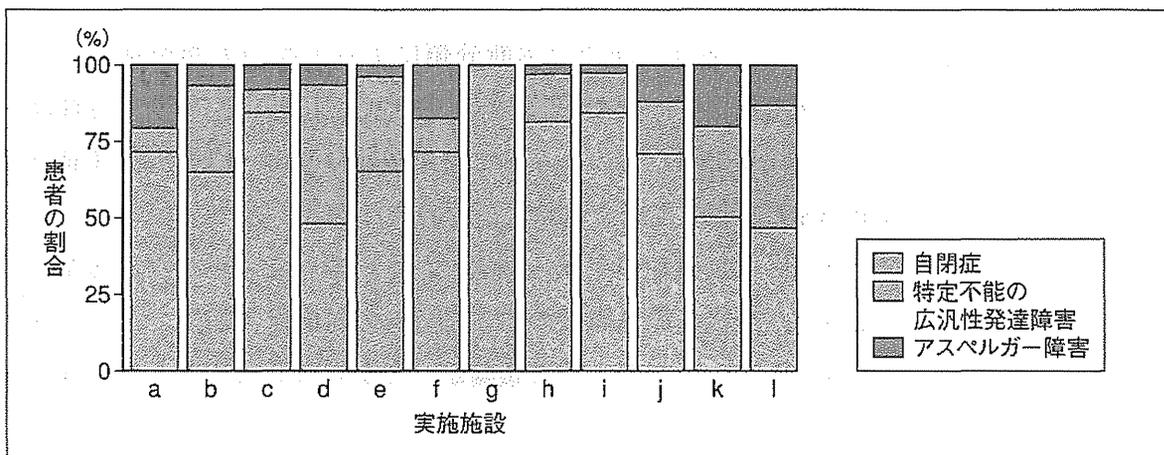


表2 DSM-IV-TR における広汎性発達障害と DSM-5 における自閉症スペクトラム障害 (ASD) の感度の比較の例

項目の例	具体的な記述
対人場面での症状の記述	DSM-IV-TR：“発達水準に相応した仲間関係を作ることの失敗”に限定 DSM-5：“さまざまな対人場面において適切な行動がとれない”を含む高次の対人場面での困難全般を想定 → 同年齢の児童との交流がなくても判断が可能に
症状表出の時期への言及	DSM-IV-TR：症状表出は3歳以前 DSM-5：“発達早期”“社会的要求が能力を超えて初めて症状が顕在化する”ケースも想定 → 3歳以前の状態の把握が困難な場合でも診断可能に

図2 多施設間の自閉症スペクトラム障害 (ASD) 診断基準を満たす患者のカテゴリ別最良推定診断の割合比較 (文献¹⁾より引用改変)



うか。図2は、米国において、ASDに含まれる患者のカテゴリ別診断名の割合を、実施箇所別に示したものである。一般的有病率と比較的近い割合で、アスペルガー障害や特定不能の広汎性発達障害の診断がつけられている地域もあるのに対し、ほぼ全員が自閉症の診断を受けている地域もある。これは明らかに、診断基準の信頼性の問題ではない。本調査の結果について DSM-5 のワーキンググループは、各施設のある地域ごとの、発達障害に対する行政サービスの差と関連づけて考察している。つまり、自閉症以外の診断名の児童に対しても教育サービスが提供される州では診断基準を遵守したかたちでの診断が、自閉症以外の診断名ではサービスの提供対象とならない地域では、当該児童の利益のため、実際はほかにより適切な診断名があっても、

自閉症と診断名を付けざるをえなかったのであろう、との推察である。

実際に、この研究結果は DSM-5 作成の際におおいに援用された。DSM-5 が自閉症、アスペルガー障害などの疾患単位の垣根を取り払い、1つのスペクトラムとしてとらえる手段を採用した背景には、各児童の発達の状態における多角的評価を推奨する目的に加え、教育的配慮や補助が必要な児童が行政サービスから抜け落ちてしまわないように、との目的もある。

