICD-10?	Q26: ICD-10 に新たに <u>追加</u> されるべきと思われる診断カテゴリーがありますか?
QUESTION 27	Q27: Do you think that any of the <u>terms</u> used in current diagnostic systems are stigmatizing in your language or cultural context?	Q27: あなたの言語もしくは文化的背景に照らし合わせて, 現在の診断分類システムにおいてスティグマにつながりやすいと思われる <u>用語</u> がありますか?
QUESTION 28	Q28: Do you see the need in your country for a <u>national classification</u> of mental disorders (i.e., a country-specific classification that is not just a translation of ICD-10)?	Q28: あなたの国において, <u>精神障害の国独自の診断分類システム</u> (ICD-10 の単なる翻訳ではなく) は必要であると思われますか?
QUESTION 29	Q29: Please use this space to provide any comments you have about this survey overall:	Q29: 本調査全体に関してコメントがあればこの欄に記入してください。

* Note : A refers to Answer

TABLE 1. LIST OF ICD-10 MENTAL DISORDERS TO BE TRANSLATED AS PART OF QUESTION 21

Please refer to the official ICD-10 in your country and/or local language for the exact translation of the disorders.

In some cases (i.e. F60.2, F7, F90 and F91), labels were slightly modified, please translate accordingly.

TRANSLATION	
F00	アルツハイマー病型認知症
F01	血管性認知症
F05	せん妄, アルコールおよび他の精神作用物質によらないもの
F10	アルコール使用による精神および行動の障害
F11	アヘン類使用による精神および行動の障害
F12	大麻類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
F15	カフェインおよび他の精神刺激薬使用による精神および行動の障害
F16	幻覚剤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
F20	統合失調症
F21	統合失調型障害
F22	持続性妄想性障害
F23	急性一過性精神病性障害
F25	統合失調感情障害
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
F40.0	広場恐怖
F40.1	社会 [社交] 恐怖 [症]
F40.2	特異的 (個別的) 恐怖症
F41.0	パニック障害
F41.1	全般性不安障害
F41.2	混合性不安抑うつ障害
F42	強迫性障害
F43.1	心的外傷後ストレス障害
F43.2	適応障害
F44	解離性 (転換性) 障害
F45	身体表現性障害
F50.0	神経性無食欲症
F50.2	神経性過食 [大食] 症
F51	非器質性睡眠障害
F52	性機能不全
F60.31	境界性パーソナリティ障害
F60.2	反社会性パーソナリティ障害
F63	習慣および衝動の障害
F7	精神遅滞 (知的障害)
F84.0	小児自閉症
F84.5	アスペルガー症候群
F90	多動性 (注意欠陥) 障害
F91	行為障害, 反抗挑戦性障害を含む

F95 チック障害
その他—具体的に：
上記のどれも該当しない

Unresolved translation issues/questions (add additional sheets if necessary) :

1. The definition of "home (see Q. 18) is unclear (i.e. whether to refer to the house or to the family members)
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - 5.
 - 6.
 - 7.
 - 8.
 - 9.
 - 10.
-