

族の高齢化に伴い、精神障がい者本人だけでなく家族自身も看護や介護などの支援の必要性があること、また月平均65,000円を本人のために支出しているなど具体的な負担が明らかになっている⁽⁷⁾。

この調査から、以下の7点が家族からの提言としてまとめられた。①本人・家族のもとに届けられる訪問型の支援・治療サービスの実現、②24時間、365日の相談支援体制の実現、③本人の希望にそった個別支援体制の確立、④利用者中心の医療の実現、⑤家族に対して適切な情報提供がされること、⑥家族自身の身体的・精神的健康の保障、⑦家族自身の就労機会および経済的基盤の保障、が挙げられている。

これまでも家族に対する全国的な調査は4回行われており、精神障がい者家族の抱えている課題やニーズが明らかになってきてはいるが、なかなか施策に反映されることなくその都度同様の訴えが続けられている。本調査では、個別の家族という視点ではなく、都道府県精神障がい者家族会連合会が自治体に提出している要望書の内容を調査し、先行研究と共に普遍的に家族が必要としている支援システムを明らかにすることを目的とした。

※本論文では、精神障がい、精神障害と両方を使い分けている。制度、法律等の用語として存在しているものには後者を使用し、それ以外は精神障がいとした。

2. 研究方法

(1) 調査概要

①調査目的

本調査では、精神障がい者家族が抱えている課題やニーズを把握するため、都道府県精神障がい者家族会連合会の活動状況や自治体に提出している要望書（陳情書）の内容、それに対する自治体の対応を調査し、家族会が求めている支援を明らかにすることを目的とした。

②調査対象

47都道府県精神障がい者家族会連合会（以下、県連）

調査期間は平成21年10月20日～11月15日

③調査方法

みんなねっとに協力を依頼し、47都道府県県連を対象として、郵送によるアンケート調査を行った。回収方法は各県連より、直接郵送にて回収した。

④調査項目

- ・家族会の活動状況
- ・家族会が都道府県に提出している要望書とその回答状況

⑤倫理的配慮

みんなねっとの協力を得て、各県連に趣旨を説明し了解を得てアンケート調査を実施した。また、アンケートへの回答協力をもって同意が得られたと見なした。本アンケートの内容は精神障がい者家族の個別的なプライバシーを侵すものではないが、各県連の資料のうち、許可が得られた項目のみ分析の対象とした。

(2) 集計結果

47都道府県連のすべてから回答を得た。(回収率100.0%)

①族会数、家族会員数、運営状況について

全国の家族会の数(単会数)と会員数は、全国の単会と呼ばれる家族会の数は1307、その内訳は、地域家族会1,181、病院家族会209である(休会等による誤差あり)。この数字は、1995年に全国精神障害者家族会連合会が行った調査と比べて、約1割程度減少している可能性がある。1995年当時、地域家族会と病院家族会の比が7:3と言われたことから推測すると、病院家族会の数が減少していることが伺われる。また、会員総数は合計で37,456人であった。

会の運営状況は会費を徴収している単会が多いが、行政からの補助をあまり得られていないところが多く、常勤職員を配置できていないと回答した団体もあった。ほぼ行政の人的支援はない状況である。また、家族会の大きな柱の一つである相談事業では、47都道府県連合会のうち、33ヶ所が相談事業を行っている。多くの県連で相談事業を行っていることが明らかになったが、月曜から金曜まで毎日実施しているところは8県であった。さらに、全てが行政から援助を受けているわけではなく、多くの場合は家族が相談を受けており、専用電話回線がないことも少なくないなど、十分な体制が組んでいるところが多くはないことが明らかになった。

※この集計結果の詳細については、いくつかの県連によって掲載を見合わせたい旨を伝えられているため、全体数の掲載だけとした。

②要望書の提出状況

47都道府県のうち、39か所(8割以上)の県連が各自治体に要望書を提出していた。

③要望書を作成する際に参考にしたもの

各県連の意見の集約が35か所、次いで関係団体(精神)の意見を参考にしたところが8か所、関係団体(他障害)の意見を参考にしたところが4か所と続いていた。その他として、みんなねっこの意見を参考にしたところもあった。

④要望書の自治体による回答状況

回答ありが34か所となっていた。回答なし及び未回答の県連も5か所見られた。

⑤要望書の自治体による回答形式

文書での回答が22か所、口頭が9か所、その他1か所、未回答が2か所となっている。

(3) 要望書の内容分析

県連が提出した要望書について、研究協力者3名とともにキーワードを抽出し、同項目への分類を繰り返すカードワークを行った。各キーワードをもとに下記の上位項目を作り、そこから項目別に考察を行った。

全11項目は以下の通りである。医療、重度心身障害者医療費助成制度、障害者自立支援法、住まい、精神障害者保健福祉手帳、雇用・就労、啓発、格差、家族・家族会、訪問支援、その他である。このデータの結果等については研究協力者2名が平成22年度日本社会福学会にて発表している。また、データ分析については研究協力者と分担をしているため、本研究においては「医療、重度心身障害者医療費助成制度、障害者自立支援法、精神障害者保健福祉手帳、雇用・就労、格差、訪問支援、その他」

について現在の精神障がい者の地域生活等を鑑みながら考察を行っていくこととした。

①医療（表1参照）

精神障がい者にとって、医療とのつながりは切れないものであるため、それだけに医療に関する要望が多いことがうかがえる。この項目では、さらに医療費、救急体制の整備と医療の質について項目をみることができる。医療費に関しては、自立支援医療により1割負担（上限制度あり）とはいえ、その自立支援医療を申請する際の診断料やそれ以外にも年金もしくは障害者福祉手帳の診断料など、常に金銭的な負担を伴うことになる。また、入院の場合は高額療養費制度はあっても、本人、家族に大きな負荷がかかるものであろう。

救急体制については精神科病院の多くは夜間休日に外来診療をやっているところが少ない現状がある。特に夜間時は外来診療をしているところはほとんどなく、二次救急については、対応病院が各都道府県に何床かあるだけで、症状が悪化し警察官対応の措置入院という手段になる場合も少なくない。また、昨今ではACT（Assertive community treatment 包括的地域生活支援プログラム）などが、日本国内のいくつかの生活圏域で取り組まれ、24時間365日の訪問診療、相談などを行っているところもある⁽⁸⁾。しかし、それは限られた場所であり今後の普及が急がれるが、現在ACTを行っている実施主体は、自治体もあるが医療機関やNPO法人が主である。よって、国内どの生活圏域でもACTの実践が行われるような整備が行政の責務として行われるべきであろう。

また、重度心身障害者医療費助成制度については心身に重度の障がいがある人への医療費（外来診療）の助成制度ではあるが、各都道府県によってその対応は異なる。精神障がい者の場合は、対象となっていないか対象となっても手帳が1級という条件などが課されている⁽⁹⁾。この問題には障害間格差、地域格差、経済問題等様々な問題が抱合されている。

【医療】

カテゴリー	キーワード	具体的な内容	件数	合計
医療	自立支援医療	自立支援医療費の公費負担	申請のための診断書料の助成	18
	医療体制の充実	県立病院精神科病院の充実	早期発見・早期治療の体制整備	11
	救急体制の整備	24時間対応の救急医療	移送体制の整備	11
	実態調査の実施	医療機関の実態調査と公表	医療監査の徹底	7
	通院交通費の助成	通院における交通費の補助	通院交通費の助成	2
	医師不足の解消	精神科医師の充足	医師不足の解消	2
	その他	医療継続のための支援	医療費の十分な予算化	4
重度心身障害者医療費助成制	助成制度の適用	精神科入院の対象化	10	10

(表1)

②障害者自立支援法（表2参照）

今回の調査は平成20年度提出の要望書についての調査であるため、そのときの大きなトピックスである障害者自立支援法についての意見が多数見られる。2006（平成18）年4月に施行された障害者自立支援法では、これまでの福祉サービス体系の大幅な変化が示されたが、その施行前から新しい制度に対する不安や疑問はとても高い状況であった。要望書調査の障害者自立支援法の項目の中でも、施設の新体系移行に関する要望が多く出されている。これまで多くの小規模作業所は、家族が様々な努力をしながら必死に運営してきた歴史がある。要望書を提出した段階では、現在議論が続けられている法律の見直しや廃止の前であり、利用者の応益負担や、利用者の出勤日数による利用料の日額払いでの施設運営など先行きの見えない危機感を抱いていた時期である。施設運営を考えた場合、精神

障がいの特徴を考えると、体調の変化による長期欠勤なども通常起こりえる。そこから、日額払いの利用者収入では、安定した施設運営ができる保障がないという不安があることが伺える。

その他、障がい者施設の充実やショートステイ、相談支援体制の充実などが要望として挙げられている。障害者自立支援法では、単なる自立を目指した施設体系の整備を目的としているだけではなく、広く地域の中で、これまで地域参加や生活の困難を抱えていた障がい者を支援するシステムの構築も目的とされている。その役割が要望書の中の、地域自立支援協議会の機能の充実やネットワークの充実として表れている。この項における要望では、精神障がい者本人だけでなく家族も含め、誰もが安心して暮らせる地域生活、医療、相談システム等の充実を含めた地域づくりへの要望としても捉えることができるのではないだろうか。