おわりに

先に述べたとおり、発達障害の診断分類とその臨床における適用の関係は、単純なものではない。また、日本国内では、国家統計、保険診療および行政的なサービスなど、公的に用いられる診断分類システムは ICD-11 であり、新たな診断分類による実際の影響が見られるのは数年後であろう。ただし現段階において、ICD-11 の基本方針は DSM-5 と大筋で似たものとなることが予想される（例：広汎性発達障害を ASD として再概念化および再編成）。

おわりに、ICD-11 の完成、翻訳、および国内での正式な適応などを考えると、今後の発達障害のある児童への対応が我が国でどのようにあるべきかについての十分な議論が、今から行われることを期待して擧筆したい。

文 献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Association, Arlington VA, 2013.
- 2) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. American Psychiatric Association, Washington DC, 2000.
- 3) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.
- 4) Lord C, et al: A multisite study of the clinical diagnosis of different autism spectrum disorders. Arch Gen Psychiatry 69 (3): 306-313, 2012.
- 5) McPartland J C, et al: Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder. J Am Acad Child Adolesc

Psychiatry 1 (4): 368-383, 2012.

6) 松本ちひろ, 他: DSM-5 作成の最新動向. 臨精医 41 (5): 527-533, 2012.

New Diagnostic Classification of Developmental Disorders
in DSM and ICD

Chihiro Matsumoto, Toshimasa Maruta, Makio Iimori

Department of Psychiatry, Tokyo Medical University



DSM-5 発刊前の最新動向*

—フィールドトライアルの結果を中心に

松本ちひろ^{1,2)} 丸田敏雅¹⁾ 飯森真喜雄

抄録

DSMは2013年における第5版の完成・出版に向け、改定作業が最終段階を迎えている。2012年5月の第165回国精神医学会議においてDSM-5最終草案に関するマラソンシンポジウムが開催され、最終草案に至るまでの経緯に加えフィールドトライアルの結果が発表された。信頼性に関する結果はおおむねDSM-III, DSM-IV作成時を大きく下回る数値であり、これは米国内外において懸念の声を招く結果となった。本稿はフィールドトライアルの結果のみにとどまらず、DSM-IVとDSM-5作成時におけるフィールドトライアルの実施条件を比較検討するものであり、ひいては診断分類システムにおける信頼性の果たすべき役割について問うものである。

Key words

DSM-5, Diagnostic classification, Reliability

はじめに

第165回国精神医学会(American Psychiatric Association; APA)総会が2012年5月5日から9日までフィラデルフィアで開催された。この間、現在改訂中である診断と分類マニュアル(Diagnostic and Statistical Manual; DSM)に関するマラソンシンポジウムが開催された。DSMは米国における利用を元来の目的として作成されたが、今日のわが国の精神科医療において、世界保健機関(World Health Organization; WHO)の国際疾病分類(International Classification of Diseases and Related Health Problems; ICD)¹²⁾と

ともに非常に大きな影響を与えている診断分類システムであり、2013年にはその第5版(DSM-5)の完成および発表が予定されている。

国内においてもDSM改訂への関心は高く、その進捗状況に関するレビューと専門的知見からの批判を中心に、これまでに多数特集が組まれてきた^{6,10)}。診断と分類マニュアル第4版、テキスト改訂版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revised: DSM-IV-TR)³⁾からDSM-5への改変点については順次公式ウェブサイト上⁴⁾でアップデートが提供されているが、筆者らは今回のAPA総会に出席し、これら改変点に加え、フィールドトライア

* Latest Developments in DSM-5: Preliminary results of field trials

- 1) 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), MATSUMOTO Chihiro, MARUTA Toshimasa, IMORI Makio: Department of Psychiatry, Tokyo Medical University, Tokyo, Japan
- 2) 上智大学総合人間科学研究科心理学専攻, Department of Psychology, Integrated Human Science, Sophia University

表1 フィールドトライアルへの参加施設および参加人数
Regier D によるシンポジウム (DSM-5 field trials in academic or large clinical settings : detailed findings for schizophrenia, depression, and ADHD. In Symposium 11, Field Trial Testing of Proposed Revisions to DSM-5 : Findings and Implications, 第 165 回 APA 総会) での発表より引用・一部改題

