

図5 事例のような人に対するあなたの態度：設問に対し肯定的な回答

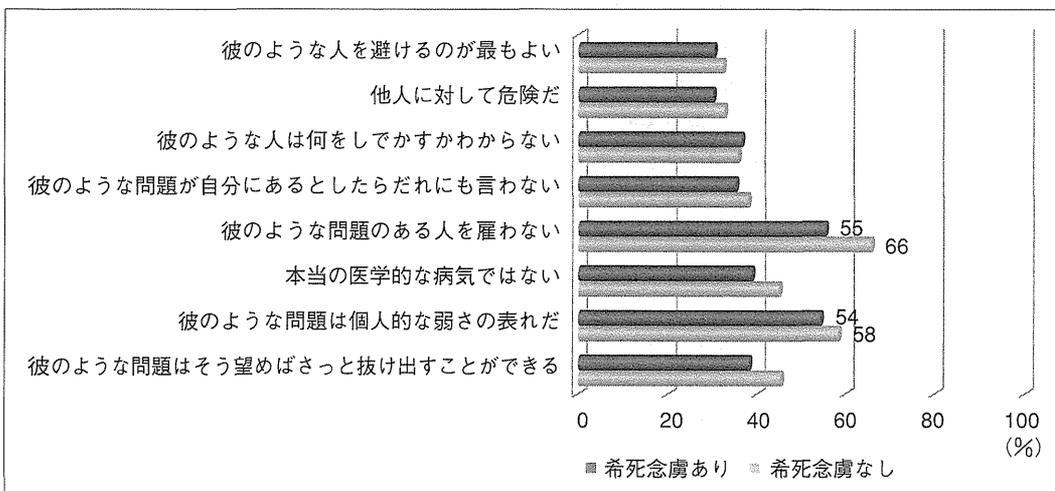


図6 事例のような人に対する一般人の態度：設問に対し肯定的な回答

の表れだ」という設問を肯定する回答が多くなっている。このことは、個人的には異なる意見であるが、一般的には事例のようなうつ病の症状を呈している人に対し、個人的な問題であり、職場として受け入れ対処していこうという認識が乏しいことを示している。また、予想していなかったこととして、こうした一般人の態度を想定した回答のうち、希死念慮のある事例に対する態度よりも希死念慮のない事例に対する態度の方が拒否的であるという点があるが、どうしてこのような結果となったのかについては今

後検討を進める必要があるであろう。

さて次に、事例のような人との接触の意向について回答した結果(図7)を示した。接触に対して否定的な意見を述べた人の割合を示しているが、特徴的なことは「結婚して家族の一員になる」といった家族や親族というキーワードに対して、受け入れがたいという認識が多く、そうした認識は希死念慮の有無にかかわらずそう違いはないという点である。また、次に拒否的であったのは「隣に引っ越す」というもので、生活圏が近いということを許容する態度を示しているが、およそ3人

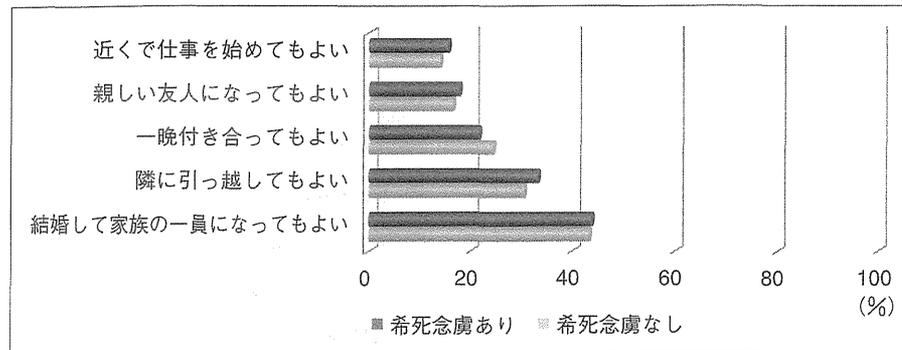


図7 事例のような人との接触：設問に対し否定的な回答

に1人が拒否的な回答である。これも、希死念慮があるかどうかにはほとんど違いがない。

わが国は心理的に追い込まれた人を身近な友人として支えることができるのか

本調査研究の結果を踏まえながら、身近な人がさまざまな要因によって心理的に追い込まれた状況となったとき、その人の自殺を未然に防ぐような身近な友人として「支え手」となりうるのかについて、あらためて考察してみたい。

まず、自分がどのような態度をとろうと思うかということ、一般に人がどのような態度をとろうと思うかということが一致しないということであったが、これは自らの態度以上に一般に人はうつ病の症状を持つ人を「できれば受け入れたくない」と想定していることを理解しておく必要があるであろう。こうした日本人の認知行動様式は、日本人と韓国人の認知行動様式の相違を検討した別の研究では、韓国人にはみられない日本人に特徴的なものとして示されている⁹⁾。こうした点は、日本人が社会に対してそう楽観的な認識を持っていないことの表れであり、心理的に追い込まれたとき自分が周囲にどう思われるのか、どのような支えを得られるのかという点で、拒否的な態度を予想して周囲の支えを得ることを自らあきらめ、個人的な解決に頼ろうとしやすいとも考えられる。実際には図7に示すように、拒否的な人は半数以上を占めているわけではない。しかし、図5をみるように、「彼のような問題は個人的な弱さの表れだ」、「そう望めば抜け出すことはできる」といった態度を

持つ人はいずれもおおよそ半数にみられ、自分の力で何とか対処すべきであるという態度がとられやすいのであろう。

このようにみえてくると、日本人の自己信頼と他者信頼とのバランスという点で課題があるようにも思われる。「他者は心理的に追い込まれた自分を受け入れないであろう」というネガティブな思考は、精神科医療に限らず、人の支えを受け入れようとする態度を阻むものとなりやすい。45～65歳の男性という職場でも家庭でも頼られる存在として期待される世代が、職場を失い、家族を失い、自ら生きる意欲を失っていくプロセスは、職場や家族という支援環境とは別に、このつらい状況を乗り越えるための人と場が得られなければ改善を図ることは難しいのではないであろうか。