【障害者自立支援法】

カテゴリー	キーワード	具体的な要望内容		件数	合計
障害者自立支援法	事業所運営	日額払いの見直し	小規模作業所への運営補助	23	70
	利用者負担	応益負担の廃止	利用者負担額の補助	11	
	サービスの充実	障害者支援施設の充実	総合福祉施設の整備	11	
	相談支援	相談支援体制の充実	24時間体制の相談対応	8	
	自立支援協議会	自立支援協議会の機能充実	ネットワーク作りの充実	7	
	障害程度区分	程度区分の見直し	認定調査への配慮	4	
	ショートステイ	公立ショートステイの創設	ショートステイの充実	3	
	その他	施設通所費の交通費助成	障害者総合福祉法制定の国への働きかけ	3	

(表2)

③精神障害者保健福祉者手帳 (表3参照)

精神障害者保健福祉手帳については、他障がいとの格差是正や手帳のサービスについての要望が多くみられた。手帳を持つことで得られる主なサービスとしては、全国一律でNHK受信料の減免、所得税・住民税の控除、相続税の控除、自動車税(取得税を含む)の軽減、生活福祉資金の貸付、障がい者雇用のカウント、職場適応訓練の実施などがあり、また各自治体によって公共施設の割引や公共料金の減免、公営施設の優先入居等サービスを行っている⁽¹⁰⁾。しかし、手帳についても障がい間格差や居住する地域によっても格差がみられる。障がい間格差については、サービスの内容もそうだが他障がい者は一度取得したら永続的に利用できるが、精神障がい者の場合は2年に一度医師の診断書を以てその都度障がい程度を判定することになる。また、申請するたびに利用者には高額と思われる文書料(診断書:3,000円~5,000円程度)もかかるため、経済的な負担も大きい(障がい年金の証書でも申請可能だが、結局は年金申請文書料はかかっている)。

自動車税の軽減に関しては、対象者が手帳1級の人のみとなっている。しかし、精神障害者保健福祉手帳交付件数(全国)で見ると、平成19年度末では1級が73,810人、2級が248,102人、3級が82,971であり⁽¹¹⁾、2割弱しか自動車税の軽減を受けられない。その他、東京都の場合は公営住宅の優先入居や贈与税は1、2級の人を対象となるなど、同じ手帳を持っていてもそこに格差は存在する。特に自動車を使わざるを得ない生活圏域の人にとっては、自動車税の軽減の対象者拡充は強く望むところであろう。

また、2006(平成18)年4月より精神障害者保健福祉手帳には本人写真を張る欄が設けられ、それに伴い私営バス会社の運賃の割引が全国で少しずつ進んできている。しかし、この写真貼布の問題に関しては、根強く残る精神障がいに対する偏見の問題等から、議論が強く展開された。精神障がい者

として名前、住所、顔が特定されることなどにより不利益を被る可能性や手帳を持ちつつも、身近な生活の場で精神障がい者としてあることの不安なども含まれていた。これらの論議などにより、手帳に写真を張らないことも可能な場合があるが、逆にバスに乗車する際は写真欄を見せる必要があるとしている会社もあるため、今後も手帳の在り方については議論を重ねる必要がある。

【手帳】

カテゴリー	キーワード	具体的な要望内容		件数	合計
手帳	3障害一元化	手帳サービスの一元化	手帳の一元化	12	25
	公共交通機関の割引	バス運賃の割引実施	JRの割引実施への働きかけ	8	
	自動車税の減免	普通自動車の減免対象	減免措置の更新期間延長	3	
	更新期間	申請・更新時の費用助成	申請・更新時の診断書料金の助成	2	

(表3)

④就労・雇用 (表4参照)

この項目では施設における福祉的就労ではなく、一般の会社での就労・雇用についてまとめた。以下の2点が要望書の中の多数意見であった。①雇用義務化と精神障がいの特性に応じた就労形態や環境の整備、②実際の現場での職業実習やジョブコーチ等の制度化による就労支援体制の強化、である。

障害者雇用促進法では、2006(平成18)年度より精神障がい者が法定雇用率に算定され、また近年雇用にとまなう各種助成金・報奨金が整備されつつある。しかし、この法定雇用率は、他障がいとの格差が存在する。他障がいでは、事業所における雇用義務が課されているが、精神障がい者は努力義務とされている。また、障害者雇用では通常週30時間以上勤務(重度の身体・知的障害者は30時間で2人分とカウント)することが課されている。

精神障がい者の場合も30時間が基本であるが、その障がい特性に合わせ20時間以上の短時間労働でも雇用されていると認められている(平成22年7月より身体・知的障がい者も短時間労働を雇用義務として適用)⁽¹²⁾。ただし0.5人分としかカウントされないため、1人分とカウントするためには2名雇用する必要がある、給与も30時間でよかったところ40時間分支出しなければならない。この場合、積極的に短時間労働で雇用したいと事業所は思うだろうか。これは事業所側だけの問題ではなく、制度の問題でもある。

障害者雇用促進法の考え方では、20～30時間働くことができないと障がい者雇用の土俵にあげられないということにもなる。そのために、障害者自立支援法の就労移行支援事業、就業・生活支援センターなど就労に向けて訓練を積み支援をする場所は整備されてきている。しかし、要望書の中にある精神障がいの特性に応じた就労形態や環境整備の視点で考えてみると、制度に合うよう訓練をしていくのではなく、精神障がいを持ちつつも働きやすい環境づくりにパラダイムシフトする必要もあるのではないだろうか。

国連の障がい者の権利条約第27条では、障がい者の働く権利が定められている。日本は国内法との整合性の問題で未だ批准していないが、現在障がい者制度改革推進会議の中で批准に向け議論しているところである。この法律では、障がい特性に応じた働き方(時間、場所、仕事内容等)が保障され、そのために障壁となるものがあれば合理的配慮という考え方で、個人のもつ障がいではなく周囲の環境などを変えることが必要であるという考え方である⁽¹³⁾。精神障がい者の働きたいという気持ちは、経済的な面だけでなく社会の中での自分たちの存在証明(社会の中の復権ともつながる)としての意

味をもつことでもある⁽¹⁴⁾。

【就労・雇用】

カテゴリー	キーワード	具体的な要望内容		件数	合計
雇用・就労	就労支援制度	ジョブコーチ制度の充実	社会適応訓練事業の充実	9	24
	雇用促進制度	精神障害者の雇用義務化	特性に配慮した労働環境の整備	8	
	就労支援体制の充実	就労支援体制の強化	就労形態の柔軟性への対応	7	

(表4)

⑤格差 (表5参照)

この項に関しては、これまで考察してきたその他の要望書の中でもよく現れている。障がい間格差では、他障がいの福祉サービスと比較した場合、重度心身障害者医療費助成制度、精神障害者保健福祉手帳のサービス、障害者雇用制度に見られる制度的な問題だけでなく、グループホームやケアホーム、施設サービスについても格差は明らかであった。また、障がい間だけでなく地域格差も大きな問題である。精神障がい者本人へは手帳によるサービスの違いなどがあり、また施設の家賃補助や公共料金の補助も都道府県、市町村によって異なる。

要望書では、自治体に格差是正の市町村指導や是正に向けた策定委員会の設置が盛り込まれている。要望書だけでなく、地域生活や施設運営の中で何が必要かという話し合いの場を持つこと、またせめて県単位で福祉サービスが統一されるような取り組みが必要であろう。

【格差】

キーワード	カテゴリー	具体的な要望内容		件数	合計
格差	地域格差	市町村格差の是正	格差是正のための市町村指導	11	18
	障害間格差	三障害の公平化	格差是正に向けた策定委員会を設置	7	

(表5)

⑥訪問支援 (表6参照)

訪問看護と訪問相談支援の拡充は全体の中でも要望の多い内容である。家族は精神障がい者本人とともに生活する中で、長い間生活や医療受診なども含め多くのことを支えてきた。また、夜間や休日などの病状悪化時は、かかりつけの医療機関に連絡がとれず、緊急受診体制も整備されていないため、家族は対応に苦慮してきた。また、誰にでも話せることではないと、家族は孤立感を持ち続けている。その中で、徐々に高齢化する家族にとって、精神障がいのある家族を自分たちで支えることへの限界性を感じている。

訪問支援の必要性について、以下の2点に整理した。一つ目は緊急時の訪問支援として、夜間休日時も含め訪問診療が必要である。緊急時とはいえ、初期症状であれば訪問診療だけで済む可能性もある。現在は、この体制が整備されていないため、症状悪化により非自発的入院になってしまうことも少なくない。

二つ目は、平常時の訪問看護、訪問相談支援の必要性である。外来通院のほかに、訪問看護により服薬の状況や家庭の中での心身の状態を相談できること、訪問相談支援では、本人や家族が生活上の困難さや将来的な相談を行うことができる。この訪問支援により、症状や生活状況の変化なども見て取ることができるため、病状悪化時は初期段階で外来診療につなげることも可能である。また、生活の面では定期的な相談支援により、家族状況や経済問題等、家族が限界に陥ることを防ぐ機能も持つ