	インタビュー 1 回目	インタビュー 2 回目	インタビュー 3 回目
Pediatric Sites :			
Stanford	158	148	40
The Children's Hospital	216	193	124
Baystate Medical Center	164	145	59
Columbia/Cornell	127	120	70
Pediatric Total :	665	606	293
Adult Sites :			
UCLA	226	215	204
CAMH	240	232	164
Dallas VA	243	233	102
Univ. of Texas, San Antonio	174	144	43
Houston VA/Menninger	292	269	117
Mayo Clinic	213	186	26
Univ. of Pennsylvania	205	201	180
Adult Total :	1,593	1,480	836

ルの方法およびその結果についてまとめた報告を聞くことができた。本稿ではフィールドトライアルの実施状況および背景を報告し、それらの結果を考察し、今後の DSM のあり方を展望したい。

フィールドトライアルの結果

まずフィールドトライアルの結果を簡潔に示したい。表 1 は今回のフィールドトライアルへの参加施設および参加人数、表 2 および表 3 は DSM-III¹⁾、DSM-IV²⁾ および DSM-5 における各精神障害のテスト-再テスト信頼性の結果の比較である(表 2, 表 3 の対象はおのこの成人と児童)。比較に挙げているのはいずれもテスト-再テスト信頼性係数である κ 値である。数値上、DSM-5 の信頼性はほとんどの精神障害の診断基準において DSM-III、DSM-IV に比べ大幅に低下したように見えるが、実際そのように言い切れるものだろうか。

フィールドトライアル実施時の条件

表 2 および表 3 において、DSM-III から DSM-

5 にかけて共通するのは、挙げられた数値がテスト-再テスト信頼性係数であるということである。しかし各フィールドトライアルは非常に異なる条件下で行われていた。以下に主たる相違点を挙げる。

1. フィールドトライアル実施施設の独立性

DSM-5 作成に向けたフィールドトライアルでは、そのデザインのみを実行委員会が担当し、実施は米国とカナダの施設が独立して行ったのに対し、DSM-IV 作成時には研究のデザインと実施の両方を実行委員会が担っていた。これは今日という利益相反に該当しかねない。つまり、ある結果 (i.e. この場合は特定の診断カテゴリーの信頼性) により利する者 (i.e. 診断基準作成の当事者である実行委員会) がデータ収集のプロセスに関わる場合、そのデータの妥当性が担保されないということである。この点に関し Kraemer は、DSM-IV の実行委員会が有利なデータを積極的に採用したとまでの言明は避けたが、DSM-5 フィールドトライアルでのデータ収集に際し公平性が保たれたとの見解を強調していた [Kraemer H によるシ

表2 DSM-III¹⁾, -IV²⁾, -5 および ICD-10¹²⁾における各障害のテスト-再テスト信頼性の結果比較(成人)

Regier D によるシンポジウム (DSM-5 field trials in academic or large clinical settings : Detailed findings for schizophrenia, depression, and ADHD. In Symposium 11, Field Trial Testing of Proposed Revisions to DSM-5 : Findings and Implications, 第165回 APA 総会)での発表より引用・一部改竄

	DSM-5 Intraclass κ [95% CI]	DSM-IV Cohen's κ	ICD-10 Cohen's κ	DSM-III Cohen's κ
Schizophrenia	0.46 [0.33, 0.58]	0.76	0.79	0.81
Schizoaffective	0.50 [0.30, 0.65]	0.54	0.51	0.54
Bipolar I disorder*	0.54 [0.43, 0.65]	—	0.69	—
MDD*	0.32 [0.24, 0.40]	0.59	0.53	0.8
GAD	0.20 [0.02, 0.36]	0.65	0.3	0.72
PTSD *	0.67 [0.59, 0.74]	0.59	0.76	0.55 (DSM-III-R)
Complex somatic symptom disorder	0.60 [0.41, 0.78]	—	0.45	0.42
Major NCD*	0.78 [0.68, 0.87]	—	0.66	0.91
Mild NCD*	0.50 [0.40, 0.60]	—	—	—
Mild traumatic brain injury*	0.46 [0.28, 0.63]	—	—	—