職場や家族という支援環境を失った中高年の男性にとって、いかなる支援を整備することで効果的な自殺予防ができるのか。そのとき、どのような「人の支え」があればこうした人の自殺を踏みとどませることができるのであろうか。もしかしたらそのような支えは、よほどの幸運でもない限り得られないのではないであろうか。職場や家族を失った人が、助け合える関係性をどのように築くことができるのであろうか。環境要因にも踏み込んだ検討をするべきときに来ているのであろう。

ここ数年、精神医学の分野において「うつ病」の概念の拡大に加え、さらには「非定型うつ病」の概念の混乱が指摘されている。またマスコミ等では、「仕事のときだけうつになる」、「他罰的、

「気分の変動が激しい」などの症状を伴うとされる「新型うつ病」と呼ばれる一群があり、医療現場だけではなく職場などで問題化している¹⁰⁾。うつ病への正しい理解を進めていく中で、このようなネガティブなイメージが先行していることは憂慮すべきである。これらについてわれわれ精神科医療職は、あらためて「うつ病」に関するリテラシー向上のため、他の医療専門職のみならず一般住民への十分な説明が求められていると感じる。

近年、うつ病はテレビドラマの登場人物の設定にも使われるなど、一般的にその症状や生活の様子がイメージされ、自分がこうした症状を呈することがあったなら、そのときは家族など身近な他者にも影響を及ぼすであろうし、それが年単位で経過するとイメージできる人も増えている。たとえ自分がこうした苦悩を経験したとしても、身近な他者ととともに、解決策を講じながら、職場や家族を失うことなく、そうした経過の中でさらに絆を深め、「生きる希望」を再び手にすることができたと思えるような、家族関係、職場関係、友人関係をいかに築いていくのか。それが私たち日本人に試されているように思えてならない。

文 献

- 1) 厚生労働省. 人口動態統計—WHO “Health statistics and health information systems[Mortality Database]”—. 東京：厚生労働省；2012年9月6日.
- 2) 警察庁生活安全局生活安全企画課. 平成22年中にお

ける自殺の概要資料—補表1-1 年次別自殺者数—, 東京：警察庁；2011年3月.

- 3) 厚生労働省. 人口動態統計に基づいた自殺の特徴に関する分析. 東京：厚生労働省；2010年3月30日.
- 4) 主任研究者 中根允文. 厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究」(平成15-17年度)総合研究報告書. 2006.
- 5) Nakane Y, Jorm AF, Yoshioka K, et al. Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders—a comparison of Japan and Australia. *BMC Psychiatry* 2005 ; 21 : 5-33.
- 6) Griffiths KM, Nakane Y, Christensen H, et al. Stigma in response to mental disorders : a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry* 2006 ; 23 : 6-21.
- 7) 半澤節子, 中根允文, 吉岡久美子, ほか. 精神障害者に対するスティグマと社会的距離に関する研究—うつ病事例についての調査結果から(第二報)—. *日社精医誌* 2007 ; 16 : 125-36.
- 8) 中根允文, 吉岡久美子, 中根秀之. 心のバリアフリーを目指して. 東京：勁草書房；2010.
- 9) Hanzawa S, Bae JK, Tanaka H, et al. Family stigma and care burden of schizophrenia patients—Comparison between Japan and Korea—. *Asia-Pacific Psychiatry* 2009 ; 1 : 120-9.
- 10) 野村総一郎・編. 多様化したうつ病をどう診るか 精神科臨床エキスパート. 東京：医学書院；2011.

* * *

特集 ICD-11 作成の最近の動向

ICD-11 プライマリケア版の動向

中根 秀之

WHO は、プライマリケアで活用される精神医学診断システムの重要性について十分認識しており、今回の ICD-11 への改訂については、本体の改訂に加え、ワーキンググループが組織され、プライマリ・ケア版について積極的な活動展開が行われている。現在まで ICD-11-PHC としてドラフトが作成されている。その中では、anxious depression, bodily stress syndrome (BSS) などのいくつか新たな興味深い診断名が取り扱われている。さらに、国際的な Field Trial が予定されており、日本からの参加も期待されている。ICD-11 への改訂が進められる中、その全貌は少しずつ明らかとなってきている。プライマリケア医における精神科の問題への対応の重要性が確認されている現在、興味深い新たな知見も含まれており、我々精神科医もその動向を慎重に注視していく必要があると思われる。

<索引用語：ICD, DSM, プライマリケア, 精神医学診断, ICD-11-PHC>

はじめに

わが国では、1998 年以降の 3 万人超の自殺者問題といった社会的な背景から自殺予防に向けて診療報酬の改定も行われ、ストレスを感じる勤労者の増加といった厚生労働省の調査結果などから、プライマリケアにおける精神科診断の重要性が指摘されている。1991 年に行われた世界保健機関 (World Health Organization: WHO) による「一般診療科における精神的問題の WHO 共同研究」では、世界的には 24% の外来患者において何らかの精神障害を認めるということが報告された。プライマリケアの分野において遭遇する精神障害については、コモンメンタルディスオーダーと考えられ、これらの診断と治療の技術向上が求められている。

WHO による ICD 精神医学診断システム (Fコード) については、ICD-10 になり、ICD-10 ファミリーとしては、ICD-10 精神と行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン⁸⁾と、ICD-10 精神と行