ことができるだろう。

精神障がい者への訪問支援については、現在は病院および訪問看護ステーションからの訪問看護が主で、病院からは看護師以外に、精神保健福祉士、作業療法士などのチーム訪問が行われている。病院からの訪問看護ではチームでの訪問が可能であるが、訪問看護ステーションでは、職種を問わず複数の訪問は診療報酬とならないため、基本看護師のみの対応である。萱間は、チームでの訪問看護により「チームが組んで（看護の専門性、精神保健福祉士の専門性が）互いに利用可能であった」という訪問看護ユーザーの言葉の重要性を伝えている⁽⁴⁵⁾。今後のあるべき訪問支援としては、医療、看護、相談も含め、包括した地域支援を目指し、ACTに習った支援システムの早急な整備の必要性がある。

カテゴリー	具体的な要望内容		件数	合計
訪問支援	訪問看護の拡充	訪問相談支援の構築	15	15

(表6)

⑦その他 (表7参照)

これまでの項目は、家族だけでなく、精神障がい者の福祉サービス全体の課題をよく現わしているキーワードであったと考える。その他に振り分けた内容では、必要な福祉サービスを組み立てるために重要な要素が多く含まれている。人材育成や行政指導、包括支援体制の確立など精神障がい者や家族が安心して地域生活を送るためには早急に対処すべき内容であろう。また、家族会が運営している施設が多いため、その運営対しての要望も見られた。

【その他】

カテゴリー	具体的な要望内容		合計
その他	専門知識を有する人材育成	地域体制整備コーディネーターの力量向上	46
	市町村にPSWを配置	行政職員への指導徹底	
	退院促進事業の推進	権利擁護体制の充実	
	患者クラブの充実	セルフサポートセンターの設置	
	在宅訪問による心のケア	引きこもりに対する支援体制の整備	
	包括型地域生活支援体制の実現	実効ある支援体制の構築	
	計画策定への参画	県障害者福祉計画の明示	
	無年金者の実態調査	無年金者への対応	
	障害基礎年金の引き上げ	災害時に対応可能な支援体制	
	新型インフルエンザに伴う事業所の休業補償	基幹型生活支援センターの設置	
	NPO法人の自動車税の免除		

(表7)

(4) 要望書への自治体の回答 (表8参照)

要望書を提出した県連のうち、文書による回答を得られた都道府県

北海道	岩手県	宮城県	茨城県	栃木県	群馬県	埼玉県	新潟県	石川県	福井県	長野県
愛知県	三重県	滋賀県	奈良県	鳥取県	岡山県	広島県	香川県	長崎県	鹿児島県	沖縄県

(表8)

回答書では、多くの県連が文書での回答を求めているにもかかわらず、回答がなされていない、または口頭での回答に止めている例がいくつか見られた。また、福祉サービスの拡充に対する回答では、

現存する社会資源の活用を前提とした回答が多く、具体的な取り組みについての回答はほとんど見られない。財政面での困難さが強く見られ、多くの自治体において新規事業や社会資源の開発を実現するという姿勢は見られない。

2004(平成16)年に保健所における精神保健福祉の窓口が市町村に移管されたため、自治体機関として地域住民と保健所との関わりが薄くなったこと、また障害者自立支援法の施行により、福祉サービスの提供が義務化されたことも大きい。福祉の窓口が地元の行政におりたことは、地域住民にとってはアクセスしやすいメリットもあるが、一方で自治体は民間のことは民間に、市町村のことは市町村に、という方向でその責任性が希薄になってきている。それにより、要望書の回答には自治体としての対応がほぼ明記されていない状況になっていることが伺える。

※要望書の回答(一般的な回答をそのまま抜粋)

・普及啓発について

→今後、多くの機会を使って啓発していきたい。学校教育については、特性を伝えていくには難しい面はあるが取り組んでいきたい。

・予算について

→市町村で施策が積極的にできるように国に働きかけていきたい。

・医療について

→搬送も個別対応であるが協力していきたい。訪問看護は民間病院中心であるが、推進していきけるようお願いしていきたい。

・診断書料金への助成、有効期限の延長について

→自立支援医療に係わる自己負担については負担削減策を講ずるよう全国衛生部長会において今年度も要望していく予定である。

・精神障害者が既存の知的や身体の施設を利用できるようにするためにはどのような施策が必要か

→支援の実施者としての判断は市町村にあるため、それぞれの市町村へご相談ください。

4. 考察

今回は家族会要望書から家族が抱える課題やニーズを調査し、現状の福祉サービスと併せて今後望まれる精神障がい者家族、本人への支援を考察した。県連の家族会が自治体に出した要望書ではあるが、家族支援や家族会運営への補助よりは、精神障がい者本人への福祉サービス拡充についての要望が多かった。

(1) 家族会、家族ニーズの変遷

ここで、今回の調査結果をもとに家族、家族会の要望、ニーズでは歴史的な変遷があるのか1985(昭和60)年末に旧全家連により行われた家族福祉ニーズ調査と比較をしてみた。当時の結果として、①日常生活の困難や不安、②将来への不安、③入退院時の困難、④生活の場への要望、⑤(障害)年金に関して、⑥経済的な困難、⑦社会の偏見、⑧仕事に関して、⑨社会サービス・制度の利用、という項目が挙げられている⁽¹⁶⁾。1985年は精神衛生法の時代であり、法律上社会復帰施設という概念もな

い時代の家族の要望である。現在、1985年当時と比べ地域福祉サービスは拡充されてきているが、家族のニーズはほぼ変わっていないことが伺える。現在まで精神障がい者への福祉サービスは、他障がいに大きく後れをとってきたものの、病院収容主義から地域生活へと目を向けていく中、少しずつ福祉サービスの拡充がなされてきた。しかし、当時はあくまでもスタート段階であって、そこからやっと現在までに整備されている施策や制度などは、福祉サービスの土台ができてきた状態である。

家族がニーズとして出している要望は、その土台にさらに人間らしい質を求めていると考えることができる。また、現在の家族会の平均年齢が66.7才（本人が42.4才）と考えると、当時から活動していた家族も多く含まれると考える⁽¹⁷⁾。1985年当時は、精神障がい者福祉サービス創世記と考えると、不足しているニーズに対して家族たちが声高に要望し、また家族が草の根的に精神障がい者の福祉サービスを作り出してきた。しかし、現在家族会を運営するメンバーの高齢化に伴い、そのパワーが弱まってきていることと、なかなか世代交代がなされないことにより、家族による精神障がい者支援の展開は頭打ちの状態である。そこで、精神障がい者の福祉サービスを地域の課題として捉え、地域、行政が取り組む課題として要望していることが伺える。

精神障がい者本人が豊かな生活を送ることは、家族も同様に安定した生活ができているということである。しかし、これまで～現在の福祉施策では、精神障がい者本人が日中生活、金銭面、医療、働くなど、様々な面で家族に頼らざるを得ない状況なことは明白である。そして高齢化する家族は、非常に疲労困憊をしていることも明らかである。伊勢田は、精神障がい者の家族は彼らのケア全般を担う役割の一方で、医療の現場では家族に対しても病理的側面で見ると傾向があったことを反省し、これからは家族をケアのパートナーとして捉え協働作業で精神障がい者本人に向き合うことが必要であると述べている⁽¹⁸⁾。

(2) 先駆的家族支援

ここで、家族支援を先駆的に行っている英国の現状についてみていきたい。

英国では、家族支援と早期支援について1995年に「家族支援法 (Cares ACT)」が制定され、1999年に「精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク」の中の全国基準の中に、家族支援の強化が明記された。これにより、家族支援専門ワーカー（全国で700名）が地域精神保健チームに配置され、①実際の、情緒的支援、②地域の法的サービスに結びつける支援と紹介、③精神疾患と治療についての情報提供、④24時間危機介入など精神保健サービスの情報提供、⑤家族会支援、⑥家族の急速支援、⑦精神保健政策決定過程への積極的参加、⑧家族の適切な権利擁護、などを担当している⁽¹⁹⁾。その後も、2000年に家族および障害児法、2004年に家族支援（機会均等）法が制定され、2005年には英国精神医学会がこれまでの家族へのアプローチは「歴史的過ちだった」と声明を出している。

英国の家族会に目を向けてみると、英国精神障害者家族・当事者の会 (Rethink) の活動が特徴的である。Rethinkは英国精神保健研究所とともに早期支援に関する国家プログラムを発足し、早期発見、初期治療、早期支援サービス、地域・教育現場での啓発活動などを行い、家族や精神障がい者本人が早期回復を目指し通常の生活を取り戻す役割の一端を担っている。この早期支援により、2003年度から3年間の統計では、精神疾患初発時の未治療期間、入院率、強制入院率、再入院率、関与継続率、

自殺率が半分に減り、家族の参加率（満足度）、就労率が2倍に増えている⁽²⁰⁾。

(3) 今後の課題

これまでの日本における精神障がい者対策は、病院収容の時代や大規模デイケアの集団治療など、いわゆる医療モデルの歴史が長かった。そして、長期間医療モデルの中にいることで、精神障がい者たちは地域社会の生活スキルを奪われ、家にいる、デイケアに行く、施設に行くという選択肢の中で生活してきた。それが何十年も変わらず続いており、家族会の要望書によく反映されている。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」にもあるように、日本においても徐々に医療モデルから地域モデルに移行を目指す考え方になりつつある。しかし、その内容に英国の早期支援や家族支援、ACTのような取り組みは具体的に表れていない。上記の取り組みは、精神障がい者や家族の生活の質の向上だけでなく、精神保健のコスト削減にもつながると統計上表わされているにもかかわらずである。