※複数の施設からのデータを統合した κ 。

ンポジウム (New Methods New Insights, In Symposium 11, Field Trial Testing of Proposed Revisions to DSM-5 : Findings and Implications, 第165回 APA 総会)での発言]。

2. サンプルングの手法における違い

DSM-5 信頼性の値の見かけ上の低下に影響を与えたと考えられるのは、サンプルングの手法における違いだろう。DSM-IVでのフィールドトライアルではコモビディティのある患者をサンプルに含めなかったのに対し、DSM-5は「現実場面に即した患者(real-life patients)」を対象とするため、コモビディティを対象からの除外基準としていなかった。たとえばアルコール使用関連の症状が顕著な患者であれば、抑うつなどの症状が併存していても、より注意を引きやすい症候に気を

取られて抑うつ症状は見逃されかねない。結果的にDSM-5でのフィールドトライアルではDSM-IVに対しより雑多な患者群を評価の対象とすることになり、必然的に評価がより難しくなり、信頼性の値が低下したものとみられる。

3. フィールドトライアル実施施設間の差異への配慮

DSM-IV作成時に行われたフィールドトライアルとの相違点として、実施施設間の差異への配慮にもふれておきたい。上述のサンプルングへのアプローチとも関連し、DSM-5では、実施施設の特徴(利用可能なリソース、対象患者集団の特徴など)がフィールドトライアルの結果に及ぼす影響を注視していた。DSM-5作成者側は、おのこの実施施設の特徴が診断に与えた影響を検討す

表 3 DSM-III¹⁾, -IV²⁾, -5 および ICD-10¹²⁾における各障害のテスト-再テスト信頼性の結果比較(児童)

Regier D によるシンポジウム (DSM-5 field trials in academic or large clinical settings : Detailed findings for schizophrenia, depression, and ADHD. In Symposium 11, Field Trial Testing of Proposed Revisions to DSM-5 : Findings and Implications, 第 165 回 APA 総会)での発表より引用・一部改題

	DSM-5 Intraclass κ [95% CI]	DSM-IV Cohen's κ	ICD-10 Cohen's κ	DSM-III Cohen's κ
Autism spectrum disorder*	0.69 [0.58, 0.80]	0.59-0.85	0.77	-0.01
ADHD*	0.61 [0.51, 0.72]	0.59	0.85	0.5
Disruptive mood dysregulation disorder*	0.50 [0.32, 0.66]	—	—	—
MDD*	0.29 [0.15, 0.42]	—	—	-0.02
Oppositional defiant disorder	0.41 [0.21, 0.61]	0.55	—	0.66 (phase I)
Conduct disorder	0.48 [0.21, 0.68]	0.57	0.78	0.61

*複数の施設からのデータを統合した κ 。

るため、あえてデータを施設ごとに公表したのである(例として一部を図 1 で紹介)。画像診断や神経心理検査とも絡めて後述するが、施設内で利用可能なリソース、患者母集団の特性や環境要因は、施設ごとに異なるのが当然である。信頼性の結果が実施施設ごとに大きく異なるのは、その調査方法に欠陥があったからであろうか。むしろ、共通の診断基準を用いても、設備や人的・時間的リソースなどのさまざまな条件によって、信頼性係数の値が変化することを示すデータとして評価すべきであろう。

診断分類システムに求められる信頼性の水準

DSM-5 作成に向けたフィールドトライアルの結果の解釈にあたり、精神医学における信頼性の水準についてもふれる必要がある。表 4 は DSM-5 実行委員会の考える水準である。信頼性の指標として、果たしてこの数値は不当に低いものだろうか。