動の障害 DCR 研究用診断基準⁹⁾に加え、プライマリケア医の使用を考慮したプライマリケア・バージョンが出版された。わが国でも、「ICD-10 プライマリケアにおける精神疾患の診断と診療指針」¹⁰⁾が作成されている。その他 WHO は、プライマリケア分野でのメンタルヘルスについて、教育用のガイドラインとして「Mental Disorders in Primary Care—プライマリケアにおける精神障害」を発表している。さらに、アメリカ精神医学会 (American Psychiatric Association: APA) による DSM-IV¹⁾の Primary Care version (以下、DSM-IV-PC) などが日本語版⁷⁾も作成され導入されている。さらに、WHO の ICD-10-PC と、APA の DSM-IV-PC 以外にも、世界家庭医機構 (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians: WONCA) による、ICPC-2 がある。この活動の歴史は古く、ICD-8 に基づいて世界の家庭医 (一般医、総合診療医)

著者所属：長崎大学大学院医歯薬学総合研究科医療科学専攻リハビリテーション科学講座精神障害リハビリテーション学分野

に受け入れられるための分類項目を開発し、1975年にプライマリケア健康問題国際分類 (International Classification of Health Problems in Primary Care: ICHPPC) 初版が発行されたことから始まる。その後、ICD-9への改訂に伴い、ICHPPC第2版⁵⁾が作成された。さらに、受診理由国際分類 (RFEC) を開発し、診療行為と診断病名も同時に分類することができるICPCへと発展させ、1987年にICPC初版として発行した。1992年のICD-10の出版とともに、重症度評価と機能・適応状態を評価できるICPC-2と発展している。この他、診断システムとは若干異なるが、内科診療の現場における精神科疾患の診かたを学ぶ教育訓練システムとしてPIPC (Psychiatry In Primary Care)⁶⁾の活動もわが国に広がりつつある。このように、プライマリケア分野においても、精神保健・精神医療への関心が高まってきている現状がある。しかし残念ながら、現在わが国においてこれらの診断システムや治療ガイドラインが、十分に活用されているとは言い難い。

2007年秋頃から国際疾病分類の新たな改訂ICD-11への動きが徐々に進行しているが、臨床現場で活用できるまでにはさらに相当の期間を要すると考えられる。今あらためてプライマリケア分野での精神保健の普及向上を図る上で、プライマリケアにおける精神障害の診断について現状の把握と問題点を整理したい。そして今後、ICD-11への改訂に向けて、プライマリケア医に対する適切な精神科医療の教育資料の提供という観点からも、わが国におけるプライマリケア分野の精神障害の診断システムについて考察し、これまでの診断システムおよびプライマリケアにおける精神医学診断について考察し、現在進行しているICD-11-Primary Health Care Version (ICD-11-PHC)の動向について報告する。

1. プライマリケア版の重要性と必要性

本来精神医学診断について、専門医療者が使用できるシステムがあれば十分なはずである。しかし、現在WHOはプライマリケア版について多く

の労力を割いてその完成を目指している。現在のWHOの大きな関心事は、No health without mental healthという言葉にも表されるように、医療リソースに乏しい発展途上国において整備されていないメンタルヘルスの充実・向上を図ることにある。このことは、WHO mental health Gap Action Programme (mhGAP)¹¹⁾の活動を見れば歴然としている。

Goldberg²⁾は、プライマリケアにおける「身体疾患と精神疾患との関係」について、以下のように分類して示している。精神疾患との関わりから大きく4つに分けている。

- (1) 精神疾患を二次的に伴ってくる身体疾患：1.8%
 - ①発現する身体症状はすべて身体疾患に起因しており、
 - ②精神疾患に対して治療を行ったからといって身体症状は軽減されることなく、
 - ③その精神疾患そのものが身体疾患なしには発症してこない。
- (2) 無関係の精神疾患を偶然に併発した身体疾患：5.4%

ここでは両者の間に病因的な関連性はなく、一方の治療が他に影響することもない。
- (3) 身体化した精神疾患：9.4%、この場合、
 - ①明らかな精神疾患 (ICD-10/DSM-IVといった国際的な疾病分類に見られるようなもの) が存在しているものの、
 - ②患者は全ての問題をそうした身体症状を呈するような身体疾患に帰したり、逆に発現してきた症状が何らかの精神的問題を惹起したと考えたりしているために、
 - ③身体症状に対して精神科的なコンサルテーションをする必要があり、
 - ④精神疾患の治療によって初めて、身体症状を消退させたり軽減したりできる。
- (4) 完全に精神疾患：7.8%、この場合、身体症状は全く存在しないか、たとえあっても患者はそれを精神疾患の一部であると見なし得るほどであることが多い。

以上を合わせると 24.4%にものぼっている。

これ以外のものとして、身体疾患だけ：45.6%，子どもの病気についての相談：16.8%，少し神経質ではあるが身体疾患だけに罹患：8.3%，その他：4.9%であった。このように、プライマリ・ケアで遭遇する精神疾患の問題が示されている。

WHO が主導した国際的大規模精神医学的疫学調査である WMH2000 (World Mental Health 2000) において我が国でも相談・受診行動について ICD-10F コードによる生涯診断による何らかの精神障害を考える場合の相談先として、精神科医は 14.8%，一般医 13.1%であった。ICD-10F 生涯診断による疾患別で見ると、何らかの気分障害の場合には、精神科医 20.3%，一般医 13.9%，何らかの神経症圏障害では、精神科医 15.4%，一般医 16.8%と逆転していた。

最近では、厚生労働省が行った患者調査においてアルツハイマー病、感情障害などの精神障害の外来患者が増加傾向にあり、特にうつ病・躁うつ病については2008年には100万人を超えたことが指摘されている。このことは、精神疾患有病率の総体的上昇、高齢者医療での新たな精神科的問題の発現などによる精神疾患における変化も関連があると示唆される。また一方で、最近では、比較的「うつ」「うつ病」については、様々な教育・啓発あるいは報道が行われ、精神疾患への偏見・差別意識が緩和され、受診行動に結びつきやすくなってきていることも1つの要因と考えることもできるだろう。