今回の家族会の要望書調査でも明らかになったように、まだ多くの課題が残されており、今後も精神障がい者本人と家族への支援の拡充を強く要求していくことは必須である。国レベルの施策を要求することも必要だが、生活圏域の実情をよく知る行政とともに対話をしながら、新たな福祉サービスをともに考えていくプロセスが重要であろう。

家族支援においては、実は精神保健福祉実践をしている専門職と言われる人たちが、この家族会の要望をどこまで認識して、また協力していこうとしているかが見えてこない。家族会の要望、家族ニーズを地域の中で把握しないことには、家族支援を積極的に行うところまで行きつきにくいだろう。上記に行政と対話をする必要性を述べたが、行政だけでなく、精神障がい者本人、その家族と地域（専門職を含む）が対話を重ねていくことが必要であり、よりニーズに沿った精神障がい者本人や家族支援を構築していくことが今後の大きな課題であることが確認された。

本研究は厚生労働科学研究（こころの科学研究事業）「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究」（2009（平成21）年～2011（平成23）年）の一部（分担研究者：白石弘巳）として行った。今回の要望書は2007（平成19）年度のものであったため、来年度も同様の調査を行うことで家族のニーズ、家族会の要望にある普遍的な課題を更に検証していく予定である。

本研究には、白石弘巳氏（本学）、伊藤千尋氏（法政大学）、若林ちひろ氏（清和大学短期学部）、中村江美子氏（財団法人井之頭病院）に多大なるご協力をいただきましたことを感謝いたします。

また、本調査にご協力いただきました特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会（みんなねつと）の皆様、都道府県精神障がい者家族会連合会の皆様、ご家族、関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

【参考資料】

(1) 精神保健医療福祉の改革ビジョン（概要）、厚生労働省精神保健福祉対策本部、2004年

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>

- (2) 障害者福祉研究会監修、「障害者自立支援六法」、中央法規、2009、p109
- (3) 東京都社会福祉協議会編「障害者自立支援法とは 改訂第8版」、東京都社会福祉協議会、2010、p28-29
- (4) 社団法人日本精神保健福祉士協会・日本精神保健福祉学会、「精神保健福祉用語辞典」、中央法規、2008、p486
- (5) 特定非営利活動法人全国精神保健福祉連合会・平成21年度家族支援に関する調査研究プロジェクト「精神障害者の自立した地域生活を推進し家族が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援等の在り方に関する調査研究」、平成21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業・障害者自立支援調査研究プロジェクト、2010、p31
- (6) 南山浩二、「精神障害者－家族間の相互関係とストレス」、ミネルヴァ書房、2006、p126
- (7) 上掲 (5)、p61
- (8) 第9回日本精神保健福祉士学会分科会報告（精神保健福祉83号）「ACT実践から学ぶ」、日本精神保健福祉士協会、2010、p214-220
- (9) 厚生労働省：みんなのメンタルヘルス総合サイト「都道府県の心身障害者医療費助成制度（重度心身障害者医療費助成制度）」
http://www.mhlw.go.jp/kokoro/support/3_05_01aid.html
- (10) 上掲 (9)、http://www.mhlw.go.jp/kokoro/support/3_06notebook.html
- (11) 精神保健福祉白書編集委員会編「精神保健福祉白書2009年度版」、中央法規、2008、p202
- (12) 厚生労働省資料：障害者の雇用の促進等に関する法律の一部を改正する法律の概要～意欲・能力に応じた障害者の雇用機会の拡大～
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/shougaisha04/dl/kaisei02.pdf>
- (13) 東俊裕監修、DPI日本会議編集「障害者の権利条約でこう変わるQ&A」解放出版、2007、p78-80
- (14) 野中猛、松為信雄「精神障害者のための就労支援ガイドブック」金剛出版、1998 p9-12
- (15) 萱間真美「当事者・家族が望む訪問サービス」精神障害とリハビリテーションVol.12.No.1、2008,p32-33
- (16) 岡上和雄、大島巖、荒井元傳編「日本の精神障害者 その生活と家族」ミネルヴァ書房、1988、p227-239
- (17) 上掲 (5)、p31
- (18) 伊勢田堯「生活臨床と家族史研究」やどかり出版、2008、p84-97
- (19) 伊勢田堯、岡崎祐士、針間博彦、西田淳志「あるべき家族支援サービスネットワーク」精神科臨床サービス10、2010、290-294
- (20) メンタルケア協議会 第12回シンポジウム報告書「なぜ、今、「家族支援とEarly Interventionなのか」特定非営利活動法人メンタルケア協議会、2008、p12-31

The reports of needs and support systems what the families with mental disorders have
-in the applying to prefectures the united of families with mental disorders(UFMD) presented -

MIKI Ryoko

The support systems of community life for mental disorders have varied a lot, like “The vision of development for mental health welfare(2006)”, “The law for disorders to independent(2008)” and so on. On the other hands, it has been no idea to support the families in the many policies of mental disorders, even if that is so significant thinking. There are so many thing why we have to think about to support the families. The families with mental disorder have cared them from first symptom of mental illness, to whole life for long time. In one aspect, it is normal the family have to care the family , but in other hand, the families with mental disorder have been so tired that have to been support by others.


In this report, it aimed to bring the result of the details of survey in the applying to prefectures UFMD, so that we have to know the problem and needs what families have and to think and establish the supported systems for families.

In result of survey, the majority of need is for the support system for mental disorders themselves, not so much for families and UFMD. In details, there are several key words about medical system, the medical grant system for severely disorders, the law for disorders to independent, residence, the mental disorder papers, employment or occupation, enlightenment, difference, for family or for UMFMD , outreach, and others. In real, all of these problem will be not only family also disorders themselves, because the majority of them are with their family in home and their family is getting older, so we have to establish the communities to live safety for mental disorders and their families as soon as possible. Therefore, we have to regard the support system for mental health not only for them and their families, as community problem including administration, people, people engaged in mental health issues and so on.

Keyword: mental disorder, family, applying, family support

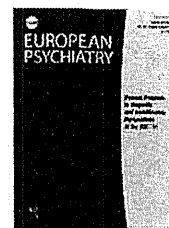
原稿受領2010年11月24日
査読掲載決定2011年1月10日



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



The ICD-10 in the diagnosis and classification of mental disorders in Japan and other Asian countries

T. Maruta*, C. Matsumoto, M. Iimori

Department of Psychiatry, Tokyo Medical University, 6-7-1 Nishishinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo 160-0023, Japan.

ABSTRACT

Keywords:
 Classification
 Japanese
 Asian
 ICD-10
 DSM-III
 DSM-IV-TR

The ICD-10 is widely used in Japanese clinical and other mental health services settings. Since the publication of the Japanese translation, the most significant event was the renaming of the term schizophrenia in Japanese in 2002. In addition, the Japanese term equivalent to dementia was changed to a supposedly less stigmatizing term in 2006. The renamed versions are now widely accepted by both clinicians and patients and their families.

In addition to the renaming movement, what is notable as part of psychiatry in Japan is the clinical research projects that are being performed, including neuroimaging and molecular studies. Situations about suicide in Japan, which is one of the biggest problems in the mental health field with the number of victims exceeding 30,000 since 1998, are also discussed.

Concerning contributions to the ICD revision process, the Japanese Society of Psychiatry and Neurology (JSPN) organized the ICD committee under the Committee of International Affairs, and the committee has held a meeting every 4 months. In addition, the JSPN organized the ICD-11 committee which collaborates with the Japanese Society for Psychiatric Diagnosis, consisting of subgroups for F1 – F9 category and a comprehensive group. The ICD-11 committee is reviewing all proposals, and will submit particularly relevant opinions for the revision process of the ICD-10.

Finally, concerning use of the ICD-10 and DSM-IV in Asian countries, the survey showed that psychiatrists in China and Japan routinely use the ICD-10, while the DSM-IV was dominant in Korea and Taiwan.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

As was pointed out by Kato [1], there have been some major Japanese contributions to psychiatry: Morita therapy, immodithymic character of depression described by Shimoda, and atypical psychosis by Mitsuda.

There are 90 Societies involved with psychiatry related to the Japanese Society for Psychiatry and Neurology in Japan, ranging from psychopathology to biological psychiatry.

In this chapter, we would like to introduce the most important recent Japanese contributions regarding the diagnosis and classification of mental disorders in Japan, and finally also describe the use of the ICD-10 and the DSM-IV in other Asian countries.

2. Use of the ICD in Japan

The Japanese Government adopted the ICD for the national statistics for all diseases and mortality. When the DSM-III was published in 1980, it had an impact on Japanese psychiatrists. Initially it was not accepted, because it adopted a more operational diagnostic system and diagnostic criteria defined by a polythetic format. There were two obstacles to be overcome by Japanese psychiatrists for the DSM to be used in mainstream psychiatry; many psychiatrists were educated in traditional psychopathology, and cross-sectional diagnosis was familiar to them.