DSM-5 作成者側の視点は、“How reliable is

reliable enough?” と題された editorial⁹⁾ に集約されている。前述した通り、信頼性係数はフィールドトライアル実施時の条件に大きく左右されるものであり、現実の臨床場面に近い条件での実施であれば信頼性係数 κ は必然的に低下しがちとなる。これに加え、精神医学領域における診断基準に求められる信頼性はバイオマーカーが特定されない限り低くなるのはやむを得ないことであり、DSM-IV 作成時に掲げられたような κ 値の水準は、DSM-5 作成者によればおよそ “unrealistic (非現実的)”⁹⁾ である。DSM-IV のフィールドトライアルにおける信頼性の値を、Kraemer 自身が “inflated (誇張されたもの)” と表現していたのは印象的である [シンポジウム (New Methods New Insights, In Symposium 11, Field Trial Testing of Proposed Revisions to DSM-5 : Findings and Implications, 第 165 回 APA 総会)での発言]。

Kraemer をはじめ、従来よりも低い信頼性係数の水準を提唱する DSM-5 実行委員会に対する批判的態度を表明している中心的な論客が

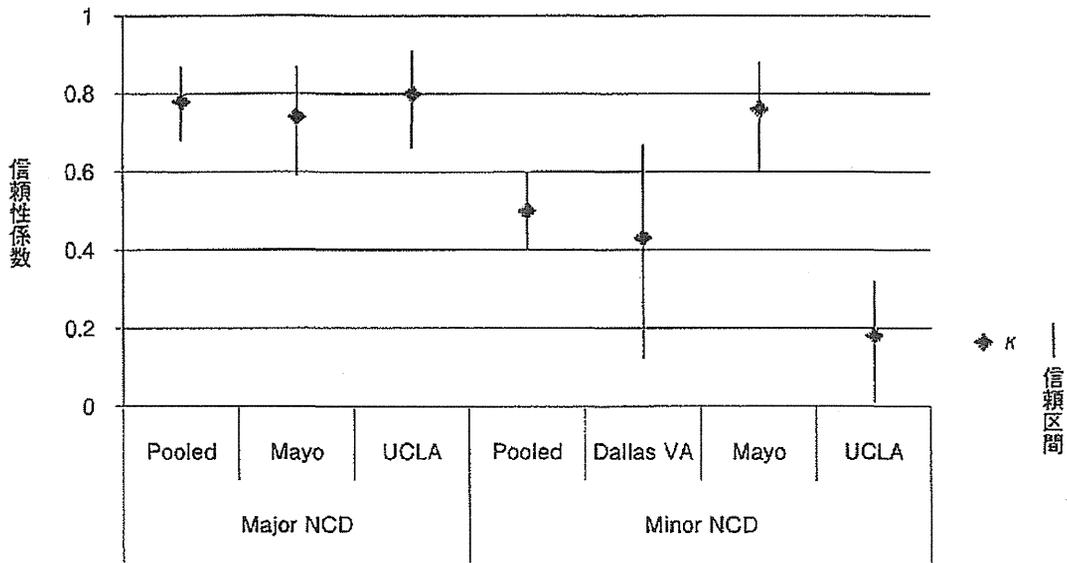


図1 Neurocognitive Disorders(NCD)における実施施設ごとの κ および CI
 Peterson R によるシンポジウム (Neurocognitive Disorders, In Symposium 21 : The Future of Psychiatric
 Diagnosis : Updates on Proposed Diagnostic Criteria for DSM-5 (Part I), 第 165 回 APA 総会) での発表よ
 り引用・一部改竄

DSM-IV および DSM-IV-TR の実行委員長であつた Frances⁷⁾ である。歴史的に受容可能な信頼性とは $\kappa=0.6$ 以上を指し、恣意的に受容可能とする信頼性の水準そのものを下げるのは不当である、と Frances は主張する。なお彼の主張の中で、DSM-III, DSM-IV, DSM-5 のフィールドトライアルにおける実施条件の差異は一切触れられていない。

DSM-5 の信頼性は実際に低下したのか？

DSM-5 の信頼性は過去の DSM と比較して、実際に劣っているのだろうか。同一の条件下でフィールドトライアルを再現しない限り明言はできないが、診断基準自体に大幅な変更が加えられていないにもかかわらず κ 値が低下している精神障害があることは注目に値する。