以上のことから、精神科的問題を抱えた患者の受診頻度が高いこと、精神疾患が認識されず、未治療のまま放置されると膨大な損失を来すこと、身体疾患に伴う精神疾患は心理社会的障害を増強させ、身体疾患に新たなリハビリテーションや治療を付加すること、身体疾患への治療と精神疾患は並行して治療されるべきであること、精神疾患による自殺率は特定の身体疾患では高まることなども併せて考えるに、プライマリケア医における精神科的問題への対応の重要性が改めて確認できる。

表 1 ICD-10-PC の構造

コード	疾患名
F00#	痴呆 (認知症)
F05	せん妄
F10	アルコール使用による障害
F11#	薬物使用による障害
F17.1	タバコの使用による障害
F20#	慢性精神病
F23	急性精神病
F31	双極性障害 (双極性感情障害, 躁うつ病)
F32#	うつ病
F40	恐怖症性障害
F41.0	パニック障害
F41.1	全般性不安
F41.2	不安・うつ病混合状態
F43.2	適応障害
F44	解離性障害 (転換性ヒステリー)
F45	説明不能な種々の身体症状
F48.0	神経衰弱
F50	摂食障害
F51	睡眠障害 (不眠)
F52	性機能障害
F70	精神遅滞
F90	多動性 (注意欠陥) 障害
F91#	行為障害
F98.0	遺尿症
Z63	喪失体験後症候群
F99	精神疾患, 特定困難
U50#	未使用/どのカテゴリーに割り当てるか一時的に未定

II. ICD-10-PC と DSM-IV-PC について

まず、ICD-10-PC の構造について、表 1 に示す。

プライマリで遭遇するであろうと考えられた 27 の精神障害が取り上げられている。各精神障害に関する臨床的記述が示されており、これらをもとに診断し、初期における治療的介入を行うことができるように構成されている。特に、ICD-10-PC は精神医療リソースの少ない地域でも利用できるように配慮されている。

次に、DSM-IV-PC の構造を、表 2 に示す。

DSM-IV-PC では、精神障害をカテゴリとして扱うのではなく、障害の視点から診断に結び付けていく形をとっている。このため、表面上は精

表2 DSM-IV-PCの構造

コード	アルゴリズム	
一般にプライマリ・ケアで提示される症状のアルゴリズム		Algorithms for Common Primary Care Presentations
4.1	抑うつ気分アルゴリズム	Depressed Mood Algorithm
4.2	不安アルゴリズム	Anxiety Algorithm
4.3	説明不能の身体症状アルゴリズム	Unexplained Physical Symptoms Algorithm
4.4	認知障害アルゴリズム	Cognitive Disturbance Algorithm
4.5	問題物質使用アルゴリズム	Problematic Substance Use Algorithm
4.6	睡眠障害アルゴリズム	Sleep Disturbance Algorithm
4.7	性功能不全アルゴリズム	Sexual Dysfunction Algorithm
4.8	体重変化または異常摂食アルゴリズム	Weight Change or Abnormal Eating Algorithm
4.9	精神病性症状アルゴリズム	Psychotic Symptoms Algorithm
心理社会的問題		Psychosocial Problems
5.1	健康管理に影響を及ぼす心理的および行動的要因	Psychological and Behavioral Factors That Affect Health Care
5.2	対人(家族)関係の問題	Relational (Family) Problems
5.3	虐待や無視に関係した問題	Problems Related to Abuse or Neglect
5.4	個人の役割に関係した問題	Problems Related to Personal Roles
5.5	社会的問題	Social Problems
5.6	他のセクションに記載されている問題	Problems Listed in Other Section
その他の精神障害		Other Mental Disorders
6.1	躁病性症状	Manic Symptoms
6.2	衝動制御の症状	Impulse-Control Symptoms
6.3	逸脱した性的興奮	Deviant Sexual Arousal
6.4	解離性症状	Dissociative Symptoms
6.5	異常運動/音声化	Abnormal Movements/Vocalizations
6.6	機能不全型パーソナリティ特性	Dysfunctional Personality Trait
通常、幼児期、小児期または青年期に初めて診断される障害		Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, Childhood or Adolescence
7.1	その他の章で分類されている一般的な小児期/青年期の症状提示	Common Childhood/Adolescence Presentations Classified in Other Chapters
7.2	平均値以下の知的機能に関連した障害/状態	Disorders/Conditions Associated With Subaverage Intellectual Functioning
7.3	学習能力に関連した障害	Disorders Associated With Academic Skills
7.4	運動能力/協調運動問題に関連した障害/状態	Disorders/Conditions Associated With Motor Skills/Coordination Problems
7.5	衝動/多動または不注意な行動に関連した障害	Disorders Associated With Impulsive/Hyperactive or Inattentive Behavior
7.6	拒絶症的/反社会性行動に関連した障害/状態	Disorders/Conditions Associated With Negativistic/Antisocial Behavior
7.7	哺育、摂食または排泄問題に関連した障害/状態	Disorders/Conditions Associated With Feeding, Eating, or Elimination Problems
7.8	コミュニケーションの問題に関連した障害/状態	Disorders/Conditions Associated With Communication Problems
7.9	社会的相互作用の障害に関連した障害/状態	Disorders/Conditions Associated With Impairment in Social Interaction
7.10	性同一性の問題に関連した障害/状態	Disorders/Conditions Associated With Issues of Gender Identity

神障害が現れないもののアルゴリズムに沿って評価していくことで、ほとんどの精神医学診断に至ることができる。米国で開発されており、プライマリケア医や教育の分野での活用が想定されていると思われる。