In 1981, a research group on psychiatric diagnoses was organized, which later developed into the Japanese Society for Psychiatric Diagnosis in 1991. In the early stage of its development, the topic discussed foremost was related to the diagnostic criteria of the DSM-III.

Since its publication in Japan in 1994, the ICD-10, mental and behavior disorders, as well as the DSM-III-R, has steadily gained

* Corresponding author.
 E-mail address: maruta@tokyo-med.ac.jp

recognition and acceptance among Japanese psychiatrists. Today the ICD-10 is used in administrative, occupational and forensic psychiatry fields, in addition to clinical settings.

3. Schizophrenia and related disorders

In Japan, the diagnosis of schizophrenia had been thought to consist primarily of the first ranked symptoms defined by Schneider. Since the introduction of the DSM-III-R and the ICD-10, however, psychiatrists have come to rely on the diagnostic system, as in the case of other mental disorders.

Among the most remarkable changes in the past decade concerning schizophrenia in Japan was the renaming of schizophrenia. Some psychiatric diagnoses are stigmatizing. In August, 2002, at the annual congress of the Japanese Society of Psychiatry and Neurology, the Society decided to change the name of schizophrenia in Japanese from *seishinbunretsu-byō* (split-mind disease) to *tōgōshitchō-shō* (where *tōgō* means integration or coordination, *shitchō* means ataxia or collapse and *shō* means disorder) [2,3].

In accordance with the above developments, the Subcommittee for the Classification of Disease and Morbidity of the Statistics Committee of the Social Council of the Ministry of Health, Labor and Welfare (MHLW) decided to adopt *tōgōshitchō-shō* and *ninchi-shō* (a new term for dementia in Japanese; in place of the previous term, *chihō*, which was considered to be more stigmatizing) in October, 2005. Consequently, these new terms were employed in the 10th Japanese edition of the International Classification of Disease (ICD-10) [4]. Furthermore, in this revision, all diagnostic terms related to schizophrenia were also changed, e.g. F21 schizotypal disorder (*tōgōschitchō-shō-kei shōgai*, where “*kei*” means “type” and “*shōgai*” means disorder), F25 schizoaffective disorder (*tōgōschitchō-kanjō shōgai*, where “*kanjō*” means “affect” in technical parlance) and F60.1 schizoid personality disorder (*tōgōschitchō-shō-shitsu-sei jinkaku-shōgai*, where “*shitsu-sei*” means “nature” or “character”, and “*jinkaku*” means “personality”) [5]. Now the terms *seishinbunretsu-byō* and *chihō* are no longer in official use.

Changing traditional medical terms is difficult. In the case of *tōgōshitchō-shō*, it took nine years. If a better diagnostic term, especially one that is less stigmatizing, could be identified and adopted, this might have a positive effect on patient understanding and care. Ono et al. [5] reported that within only 2 months after adopting *tōgōschitchō-shō*, the rate of such patients who were informed about their diagnosis in Japan increased by 20%. In addition, after the renaming of schizophrenia in Japan, the diagnosis of schizophrenia does not seem to be seen as an untreatable illness any more, which leads us to conclude that the renaming has so far had a favorable impression at least on the families of patients. Yet another study [6] found that just less than half (45%) of members of the Section on Classification, Diagnostic Assessment and Nomenclature of the World Psychiatric Association considered the English term “schizophrenia” as stigmatizing and advocated its renaming. The number of respondents in their study was rather small and thus we cannot extrapolate from these results. However, in light of the favorable reactions in Japan toward renaming schizophrenia, it appears worthwhile to explore the possibility of changing

the term for schizophrenia, not only in English but also other languages, in the ICD-11. Of course the implications of such a decision must be carefully considered.

4. Affective Disorders

Concerning Japanese contributions to the diagnosis and treatment of depression, it is essential to mention the hypothesis, originally proposed by Shimoda [7], that the immordithymic character can be seen as a premorbid personality trait that indicates a great predisposition toward endogeneous depression. Before the introduction of the DSM-III to Japan, there was much research on premorbid characteristics and personality traits in association with depression. Kasahara and Kimura [8] proposed a multi-axial classification of depression. Depression is routinely seen in the clinical setting, especially in occupational mental health. There are several epidemiological reports. For example, Ikawa et al. [9], reported that the prevalence of depressive episodes was 5.9% using 6,306 random samples employing MINI. Kawakami et al. [10,11] reported that the prevalence of major depression was 2.9% using the World Mental Health version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI).

As Higuchi [12] pointed out, there are several issues regarding diagnosis and classification of mood disorder in the ICD-10:

- some diagnostic criteria and classifications appear repetitive, which consequently make them seem more complicated than they actually are;
- the relationship among the degree of severity of each episode, somatic symptoms and existence of psychotic symptoms should be clarified;
- the diagnostic criteria of the degree of severity in depressive episodes should be clarified.

Concerning dysthymic disorders, Endo et al. [13] reported that psychiatrists with less than 10 years of experience used the diagnosis of dysthymic disorder more often than those who had practiced for 10 years or more. Furukawa et al. [14] investigated cultural differences of depressive symptoms using the Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), but detected no significant differences between Japan, Europe and North America.

Bipolar II disorders (BPII) are increasingly seen in the clinical setting. Utsumi et al. [15] reported that BPII cases had a high frequency of the manic type of premorbid personality, indicating the usefulness of this variable for the prediction of hypomanias. They also found that BP disorders often developed during hospitalization exclusively among BPII, which supports the possibility of BPD as a conditional effect of BPII.

5. Neurotic, stress-related and somatoform disorders

Panic disorder is extremely common in Japan. Aoki et al. [16] reported that the lifetime incidence of panic disorder in Japan is 2.4%. The DSM-IV is more commonly used for the classification and diagnostic criteria of panic disorder in Japan than the ICD-10.

Instead of the traditional Japanese category “*taijin-kyōfu-shō*”, social phobia (social anxiety disorder in the DSM-IV) is now used for clinical practice and research.

Since posttraumatic stress disorder (PTSD) was introduced as a new category, it has gradually been gaining awareness and recognition in Japan.

Matsunaga et al. [17] reported the transcultural stability of the symptom structure of obsessive compulsive disorder (OCD), which is consistent with the hypothesis that OCD is mediated by universal psychobiological mechanisms.

Abundant research has been done with regard to PTSD after natural disasters, including the Hanshin-Awaji earthquake, the Tokyo sarin attack, the 2004 Mid-Niigata Prefecture earthquake and the 2006 Niigata Prefecture earthquake. Many practicing psychiatrists often encounter victims of traffic accidents. In addition, this category causes many problems when judging labor-related accidents. In particular, as was pointed by Kuroki [18], the criteria concerning the severity of a given event are problematic.

Concerning adjustment disorder, the differences among mixed anxiety, depressive disorders and mild depressive episodes could be problematic in the ICD-11 if their definition is very arbitrary.

The great difference between the ICD-10 and the DSM-IV in the classification of neurotic, stress-related and somatoform disorders is due to the ambiguity in how conversion disorder should be conceptualized. These are classified as dissociative (conversion) disorders in the ICD-10 and as somatoform disorders in the DSM-IV, respectively. Somatoform disorder in the ICD-10 is also a controversial category and its definition is ambiguous.

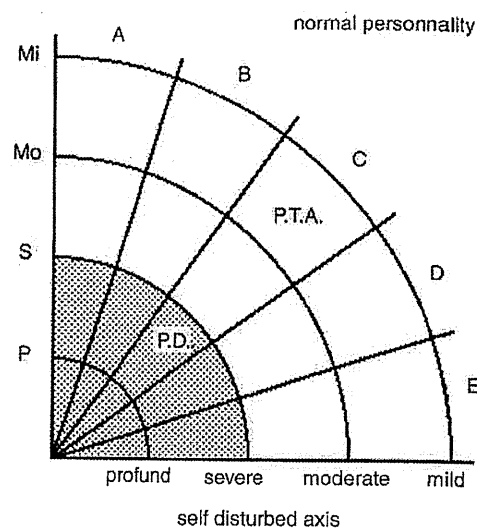
Neurasthenia is a very rare diagnosis in Japan, although its relation to chronic fatigue syndrome has been suggested by some researchers.

6. Personality disorders

Despite numerous attempts to find a solution for classifying personality disorders, the current classification of personality disorders seems insufficient. The only categories remaining in official classifications such as the ICD-8, 9, 10 and the DSM-III (-R), IV are paranoid, compulsive (anankastic) and hysterical (histrionic). After examining several theories of personality disorders [19], Kato [20] proposed a theoretical model which enables an international comparison of personality disorders (Fig. 1).

Discussion as to whether to employ categorical or dimensional approach still remains. Several dimensional models have been proposed, such as 3 temperaments and 4 characters by Cloninger [21], the big-5 model by Costa and McCrae [22], 18 dimensions by Livesley [23], etc. Efforts have been made to validate the Japanese versions of instruments to assess the models mentioned above, including the translation of the TCI by Kijima et al. [24], the NEO-PI by Yoshimura [25] and the DAPP-BQ by Maruta [26]. However, such efforts have not provided evidence that is powerful enough to support the superiority of dimensional models.