今回 κ 値の比較結果が提示された精神障害のうち、大うつ病性障害 (Major Depressive Disorder ; MDD) は診断基準に事実上変更がなかったうちのひとつである。DSM-IV から DSM-5 草案にかけて MDD に関して加えられた唯一の変更点

表 4 DSM-5 作成における信頼性解釈の基準
 Kraemer H によるシンポジウム (New Methods
 New Insights, In Symposium 11, Field Trial
 Testing of Proposed Revisions to DSM-5 :
 Findings and Implications, 第 165 回 APA 総会)
 での発表より引用・一部改竄

0.80-1.00	Excellent
0.60-0.79	Very good
0.40-0.59	Good
0.20-0.39	Fair/may be acceptable
<0.20	Poor (unacceptable)

は DSM-IV で除外基準であった死別反応を DSM-5 草案では注釈とすることである。他の記述は全く共通であるにもかかわらず、MDD 診断基準の信頼性は、DSM-IV と DSM-5 において大きな隔たりが生じている (表 2)。

今回の一連のシンポジウムにおいてフィールドトライアルの実施方法の妥当性を主張する機会を得たのは DSM-5 作成者側のみであり、DSM-IV 作成に際し行われたフィールドトライアルが実際にどの程度適切に行われたのか、十分な判断材料は得られなかった。よって、DSM-IV と DSM-5 のフィールドトライアル実施方法を比較して後者

が優れている、ひいては後者において示された数字が正確である、と早急な判断を下すべきではないと思われる。しかし、ほぼ変更点のない精神障害の診断基準の信頼において数値上大きな隔たりがみられるのは歴然とした事実であり、データを解釈する側に慎重な姿勢を求めるものである。

診断分類システムと信頼性のあるべき関係とは

周知の通り、DSMは精神障害の診断における信頼性の向上を目的として作成されたものであり、操作的診断基準が提供されることにより精神医学における地位を確立してきた。ロンドンとニューヨークにおける統合失調症と双極性障害の有病率の比較研究¹³⁾は、DSMをはじめとする操作的診断基準の果たすべき象徴的役割の一例としてあまりにも有名である。

DSM-5において、信頼性は向上しているのだろうか。この問いかけ自体が誤りである、とKraemerは説いた⁹⁾。改訂作業とは、十分な信頼性を保ちつつ、あくまでも妥当性向上に努めるものである、と言明したのである。この発言を、信頼性は前版からの高さを維持する必要すらなく、あくまでも使用する上で必要十分たる程度であればよい、との意思表示と言い換えても拡大解釈ではないだろう。

上述の発言について、前述のFrancesはきわめて手厳しく、「信頼性がこのように低く、しかもそれでも大丈夫かのように振舞っていることは、精神医学にとって恥ずべきこと」であると指摘している⁷⁾。DSMにおける信頼性の相対的重要度を下げてもよいかのように振舞うのは、DSM-IIIやDSM-IVと比較しあまりに見劣りするフィールドトライアルの結果への批判を逸らそうとする試みである、と穿った見方をする者もいるかもしれない。

他方で、精神科診断の難しさや本質を見据えた姿勢であるとする肯定的な見方もできる。DSM-III以降、DSMはその信頼性の高さから、臨床、研究をはじめさまざまな分野で大きな影響力を及

ぼしてきた。しかし一方で、分子遺伝学領域の研究における統合失調症と双極性障害の近似性をはじめ、システム上の問題点が多々指摘されてきた⁵⁾。この流れを受け、DSM-5作成作業開始にあたり、高い信頼性の維持を優先するあまりに妥当性や臨床的有用性が犠牲になってよいわけではないとの認識は、関係者内で共有されていたようである^{8,11)}。信頼性のみならず妥当性と臨床的有用性向上を理念として掲げて改善されたDSM-5と、実際のフィールドトライアルで大きく低下した信頼性は、これまでのDSMユーザーに果たして広く受け入れられるであろうか。