このように、両診断システムを見てくると、それぞれ類似するところもあれば、大きく異なる部分もある。

Ⅲ. ICD-11-PHC ドラフトの作成

WHO も、プライマリケアで活用される精神医学診断システムの重要性について十分認識しており、今回の ICD-11 への改訂については、本体の改訂に加え、プライマリケア版について積極的な活動展開が行われている。

プライマリケア版については、Goldberg を中心に Working Group が構成され、昨年度ドラフト第 1 版を作成した。各国の専門家に意見を聞きながら、現在まで第 5 版の改訂が重ねられている。筆者にも連絡があり、このドラフトを目にする機会を得たので、このまま採用になるとは考えられないが興味深い知見もあるため、一部のみ紹介する。anxious depression, bodily stress syndrome (BSS) などのいくつか興味深い診断名が取り扱われている³⁾。不安と抑うつについては、精神科臨床において併存の多い症状である。anxious depression については、躁病エピソードはなく、不安と抑うつの基本となる症状を満たし、不安と抑うつ症状が混在する気分障害であり、著しい悲哀感、ひいては治療必須な機能障害をも引き起こすものと記述されている。BSS については、ICD-11 の精神障害との一致を図るためにその詳細が検討されている途上にあるが、新しい概念であるためその一部を示す。同時に存在する複数の慢性的な身体症状があり、症状は文化や時間の経過に影響を受けることがある。動悸、胸部不快感、過呼吸などの循環器系あるいは呼吸器系症状、腹痛、便秘、下痢などの消化器系症状、筋肉痛、四肢痛、麻痺などの筋骨格系症状、過度の疲労やめまいなどの非特異的症状、苦痛であり、患者の自

身の健康状態への懸念のため結果として重大な障害となっている。除外診断として、不安や抑うつは BSS と診断されるべきではないとされている。これら以外には、acute stress reaction と self harm もカテゴリに挙げられているが、いまだ流動的でおそらく今後改訂の際には変更が予想されている。さらに現在、国際的に anxious depression, BSS を含めた Field Trial が予定されており、日本からの参加も期待されている。

内科医は精神医学的診断の際には、ほとんどが伝統的・経験的診断を用いており、ICD は 9%、DSM も 10% 程度と、ほとんど使用していないことが明らかとなった。また、希望する精神障害の診断システムについては、プライマリケア用に修正されたものが 67% と最も多かった。適切と思われる精神科診断カテゴリ数については、11~30 個程度が 45% と最も多く、続いて 1~10 個が 35% であったと報告⁴⁾している。このドラフトから ICD-11 本体よりもプライマリケアでの運用を優先した構造と 27 のカテゴリ数を見る限りにおいては、我が国のプライマリケア従事者の希望する診断システムにある程度マッチしたものができるのではないかと期待される。

おわりに

——適切な診断名とは？——

精神分裂病から統合失調症に呼称変更がなされて 10 年になる。この変化は病名告知をはじめとした治療場面での活用もなされており、スティグマの克服に役立っている。海外でも呼称変更のみではない、障害のコンセプトの変化は非常に高い注目を集めている。このため、今後 ICD-11 の改訂に向けても積極的な呼称の検討がなされている。特にプライマリケア分野においては、精神障害に関する正しい理解がなされないまま病名のイメージのみが先行する危険性がある。たとえば、適応障害については本来の「はっきりと確認できる大きなストレス、及び継続的、反復的にかかり続けるストレスによる症状」ではなく、「適応能力の低い素質がある個人的問題」という理解であるケー

スも経験される。このように、精神疾患の病名と病態の認識に、精神科医、身体科医の間に大きな差異があると思われる。今後プライマリケア領域に精神科医療が浸透していく際の弊害となる可能性があるため、日本語版作成にあたっては、正確な精神障害に関する知識と適切な診断名が必要であると考えられる。

ICD-11 への改訂が進められる中、その全貌は少しずつ明らかとなってきている。プライマリケア医における精神科的問題への対応の重要性が確認されている現在、興味深い新たな知見も含まれており、我々精神科医もその動向を慎重に注視しておく必要があると思われる。

文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, Text Revision. APA, Washington, D. C., 2000 (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸ほか訳 : DSM-IV-TR 精神疾患の分類・統計マニュアル新訂版, 医学書院, 東京, 2004)
- 2) Goldberg, D., Huxley, P.: Common Mental Disorders, A Bio-Social Model, Routledge, 1992 (中根允文訳 : 一般心療科における不安と抑うつ, コモン・メンタル・ディスオーダーの生物・社会的モデル, 創造出版, 東京, 2000)
- 3) Lam, T. P., Goldberg, D. P., Dowell, A. C., et al.: Proposed new diagnoses of anxious depression and bodily stress syndrome in ICD-11-PHC : an international focus group study. Fam Pract, 2012 Jul 28 [Epub ahead of

print]

- 4) 中根秀之, 大野 裕, 丸田敏雅 : プライマリ・ケア・バージョン ICD システムの開発のために, 精神科診断学, 4 (1) : 36-45, 2011
- 5) 重本洋定, 藤田伸輔, 山岡雅顕 : プライマリ・ケア国際分類第2版, 日本プライマリ・ケア学会, 東京, 2002
- 6) 杉山直也, 河西千秋, 井出広幸ほか : プライマリケア医による自殺予防と危機管理, 南山堂, 東京, 2010
- 7) 武市昌士, 佐藤 武訳 : DSM-IV-PC プライマリ・ケアのための精神疾患の診断・統計マニュアル-ICD-10 コード対応, 医学書院, 東京, 1998
- 8) WHO : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical Description and Diagnostic Guidelines. WHO, Geneva, 1992 (融 道男, 中根允文, 小見山実ほか訳 : ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン新訂版, 医学書院, 東京, 2005)
- 9) WHO : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Diagnostic Criteria for Research. WHO, Geneva, 1993 (中根允文, 岡崎祐士, 藤原妙子訳 : ICD-10 精神および行動の障害 DCR 研究用診断基準新訂版, 医学書院, 東京, 2008)
- 10) WHO : Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care : ICD-10 Chapter V Primary Care Version. WHO, Geneva, 1996 (中根允文, 吉武和康, 園田裕香訳 : ICD-10 プライマリーケアにおける精神疾患の診断と診療指針, ライフサイエンス出版, 東京, 1998)
- 11) World Health Organization official Web site : http://www.who.int/mental_health/mhGAP/en/