Another issue concerning personality disorders is where the clinical threshold of each disorder should be set. For example, of all 177 patients given diagnoses of personality disorders in the author's department from May, 2002 to July, 2007, 77.4% received a diagnosis of borderline personality disorder [27]. Schizoid, Dysocial and Anankastic, in contrast, were extremely uncommon. This apparent difference in the frequency of each



- ICD-10
- A: Dissocial personality disorder
 - B: Histrionic and emotionally unstable personality disorders
 - C: Paranoid and/or schizoid personality disorders
 - D: Anankastic, Anxious (avoidant), and dependent personality disorders
 - E: Other and unspecified personality disorders
- DSM-III-R
- A: Antisocial personality disorder
 - B: DEE (dramatic, emotional, and erratic) personality disorders
 - C: odd and eccentric personality disorders
 - D: Anxious and fearful personality disorders
 - E: Personality disorder NOS

Fig. 1. Kato's model of diagnosis and classification in personality disorder.

disorder raises questions about whether the currently employed threshold for diagnoses is justified.

Moreover the term "dissocial" should be changed to a character-based term like callous or affectionless, because "dissocial" is not a medical concept but rather comes from observable behavior.

7. Dementia

In December of 2004, the Committee for the Renaming of Dementia, of the Ministry of Health, Labor and Welfare of Japan (MHLW) decided to alter the Japanese term for dementia from *chihō* (idiocy or to be in a daze) to *ninchi-shō* (disorder of cognition), because the former was deemed to have a pejorative effect, depriving elderly patients of their dignity, and could actually impose an obstacle for prophylaxis. Of these two renaming processes, namely for schizophrenia and dementia, the initiative for the latter was taken by the Japanese government. The Japanese Psychogeriatric Society later adopted "*ninchi-shō*" in June 2006.

8. Biomarkers and neuroimaging research

Concerning biomarker studies on mental disorder, Hashimoto et al. [28] reported that serum levels of D-serine in the patients

with schizophrenia were significantly lower than those of healthy controls. In contrast, serum levels of total (D and L) serine and L-serine in the schizophrenic patients were significantly higher than those of controls. In addition, the percentage of the D-serine component in total serine in the schizophrenic patients was significantly lower than that of controls, suggesting that the activity of serine racemase, an enzyme catalyzing the formation of D-serine from L-serine, may be low in schizophrenic patients. They concluded that low levels of D-serine may play a role in the pathophysiology of schizophrenia, and serum D- and L-serine levels might provide a measurable biological marker for schizophrenia.

Kikuuchi et al. [29] found that XBP1, a pivotal gene in the endoplasmic reticulum (ER) stress response, may be a contributing factor for the genetic risk of BPD. In their study, the DNA microarray analysis of lymphoblastoid cells derived from two pairs of twins was carried out. Tochigi et al. [30] reported that there was no evidence for significant association between GABA receptor genes in chromosome 15q11–q13 and autism in the Japanese population. This is in contrast with the fact that the gamma-aminobutyric acid (GABA) receptor genes GABRB3, GABRA5, and GABRG3 located on chromosome 15q11–q13 have been major candidates for susceptibility genes for autism, a neurodevelopmental disorder with a complex genetic etiology.

Concerning neuroimaging studies, Kasai et al. [31] reported that patients with first-episode schizophrenia showed significant decreases in gray matter volume over time in the left superior temporal gyrus compared with patients with first-episode affective psychosis or healthy controls. Neuroimaging studies using near-infrared spectroscopy (NIRS) are also popular in Japan [32].

9. Suicide in Japan

Suicide is a pressing issue in Japan. Over 30,000 cases of suicide (25.8 per 100,000 in 2009) have been annually reported since 1998, and despite national efforts to counteract this trend, the number has not decreased in Japan [33].

Overall, suicide among men is slightly more frequent than that among women. However, the male-female ratio differs depending on the age group. The discrepancy between genders widens as the ages increases (the ratio is approximately 10:3 in the age 50 to 59 age group where the discrepancy is greatest), and at age 80 and over, the discrepancy is minimal. In association with age, the number of suicide cases is relatively stable for women (between 1,000 to 1,650 throughout, except for teenagers), while the number greatly varies for men (over 2,000 in the 3rd decades, gradually increasing to over 5,000 in the 6th decades, then down to about 1,000 at 80 and over), which suggests that there may be strong age-associated factors, especially for men.

Although the relationship of suicide to age and gender has not been totally clarified, there are several factors suspected to be associated with particular groups.

Overall, health problems were identified as the number one motive (48%) for suicide as of 2008. However, examining the data more closely, it can be seen that mental health-related problems are more centered on the 30 to 59 age group: Depression alone accounts for almost to over half of health problems (57% in 30s, 54% in 40s, 44% in 50s). On the other hand, physical health

problems seem to be an important factor among the elderly. The proportion of physical health problems as a motive for suicide sharply increases from the 60s, in contradistinction of the mental-to-physical ratio (45% and 37% in 60s, 54% and 32% in 70s, 64% and 21% in 80s for physical and mental health problems, respectively).

Financial problems take the heaviest toll on the working age group: financial problems account for 21% of all suicide cases in the 30s, 31% in the 40s, 36% in the 50s, and 27% in the 60s. Moreover, the ratio between genders is especially striking: in the age between 30 and 59, men were found to be as much as 10 times more likely to commit suicide for financial reasons than women (the man-to-woman ratio: 950 to 99 in 30s, 1500 to 138 in 40s, 2144 to 199 in 50s).

From the above results, one can see the strong influences of both the economic recession and the increasing aging of society on suicide in Japan. The working age group, notably 30 to 59, is most likely to experience depression and financial difficulties, which are probably interrelated. Taking into consideration that men among this specific population commit suicide far more frequently, a picture emerges in which men, in the midst of national- and global-scale economic recession, are more likely to unsuccessfully struggle with the responsibility to maintain a family. Health issues were found to be most prominent among the elderly, but in relation to the financial issues so prevalent in the majority of families today, health issues in this population are probably closely related to the cost for medical care.

10. The contribution of Japan to the current revision process of the ICD-10

The Japanese Government organized the Subcommittee of Classification of Disease and Morbidity, the Statistics Committee of the Social Council of the Ministry of Health, Labor and Welfare ICD committee in 26, June, 2006. Consequently the Japanese Society of Psychiatry and Neurology (JSPN) organized the ICD committee (Chair: Dr. Jimori) under the committee of International Affairs (Chair: Dr. Okazaki), which meets every 4 months. In addition, the JSPN organized the ICD-11 committee which collaborates with the Japanese Society for Psychiatric Diagnosis, consisting of subgroups for F1–F9 category and a comprehensive group.

The ICD-11 committee will review as many opinions as possible, and will propose particularly relevant opinions for the revision process of the ICD-10.

11. Use of the ICD in other Asian countries

Takahashi et al. [34] using a questionnaire developed by Mellsop et al. [35] reported on the use of the ICD in other Asian countries. This survey showed that there are differences in preference for ICD and DSM. ICF was found to be not commonly used. (Table 1)

The survey showed that psychiatrists in China and Japan routinely use the ICD-10, while the DSM-IV was dominant in Korea and Taiwan. This difference could be explained by the close relationship of Korea and Taiwan with the US in their development of psychiatry (Table 1).

Table 1

The frequencies of use both of the ICD and DSM in clinical setting in Japan, China, South Korea and Taiwan.

	Japan	China	South Korea	Taiwan
DSM-IV, Axis I	61%	31%	94%	96%
DSM-IV, Axis II	35%	19%	56%	48%
DSM-IV, Axis III	19%	17%	37%	39%
DSM-IV, Axis IV	17%	9%	31%	24%
DSM-IV, Axis V	9%	5%	34%	16%
ICD10 (Clinical diagnosis)	72%	52%	25%	27%
ICD 10 (Functional evaluation based on ICF Axes)	10%	20%	6%	5%

Takahashi et al. [35] also reported that most Chinese psychiatrists felt that the psychiatric classification should be used only by psychiatrists. On the other hand, psychiatrists in Japan and Taiwan felt that diagnostic classification should be used by clinicians in other fields.

This discrepancy between their opinions may derive from differences in actual psychiatric practices in their respective countries. In all four countries, more than half of the psychiatrists reported have experienced difficulties in applying either the DSM or ICD in their clinical practice, irrespective of cultures. Many psychiatrists felt that Asian views should be incorporated in the further revisions of the ICD and the DSM.

Declarations of interests

The authors have no interests that may be affected by the publication of this paper.