DSM-V作成からDSM-5作成へ

精神医学において、DSM-IIIは共通言語を提供するものとして幅広く受け入れられた。しかし共通言語としてあまりに広く、疑念を差し挟まれることなく使用されてきた結果、むしろ精神医学における診断分類の発展が妨げられてきた、とHymanは指摘する⁸⁾。残念ながら、バイオマーカーなどによる確立されたエビデンスに基づく診断分類システムの登場はおそらく遠い将来になると思われるが、それまでDSM-IVを使用し続けるわけにはいかない。しかし、明日やってくる患者に診断名をつけ治療を行わないわけにもいかないというジレンマもある。HymanはDSM-5の作成を、レクチャー(Can we safely deliver the DSM-5 into the 21st century? Lecture 25, 第165回APA総会)の中で「飛行中の飛行機を修理するようなものである」、と例えた。

医療技術の発展と普及が精神科診断に及ぼす影響について、画像診断を用いた認知症診断の状況から考察したい。図1はMajorおよびMild Neurocognitive Disorder (NCD)に関するフィールドトライアルの結果を施設ごとに示したものである。Major NCDにおいては施設間であまり差がみられないのと対照的に、Mild NCDでは、一見、施設間において信頼係数には大きな隔たりがある。これについて、Mayo Clinicではほぼすべての患者に綿密な神経心理検査を行うだけのリソー

スがあったのに対し、UCLA は従来通りの診断方法のみが用いられていた実態の差がフィールドトライアルの結果報告を行うシンポジウムで明かされた [Peterson によるによるシンポジウム (Neurocognitive Disorders, In Symposium 21: The Future of Psychiatric Diagnosis: Updates on Proposed Diagnostic Criteria for DSM-5 (Part I), 第 165 回 APA 総会) での発言]。

すべての施設で十分な神経心理検査を行えない今日の現状で、Mild NCD が妥当性の高い疾患単位だとしても、Frances が主張するような $\kappa=0.6$ を実現するのは非常に難しいことが示されている。この事実は裏を返せば、ある病態の診断にあたり、画像診断や神経心理検査の普及が診断の信頼性の向上に繋がりを示唆する好例と言える。

将来的に、診断に活用できる信頼性の高いバイオマーカーの特定や医療技術が発展すれば DSM-5 が改変を求められることは明らかであるが、現時点で採用可能なほどのエビデンスはほとんど存在しない。このジレンマに対し現実的な対処として提案されたのが、living document としての DSM-5 の作成である。DSM-5 作成者の意図としては、次版の DSM-6 はあくまでも DSM-5.1, DSM-5.2 を経た延長線上に想定されるものであり、DSM-5 から一足飛びに作成されるものではない。これは、おおむね 10 年おきに大々的に行われてきた改訂作業のこれまでの改訂のあり方をやめ、精神医学における発展をより柔軟に診断分類システムに反映していく姿勢が表れているといえる。DSM-IV-TR 改訂にあたり当初 DSM-V と表記されていたのが DSM-5 との表記に切り替えられたのは、living document としての次版 DSM のあり方が、DSM-5 実行委員会内で強く意識された表れである。

おわりに

いつの時代にも、新たに生み出されるプロダクトに批判はつきものである。これまでの DSM と同様に、完成および出版に際して、DSM-5 は批

判的意見に晒されるであろう。本論文において筆者らは、あえて DSM-5 作成者の意図に焦点を当てて論ずることを選んだ。これは DSM を利用するすべての人にとって、批判的視点のみならず DSM 作成者側の視点を紹介することが、結果的により健全な診断分類のあり方の模索に繋がりを示すものと筆者らは期待しているからである。

概して、“創造すること”は“批判すること”よりも難しいものである。DSM-5 作成という壮大な取り組みにおいて、作成者側は透明性の維持に努め、また外部意見の取り入れに積極的な姿勢を一貫して示してきた。継続的な公式ウェブサイトにおける情報の開示やパブリックコメントの募集、作成者側に都合が良いとは言えないフィールドトライアル結果の公表などがその例である。