Trends in Primary Health Version of ICD-11

Hideyuki NAKANE

*Department of Psychiatric Rehabilitation Sciences, Unit of Rehabilitation Sciences,
Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences*

The WHO recognizes the importance of a psychiatric diagnostic system in primary care. Regarding the revision of ICD-11 primary health care (ICD-11-PHC), a working group is organized and acts positively. The WG makes the draft of ICD-11-PHC. Some new and interesting disease names, such as ANXIOUS DEPRESSION and BODILY STRESS SYNDROME (BSS), are incorporated in ICD-11-PHC. Revision to ICD-11 continues, and an international Field Trial of ICD-11-PHC by the WHO is planned. Participation in the Field Trial of Japanese researchers is expected. We psychiatrists should closely follow trends in interesting new knowledge in ICD-11-PHC.

<Author's abstract>

<Key words : ICD, DSM, primary care, psychiatric diagnosis, ICD-11-PHC>

ICD-11 プライマリ・ケア版の動向 ——新たな診断カテゴリ導入の可能性——

中根 秀之

現在、2015年の総会での承認に向けてICD-11の改訂作業が進行している。精神科領域においてICD改訂の影響は重大であると考えられる。プライマリ・ケアとの連携を考える上で、現在作成されているICD-11-PHCのドラフトの動向に注目した。ICD-11-PHCの改訂については、一般医療においてみられるコモンメンタルディスオーダーに密接に関連した分類であること、身体疾患と精神疾患の間における“co-morbidity”を検討すること、さらにコモンメンタルディスオーダーの治療を要する事例であるか否かあるいは、重症度の評価が行えることを目的にしている。ICD-11-PHCドラフトは、28のカテゴリとその詳細な臨床記述から構成されている。現段階のICD-11-PHCドラフトは、ICD-10-PHCに比べカテゴリ数が増加した。神経衰弱、恐怖症性障害やパニック障害などの不安障害は削除されている。一方で、自閉症スペクトラム、PTSD、パーソナリティ障害などの新たな診断カテゴリが導入されている。さらに、anxious depression と bodily stress syndrome、健康不安や持続性精神病性障害などの呼称変更が提案されている。我々は、このような新たな診断概念について知り、今後現れるICD-11へ理解を深めていくことが必要であると思われる。

<索引用語：ICD-10-PHC, ICD-11-PHC, anxious depression, bodily stress syndrome, プライマリ・ケア>

はじめに

現在、2015年の総会での承認に向けてICD-11の改訂作業が進行している。医学のすべての分野を網羅し、世界の医療専門職や一般住民が利用できるよう整備するため、その作業の膨大さは想像に難くない。精神科領域においては、先ごろ米国精神医学会によりDSM-5の出版が行われ、精神医学への影響は少なくはない。今後改訂が控えるICD-11の果たす影響・役割もまた大きいことが予想される。ICD-11については、アルファ版の公開はなされているものの、いまだ全貌を把握することはできない。そのため、現在作成されているICD-11-PHCのドラフトについて注目し、その

先にみえるICD-11を考えてみたい。

精神障害の中でも、精神科医あるいは心療内科医といった精神医学的専門領域にかかわる医師だけでなく、いわゆる一般診療科医、プライマリ・ケア医、開業医など、さらにはコメディカル・スタッフを含めて、彼らが出会うことの多い精神疾患を「コモンメンタルディスオーダーズ(Common mental disorders: CMDs)」と称することが知られている。CMDs研究で著明な成果を上げたGoldberg, D.は、先行研究の成果をもとに、一般人口集団における精神保健上に問題を抱える人の頻度を人口1,000人対260~315人の有病率として、彼らの医療へのアプローチについて、「five

levels and four filters」仮説を呈示した⁵⁾。

歴史的には、Minor psychiatric morbidity^{2,3,8,19)}や Minor psychiatric disorder^{6,7)}などと呼ばれたこともあるが、1990年に入った頃から英国のグループを中心に、それまでの成果をもとに Common mental disorders⁴⁾という呼称にまとまった。国内的には、臨床各科の日常診療で遭遇する機会の多いうつ病、不安障害、パニック障害、転換性・解離性障害、身体表現性障害、パーソナリティ障害、および様々な心身症など、かなり多くのものがCMDsとしてカバーされると考えられる。しかし、既記したCMDsがさらに広い概念になっているのか、たとえばPubMedで「common mental disorders」と「definition」をキーワードで検索すると600件以上がリストアップされてくる。これらのうち、確かに精神医学関連のCMDs範疇で理解できるものが少なくない、しかし、ICD-10 G 神経疾患を含む身体疾患の中でも、精神疾患ないし異常な精神状態とほとんど関係がうかがえないものがあるだけでなく、また必ずしも頻繁に遭遇する疾患とは考えられないものも含まれている。CMDsの範囲で考えられた疾患の中に、精神医療と直接的には関係のないものが含まれた背景には、そうした疾患が生物学的異常性を中心であるとしながらも、心理社会的な配慮の必要性が要請されたからかもしれない。

いずれにしても、プライマリ・ケアで使用される精神障害に関するICD-11-PHCの重要性は増しており、WHOもこのことを強く認識していることから、Goldbergを中心に、改訂作業を進めている。