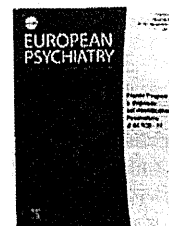
References

- [1] Kato M. Preface. In: Mezzich JE, Honda Y, Kastrup M editors. *Psychiatric diagnosis: A world perspective*. New York, USA: Springer-Verlag; 1994. p. vi.
- [2] Kim Y. Committee of Renaming the term Schizophrenia of the Japanese Society of Psychiatry and Neurology. Renaming the term schizophrenia in Japan. *Lancet* 2002;360:879.
- [3] Sato M. Renaming schizophrenia: a Japanese perspective. *World Psychiatry* 2006;5:53–5.
- [4] <http://www.mhlw.go.jp/toukei/sippe/index.html> (in Japanese) [cited 3 2000, 2009]
- [5] Ono Y, Nishimura Y. Change in the disease name for schizophrenia in Japan and its effect on informed consent given by physicians. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 2004;106:313–6.
- [6] Maruta T, Iimori M. Schizo-nomenclature: a new condition? *Psychiatry Clin Neurosci* 2008;62:741–3.
- [7] Shimoda M. The premorbid character of manic depressive illness. *Psychiatria et Neurologia Japonica* 1941;45:101–2 (in Japanese).
- [8] Kasahara Y. Multidimensional diagnosis of depressive disorders. *Psychiatric diagnosis, A world perspective*. In: Mezzich, JE, Honda Y, Kastrup, M, editors. New York, USA: Springer-Verlag; 1994. p. 203–8.
- [9] Ikawa T, Otubo T, Koda R. Depression in the general population: Telephone survey. XIIth World Congress of Psychiatry. Yokohama 2002;2:181.
- [10] Kawakami N, Shimizu H, Haratani T, Iwata N, Kitamura T. Lifetime and 6-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in an urban community in Japan. *Psychiatry Res* 2004;121:293–301.
- [11] Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, Uda H, Hata Y, Nakane Y, et al. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002–2003. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005;59:441–52.
- [12] Higuchi T. Issues on diagnosis and classification of mood disorders in the ICD-10. *Arch Psychiatr Diagn Clin Eval* 2003;13:367–76 (in Japanese).
- [13] Endo T, Shioiri T, Abe R, Kitamura H, Sasaki N, Hirose T, et al. A survey on the diagnosis of dysthymic disorder in Japan. *Arch Psychiatr Diagn Clin Eval* 2003;13:387–402.
- [14] Furukawa TA, Streiner DL, Azuma H, Higuchi T, Kamijima K, Kanba S, et al. Cross-cultural equivalence in depression assessment: Japan–Europe–North American study. *Acta Psychiatr Scand* 2005;112:279–85.
- [15] Utsumi T, Sasaki T, Shimada I, Mabuchi M, Motonaga T, Ohtani T, et al. Clinical features of soft bipolarity in major depressive inpatients. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006;60:611–5.
- [16] Aoki Y, Fujihara S, Kitamura T. Panic attacks and panic disorder in Japanese non-patient population: epidemiology and psychosocial correlates. *J Affect Disord* 1994;32:51–9.
- [17] Matsunaga H, Maebayashi K, Hayashida K, Okino K, Matsui T, Iketani T, et al. Symptom structure in Japanese patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2008;165:251–3.
- [18] Kuroki N. Diagnosis and litigation of PTSD. *Psychiatr Neurol Jap* 2006;108:475–81 (in Japanese).
- [19] Kato M. Issues on diagnosing and classifying personality disorders. *International classification in psychiatry, Unity and diversity*. In: Mezzich, JE, von Cranach M editors. New York, USA: Cambridge University Press; 1988. p. 166–72.
- [20] Maruta T. Cluster analysis of personality disorders. *J Tokyo Med Univ* 1999;57:31–44.
- [21] Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993 50:975–90.
- [22] Costa Jr PT, McCrae RR. Stability and change in personality assessment: the revised NEO Personality Inventory in the year 2000. *J Pers Assess* 1997;68:86–94.
- [23] Livesley WJ, Jang KL, Vernon PA. Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:941–8.
- [24] Kijima N, Saito R, Kakeuchi M, Yoshino A, Ono Y, Kato M, et al. Cloninger's seven-factor model of temperament and character and Japanese version of Temperament and Character Inventory (TCI). *Arch Psychiatr Diagn Clin Eval* 1996;3:369–98 (in Japanese).
- [25] Yoshimura K, Namura K, Ono Y, Sakurai A, Saito N, Mitani K. Reliability and validity of a Japanese version of the NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI): a population-based survey in Aomori prefecture. *Jpn J Stress Sci* 1998;13:39–47.
- [26] Maruta T, Yamate T, Iimori M, Kato M, Livesley WJ. Factor structure of the Dimensional Assessment of Personality Pathology–Basic Questionnaire and its relationship with the revised NEO personality inventory in a Japanese sample. *Compr Psychiatry* 2006;47:528–33.
- [27] Maruta T, Iimori M. The use of ICD-10 and a major teaching hospital, the 2nd Meeting of the WHO International Advisory Group for the Revision of the ICD-10 Mental and Behavioural Disorders, 25th, September, 2007.
- [28] Hashimoto K, Fukushima T, Shimizu E, Komatsu N, Watanabe H, Shinoda N, et al. Decreased serum levels of D-serine in patients with schizophrenia: evidence in support of the N-methyl-D-aspartate receptor hypofunction hypothesis of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:572–6.
- [29] Kakiuchi C, Iwamoto K, Ishiwata M, Bundo M, Kasahara T, Kusumi I et al. Impaired feedback regulation of XBP1 as a genetic risk factor for bipolar disorder. *Nat Genet* 2003;35:171–5.
- [30] Tochigi M, Kato C, Koishi S, Kawakubo Y, Yamamoto K, Matsumoto H et al. Differences and similarities in insular and temporal pole MRI gray matter volume abnormalities in first-episode schizophrenia and affective psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:1069–77.
- [31] Kasai K, Shenton ME, Salisbury DF, Hirayasu Y, Lee CU, Ciszewski AA, et al. Progressive decrease of left superior temporal gyrus gray matter volume in patients with first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003;160:156–64.
- [32] Matsuo K, Watanabe A, Onodera Y, Kato N, Kato T. Prefrontal hemodynamic response to verbal-fluency task and hyperventilation in bipolar disorder measured by multi-channel near-infrared spectroscopy. *J Affect Disord* 2004;82:85–92.
- [33] National Police Agency. Overview of suicide in 2009; 2010 [in Japanese].
- [34] Takahashi T, Nagamine M, Shinfuku N. The questionnaire survey on psychiatric classification (ICD and DSM) in China, Japan, Korea and Taiwan. *Clinical Psychiatry* 2009;51:129–135 (in Japanese).
- [35] Mellso G, Dutu G, Robinson G. New Zealand psychiatrists' views on global features of ICD-10 and DSM-IV. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41:157–65.



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Unresolved problems concerning somatoform disorders and post traumatic disorder

T. Maruta*, M. Kato†, C. Matsumoto, M. Iimori

Department of Psychiatry, Tokyo Medical University, 6-7-1 Nishishinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo 160-0023, Japan.

ABSTRACT

Keywords:

Somatoform disorder
Somatization disorder
Post traumatic stress disorder

Somatization disorder and post-traumatic stress disorder (PTSD) first appeared as diagnostic categories in the DSM-III. Although both concepts have long histories, their validity has been rather controversial. Somatization disorder overlaps with conversion disorder in terms of concept, and it can be difficult to make a differential diagnosis between these two. According to Patient Report in Japan in 2008, the ratio of diagnosis of "F45.8 Other somatoform disorders" and "F45.9 Somatoform disorder, unspecified" totaled 50% among F45 Somatoform disorder. We present 3 cases of PTSD, which together illustrate that insufficient or the absence of predisposing factor leads to the level of acute stress reaction disorder, and presence of predisposing and precipitating factors constitutes PTSD, or "war-time neurosis".

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

About 30 years have passed since somatization disorder and post traumatic stress disorder (PTSD) appeared in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, (DSM-III) [1]. Numerous studies have examined these two categories. However, essential questions concerning them are unresolved. Both diagnostic concepts have a long history, and their nomenclature and concepts have changed over times. We would like to review them briefly and point out problems on these categories.

2. Problems regarding somatization disorder

2.1. The concept of somatoform and somatization disorder

We would like to start with proposing two hypotheses on the concept somatoform and somatization disorders.

Somatization itself might be different from communication of psychological distress in the form of physical symptoms, yet it might be neither a disorder nor diagnostic entity.

In the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition, (DSM-IV) [2], a term of "somatoform disorder" which is a higher-rank concept of somatization disorder, included both conversion and somatization disorders. The DSM-III classified a classical category "hysteria" into two categories; one was conversion disorder as a subcategory of somatoform disorder, and the other was dissociative disorder. However, ICD-10 differentiated conversion disorder from somatoform disorder and conversion and dissociative disorders were combined together into a dissociative (conversion) disorder. If conversion disorder is not a subcategory of somatoform disorder, the definition of somatoform disorder would become very ambiguous. Somatoform disorder without conversion disorder would be very difficult to define.

The term of "somatization" has been used as a multidimensional concept, *i.e.*, as a pattern of predominantly somatic rather than cognitive response to stress. There are many types of somatizers in any type of neurotic disorder. These somatizers are prevalent in particular cultures and situations, where expression of emotion is traditionally inhibited. During World War II, tremendous amounts of conversion and hypochondrical disorders were generated among Japanese soldiers [3]. That means, in wartime, some expression of somatization was necessary to be

* Corresponding author.
E-mail address: maruta@tokyo-med.ac.jp
†Masaaki Kato, deceased

diagnosed among patients, particularly more among soldiers than officers. Somatization was a necessary tool to be sick in Japanese army where expression of emotion was strictly controlled for soldiers of lower rank.