今回の改訂において作成されるプロダクトは、非の打ち所のない完成品として世の中に送り出されるわけではない。本稿において紹介したフィールドトライアルの結果が示す通り、DSM-5 の信頼性は十分に担保されたものとは言えないかもしれない。筆者らは、今回の改訂におけるプロダクトの果たず意義のひとつは、DSM を聖書やコーランなどの宗教的教典と同一視するかのような風潮への警鐘と考える。DSM がある患者をよりの確に診断・分類するシステムとなるよう、臨床家が貢献するよう求められる時代に入ったのである。

DSM-5 作成者が繰り返し述べてきたように、DSM-5 は living document である。その発展は継続してなされるものであり、そして、それは DSM のユーザーひとりひとりに今後委ねられていることを強調したい。

文献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. Washington D.C., 1980
- 2) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington D.C., 1994
- 3) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington D.C., 2013

ders, 4th ed. Text Revised, Washington D.C., 2000

- 4) American Psychiatric Association : DSM-5 : The Future of Psychiatric Diagnosis. (<http://www.dsm5.org/>) cited on August 28, 2012
- 5) Craddock N, Owen MJ : The Kraepelinian dichotomy-going, going...but still not gone. *Brit J Psychiatry*, 196 : 92-95, 2010
- 6) 特集 : DSM-5 ドラフトをどう考えるか. *精神科治療学* 25 : 2010
- 7) Frances A, 大野裕 : DSM-5 をめぐって—Dr. Allen Frances に聞く. *精神医学* 54 : 819-827, 2012
- 8) Hyman S : The diagnosis of mental disorders : The problem of reification. *Annu Rev Clin Psychol*, 6 : 155-79, 2010
- 9) Kraemer HC, Kupfer DJ, Clarke DE, et al : DSM-5 : How reliable is reliable enough? *Am J Psychiatry* 169 : 13-15, 2012
- 10) 特集 : 精神科診断分類の改訂にむけて—DSM-5 の動向. *臨床精神医学* 41 : 2012
- 11) Tandon R, Carpenter WT : DSM-5 status of psychiatric disorders : 1 year prepublication. *Schizophr Bull* 38 : 369-370, 2012
- 12) World Health Organization : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. Geneva, 1992
- 13) Wing JK : International comparisons in the study of the functional psychoses. *Br Med Bull* 27 : 77-81, 1971

Summary

Latest Developments in DSM-5 : Preliminary results of field trials

MATSUMOTO Chihiro^{1,2)}, MARUTA Toshimasa¹⁾,
IMORI Makio

The fifth edition of the DSM is scheduled to be finalized and published in 2013. A series of symposia concerning the development of the DSM-5 was held at the 165th meeting of the American Psychiatric Association in May, 2012, where the preliminary results of field trials, primarily concerned with test-retest reliability, were presented. The results of the reliability assessments of the DSM-5 were generally lower than those of its previous edition, the DSM-IV, and this led to concerns and criticism worldwide. This paper presents the results, as well as the methodological differences of the field trials conducted for the DSM-IV and DSM-5. Furthermore, we discuss the role that diagnostic classification systems are expected to fulfill in relation to reliability.

- 1) Department of Psychiatry, Tokyo Medical University, Tokyo, Japan
- 2) Department of Psychology, Integrated Human Science, Sophia University

MEDICAL BOOK INFORMATION

医学書院

双極性障害の心理教育マニュアル 患者に何を、どう伝えるか

Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder

原著 Colom F., Vieta E.
監訳 秋山 剛・尾崎紀夫

●B5 頁200 2012年
定価3,570円(本体3,400円+税5%)
[ISBN978-4-260-01548-6]

昨今、その重要性が高まってきている双極性障害患者に対する心理教育のノウハウをまとめた本邦初の実践書。病気の特徴や原因、薬物療法や早期発見のポイントなど、医療関係者が患者に伝えるべき内容や手順を実際の心理教育プログラムの流れに沿って解説。また巻末には付録として患者の生活リズムなどを記録するのに使える表も紹介しており、精神科診療の現場でそのまま使える内容となっている。