I. ICD-10-PHC

精神医学的診断システムについては、ICD-10ファミリー^{16,17)}において、先述のCMDsを対象とした世界保健機関 (World Health Organization: WHO) によるICD-10精神障害のプライマリ・ケア版 (以下、ICD-10-PHC) が開発され1996年に出版 (日本語版1998年)¹⁸⁾された。ICD-10-PHCについては、その後のフィールド・トライアルに

て、修正が加えられている。またICDシステムとの容易な互換を目指して、一般診療医が使用できるように世界家庭医機構 (World Organization of Family Doctors: WONCA) によるプライマリ・ケア国際分類 (International Classification of Primary Care: ICPC) が作成された。2002年には、日本プライマリ・ケア学会からプライマリ・ケア国際分類第2版日本版¹⁴⁾が出版されている。一方、アメリカ精神医学会 (American Psychiatric Association: APA) によるDSM¹⁾についても、同様に Primary Care version (以下、DSM-IV-PC)¹⁵⁾が作成されている。残念ながら、わが国においてこれらプライマリ・ケア医向けのICD-10-PHCおよびDSM-IV-PCは、これまでほとんど使用されていない¹¹⁾。

ICD-10-PHCは、26の精神医学診断カテゴリーのうち、F6成人の人格および行動の障害、F8心理的発達の障害を除く、プライマリ・ケアで遭遇するであろう精神障害から構成されている (表1)。通常あまり使用されないZ項からZ63の喪失体験後症候群が取り上げられていることも特徴の1つである。各診断カテゴリーの構造は、臨床的記述として主訴、特徴、鑑別診断に加え、診療指針として、患者と家族への説明、患者や家族への助言・指導、治療、専門家への相談がまとめられている。

ICD-10-PHCは、精神医療リソースの十分ではない中・低所得国などで限られた運用であった。しかし、診断アルゴリズムを早期に導入し、医師だけではなく看護師をはじめとしたコメディカル・スタッフも利用できるより簡便に精神医学的診断が可能なシステムを提示している。たとえば、質問は、アルコール、タバコ、薬物の使用の有無から開始され、F0認知症、F0せん妄、F2精神病へと連なる器質性精神障害と、適応障害から始まるF3、F4、F5へと展開している。このように今見返してみても、診断アルゴリズムなど、比較的ユーザーフレンドリーなインターフェイスをもつなどユニークな部分もあった。

表1 ICD-10-PHCの構成

コード	診断名(英)	診断名(和)
F0	F00# Dementia	痴呆(認知症)
	F05 Delirium	せん妄
F1	F10 Alcohol use disorders	アルコール使用による障害
	F11# Drug use disorders	薬物使用による障害
	F17.1 Tobacco use problems	タバコの使用による障害
F2	F20# Chronic psychotic disorders	慢性精神病
	F23 Acute psychotic disorders	急性精神病
F3	F31 Bipolar disorder	双極性障害(双極性感情障害, 躁うつ病)
	F32# Depression	うつ病
F4	F40 Phobic disorders	恐怖症性障害
	F41.0 Panic disorder	パニック障害
	F41.1 Generalized anxiety	全般性不安
	F41.2 Mixed anxiety and depression	不安・抑うつ混合状態
	F43.2 Adjustment disorder	適応障害
	F44 Dissociative (conversion) disorder	解離性障害(転換ヒステリー)
	F45 Unexplained somatic complaints	説明不能な種々の身体症状
	F48.0 Neurasthenia	神経衰弱
F5	F50 Eating disorders	摂食障害
	F51 Sleep problems	睡眠障害(不眠)
	F52 Sexual disorders	性機能障害
F7	F70 Learning disability	精神遅滞
F9	F90 Hyperkinetic (attention-deficit) disorder	多動性(注意欠陥)障害
	F91# Conduct disorder	行為障害
	F98.0 Enuresis	遺尿症
Z	Z63 Bereavement	喪失体験後症候群
F9	F99 Mental disorder, not otherwise specified	精神疾患, 特定困難
	U50#	未使用/どのカテゴリーに割り当てるか一時的に未定

II. ICD-11-PHC 改訂の目的

先にも述べたが、ICD-10-PHCは、精神医療リソースの十分ではない中・低所得国などで限られた運用であり、残念ながら日本ではほとんど使用される機会はなかった。これは、わが国の医療リソース、医学教育の充実に関連するところも大きいと考える。しかし、自殺、がんなどの問題から、日本においては、精神科医と一般医との連携をより深く考えるために、ICD-11への改訂に際し、プライマリ・ケア版の果たす役割は大きいものとする。今回、ICD-11-PHCの改訂については、一般医療においてみられるCMDsに密接に関連した分類であること、身体疾患と精神疾患の間における“co-morbidity”を検討すること、さらにCMDsの治療を要する事例であるか否かさらに

は、重症度の評価が行えることを目的にしている。

III. ICD-11-PHCのドラフト

2007年秋に入った頃から国際疾病分類の新たな改訂ICD-11への動きが徐々に進行してきたが、臨床現場で活用できるまでにはさらに相当の期間を要すると考えられる。しかし、ICD-11-PHCのワーキンググループは、改訂作業開始当初より活発な活動を続けている。

2012年にLamら⁹⁾がICD-11-PHCに関連してanxious depressionとbodily stress syndromeの導入の可能性について報告している。Anxious depressionとbodily stress syndromeの新たな2つの診断カテゴリーについて、7カ所のプライマリ・ケアの専門家に対してフォーカスグループに