In any culture, there are particular elements of somatization and body language, which are used as emotional distress or eustress in ordinary daily life.

The diagnostic criteria of somatization disorder in the DSM-IV, include conversion symptoms in criteria B [4]. The only criteria that enables differential diagnosis for conversion disorder is that "psychological factors are judged to be associated with the symptom or deficit cause the initiation or exacerbation of the symptom or deficit preceded by conflicts or other stressors", which suggests that establishing a differential diagnosis can be extremely difficult. Moreover, when "conflicts" and "other stressors" for this diagnostic criterion B are broadly defined, it practically ceases to help make a differential diagnosis and many forms of somatization disorder are seen as no different from conversion disorder. Jablensky⁴⁾ argues that two thirds of psychiatric disorders present some form of physical symptoms, and it is questionable whether this criterion B alone is sufficient to enable a differential diagnosis between somatization disorder and conversion disorder.

3. Conversion disorder and somatization disorder in Patient Report in Japan

According to the 1996–2008 Patient Report in Japan [5], the breakdown of "F45 Somatoform disorder" in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10) [6] diagnoses has considerably changed (Table 1).

In 1996 "Somatoform autonomic dysfunction" was the most frequent diagnosis, but decreased over time. The most recent statistics from 2008 indicate that the ratio of diagnosis of "F45.8 Other somatoform disorders" and "F45.9 Somatoform disorder, unspecified" totaled 50% among F45 Somatoform disorder.

When the term "somatization" was introduced by Stekel [7], a hypothesis was made that a "deep-seated" neurosis could cause a bodily disorder. Menninger [8] also defined "somatization" as "visceral expression of anxiety which thereby prevented from being conscious". Thus the concept of somatization was clearly related to that of conversion, if not identical. Before its appearance in DSM-III, the term of somatization had been used by psychoanalysts, to connote an unconscious defense mechanism. In contrast, psychiatrists who belonged to descriptive schools also came to use a term of somatization which did not imply a putative defense mechanism.

The ICD-10 excluded conversion disorder from somatoform disorder, and included it into "F44 Dissociative (conversion) disorder". It seems very important that the DSM-III, the DSM-III-R [9] and the DSM-IV used the term of somatoform and somatization in a descriptive way but used a term of conversion to refer to some unconscious meaning.

It is not easy to classify *unexplained medical symptoms*. It might be meaningful that the term somatoform disorder was employed in the DSM-III to classify unexplained medical symptoms. This new category represented a continuation of Sydenham's concept [10] of "hysteria-hypochondriasis."

However, the currently included 7 disorders in the DSM-IV-TR [11] and 7 disorders in the ICD-10 overlap each other and their validities should be definitively considered again because the revisions of both the ICD-11 and the DSM-5 are approaching.

4. Problems concerning PTSD

PTSD has attracted both controversy and skepticism since it appeared in the DSM-III in 1980. Over 30 years, the diagnostic criteria have been revised, and acute stress disorder added in DSM-IV. One of the main criticisms of PTSD is its validity as a diagnostic entity. Historically, The German psychiatrist, Oppenheim [12] first used traumatic neurosis.

The idea that stress triggers mental disorders has an earlier origin than descriptive nosological classification systems. Before the development of libidinal theory of neurosis by Freud [13], his initial theory was that hysteria had traumatic origins although he subsequently rejected this idea [14].

During World Wars I and II, the relationship between trauma and psychiatric symptoms was investigated. The term "shell shock" first appeared in a medical article by Myers [15].

Kardiner [16] started with treating the World War II veterans who had just come back, and observed their symptoms in great details. His observation influenced the conceptualization of PTSD in DSM-III, which was published in 1980.

Haley [17] was most directly involved in adapting PTSD as a diagnostic entity for DSM-III. Diagnostic categories that had been treated separately (e.g. Rape trauma syndrome, Battered person syndrome, Vietnam syndrome) were all incorporated under the new diagnostic category).

The DSM-III was translated into Japanese in 1982, and PTSD was translated as "post-psycho traumatic stress disorder," which attracted attention. Psychiatry in Japan had been heavily influenced by medicine in Germany, and traumatic neurosis and compensatory neurosis with injury had been almost interchangeable. The translation of ICD-10 which was supported by the Japanese Ministry of Health and Welfare treated PTSD as "post traumatic stress disorder" (*i.e.* identical to the English original), and the element of "psycho" was not present. In the meanwhile the Glossary of Psychiatry and Neurology, 6th edition (The Japanese Society for Psychiatry and Neurology) [18] translated PTSD as post-psycho traumatic stress disorder. This difference might appear insignificant, but the inclusion of the term "psycho" practically indicates the psychogenic nature of the trauma, and its implication for the legal matter of compensation was to be heatedly debated.

Below are three cases [19] that we believe to be informative today, even though they are old, considering that concepts of Nostalgia in Civil War, shell shock in World War I, wartime neuroses and battle fatigue in World War II, Brainwashing in Korean War, PTSD in Vietnam War, Gulf War syndrome in Gulf War and PTSD have been always changed with historical developments.

5. Case 1

He was born to a wealthy family as the elder son of three siblings, with a younger brother and sister. His father was the president of the shopping district. He was rather introverted and

Table 1
Estimated patients number in dissociative, somatoform and other neurotic disorders in Japan

		1996	1999	2002	2005	2008
F44 Dissociative [conversion] disorder						
F44.0	Dissociative amnesia	-	0.0	0.0	0.0	0.0
F44.1	Dissociative fugue	0.0	-	-	0.0	0.0
F44.2	Dissociative stupor	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
F44.3	Trance and possession disorders	0.0	-	0.0	-	-
F44.4	Dissociative motor disorders	-	0.0	0.0	0.0	0.0
F44.5	Dissociative convulsion	-	-	0.0	-	0.0
F44.6	Dissociative anaesthesia and sensory loss	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1
F44.7	Mixed dissociative [conversion] disorders	-	-	-	0.0	-
F44.8	Other dissociative [conversion] disorders	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
F44.9	Dissociative conversion disorder, unspecified	0.5	0.6	0.8	0.9	1.1
F45 Somatoform disorder						
F45.0	Somatization disorder	0.0	0.1	0.2	0.8	0.1
F45.1	Undifferentiated somatoform disorder	-	0.0	0.0	-	0.0
F45.2	Hypochondrical disorder	1.4	1.6	1.0	0.8	0.5
F45.3	Somatoform autonomic dysfunction	3.4	2.8	2.7	2.6	1.7
F45.4	Persistent somatoform pain disorder	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0
F45.8	Other somatoform disorders	0.0	0.1	0.3	0.5	1.0
F45.9	Somatoform disorder, unspecified	1.5	2.1	2.8	4.1	3.3
F48 Other neurotic disorder						
F48.0	Neurasthenia	1.2	1.1	0.5	0.3	0.2
F48.1	Depersonalization - derealization disorder	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
F48.8	Other specified neurotic disorders	2.6	2.4	0.7	0.5	0.2
F48.9	Neurotic disorder, unspecified	27.3	21.7	24.6	18.2	18.3

(per 100,000)

always felt inferior to his younger brother, who was active and high-achieving at school.

After graduating from high school he was helping his family business. He joined the military in 1938, left for China to take part in a three-day forced march. It was the middle of summer and many collapsed while marching on the second day. He was among those who collapsed and was rushed to hospital, where his limbs were immobilized and totally tense. He was able to eat when fed and also to communicate, but he rarely spoke spontaneously. His nervous reflex was increased but apparently not pathological, and physically no abnormality was observed from various tests including X-ray.

He was transferred to Kohnodai Army Hospital without a definite diagnosis. His physical functioning was thoroughly examined but no major alternation was found.

ECT was administered as a last resort, and his limbs were temporarily mobile again. At this opportunity he was asked about his situation, and he told that, after his draft, he had been notified by his mother about the family's decision to pass the business onto his younger brother, according to his father's will. He started to open up about his feeling since then. It became clear that the forced march took place after he came to learn about his father's decision.

In summary, his tonic state was caused by the precipitating factor, namely the forced march, in combination with the predisposing factor

6. Case 2

He was born to a farming family, and only had graduated from elementary school. He was working as a farmer with his mother and younger sister. He was called up to the military in 1937, when The Second Sino-Japanese war broke out, and drafted to the northern part of China. That fall there was a river-crossing mission in which all foot soldiers had to fight Chinese. A bullet passed over his helmet while trying to cross the river, and he collapsed on the spot. His comrade saved him and he was brought back to the camp, and was attended to by a combat medic. Later he was sent to a field hospital. Initially his symptoms were mainly headache, dizziness and nausea, but after he was transferred to Shanghai Hospital he started to have convulsions.

He was sent back to the mainland and transferred to Hiroshima Military Hospital. He started to have a problem with walking, and he always exhibited a convulsion whenever he tried to have his leg lifted up. He spread his arms as if trying to fly, which was different from an epileptic seizure. During the prolonged hospitalization he started talking with the doctor. Soon the doctor learned that he was called up to the military immediately after he got engaged with a woman, whose father, a monk, asked him about changing his name to the monk's name.

He had a letter from his father-in-law-to-be who was a monk a month before the river crossing mission, in which he was asked