よる質的研究を行った。その結果, anxious depression については, 診断のための症状の持続期間が2週間では短いことが指摘されたが, 診断カテゴリとしては受け入れやすいものであった。一方, bodily stress syndrome については medically unexplained symptoms よりも良い診断カテゴリではあるが, 診断基準の設定については統一した意見を得ることができなかった。このようなエビデンスを蓄積する形で, ドラフトが作成されてきた。ICD-11-PhC のドラフトで示される上記2つの診断カテゴリは, プライマリ・ケアでみられる SAD (Somatization, Anxiety, Depression) triad¹⁰⁾を整理する概念といえよう。

現在新たな ICD-11-PhC ドラフトは, 28 のカテゴリから構成されている。28 それぞれのカテゴリについて, 表面化している症状, 臨床記述, 診断に必要な症状, 関連症状, 重症度, 小児期にみられる病態, 鑑別診断が記載されている。

ICD-11-PhC については, まだドラフトであり, 今後の修正の可能性もあるため, ここでは, ICD-11-PhC ドラフトのカテゴリの中で anxious depression (仮訳: 不安抑うつ) と bodily stress syndrome (仮訳: 身体ストレス症候群) について, 表 2, 3 に臨床記述の一部を示す。

ここに示した一部のように, ICD-11-PhC ドラフトでは, 診断にかかわる質問の方法から, 認められる精神症状とその持続期間や該当する症状数, 重症度まで詳細な臨床的記述がなされているため, これらをもとに診断に至ることができる。これは, ICD-11-PhC ドラフトが, 診断マニュアルとしての性格をもっているといえる。ICD-10 精神および行動の障害 DCR 研究用診断基準や DSM 診断システムでみられる操作的診断基準に通じるものである。

Anxious depression (仮訳: 不安抑うつ) については, ICD-10-PhC においても Mixed anxiety and depression (不安・抑うつ混合状態) としてカテゴリ化されているものの, 特徴は抑うつ気分, 悲哀感, 興味, 喜びの喪失, 強い不安と心配が挙げられているのみで, 診断は困難であろう。

Bodily stress syndrome (仮訳: 身体ストレス症候群) についても, ICD-10-PhC では Unexplained somatic complaints (説明不能な種々の身体症状) に近い概念と考えられるが, 身体医学的には説明できない多彩な身体症状, 異常所見がないにもかかわらず, 医療機関を頻回に受診する, 抑うつや不安の症状はよくみられることが特徴として挙げられ, 診断カテゴリの印象は曖昧さが残り, Mixed anxiety and depression との鑑別はさらに困難である。

Anxious depression (仮訳: 不安抑うつ) と bodily stress syndrome (仮訳: 身体ストレス症候群) については連続する部分があるが, 不安抑うつがある場合には bodily stress syndrome と診断しないことから, 階層は anxious depression が上位にあると考えられる。

さらに, 本ドラフトでは, 今後修正される可能性のあるカテゴリとして, 身体ストレス症候群, 自傷行為, 急性ストレス反応の3つが挙げられている。

IV. ICD-11-PhC ドラフトと ICD-10-PhC の比較

ICD-11-PhC ドラフトの大きな特徴の1つとして, カテゴリ数の増加が指摘できる。ICD-10-PhC では26であったものが, ICD-11-PhC ドラフトでは28に増えている。プライマリ・ケアにかかわる医療スタッフにより多くの疾患に関する理解を期待している表れであろう。

次に, 新たな診断カテゴリの導入である。自閉症スペクトラム障害, 特異的学習障害, 心的外傷後ストレス障害 (PTSD), 急性ストレス反応, 自傷行為, パーソナリティ障害が, 新たなカテゴリとして登場している。今まで適応障害以外のストレス関連障害やパーソナリティ障害は, ICD-10-PhC には取り上げられていなかったが, ICD-11-PhC ドラフトから導入が示されている。ストレス関連障害が一般医の手に委ねられる可能性があることは, 診断の運用については一般医にも十分な知識の提供が必要であると思われる¹²⁾。また知的障害と ADHD 以外に, 自閉症スペクトラム障害

表2 anxious depression (仮訳：不安抑うつ) について

anxious depression (仮訳：不安抑うつ)
<ul style="list-style-type: none"> • 表面化している症状： <ul style="list-style-type: none"> — 身体的な症状を訴えて来院する 경우가多いが、診察の中で、身体面での症状に加えて不安と抑うつの症状もあることが明らかになる。少数であるが、抑うつの症状のみを訴える場合もある。プライマリケア現場において、これらの症状は、健康状態を社会的決定因子にしばしば依存し、また影響される。したがって、患者のアセスメントおよび治療にあたり、心理社会的問題を考慮する必要がある。また、体重減少などの身体的な症状を呈する患者もいる。 • 臨床記述： <ul style="list-style-type: none"> — 不安抑うつとは不快気分障害であり、不安と抑うつ症状が混在する。これらによる著しい苦痛や機能不全は、機能障害を引き起こし、また受診の契機となる。“S”はスクリーニング項目を表し、どちらも該当しなければ、残りの項目を質問する必要はない。 • 診断に必要な症状： <ul style="list-style-type: none"> — 躁エピソードの既往はない。以下のうち、不安と抑うつの症状が各3つ該当する期間が2週間以上継続していること。 • 「不安」症状は： <ul style="list-style-type: none"> — 神経質、不安、またはいらいらしている (S) — 心配をコントロールできない (S) <ul style="list-style-type: none"> • リラックスできない • じっとしていられないほど落ち着かない • 何か恐ろしいことが起こるのではないかとの不安 • 「抑うつ」症状は： <ul style="list-style-type: none"> — 持続的な抑うつ気分 (S) — 興味または喜びの著しい減退 (S) <ul style="list-style-type: none"> • 無価値観または罪責感 • 集中力の低下 • 反復的に死や自殺について考える • 重症度： <ul style="list-style-type: none"> — 閾値以下の不安抑うつにおいては、3~5つの症状がみられ、いくつかの活動において困難があるかもしれない。 — 軽度の不安抑うつにおいては、6~7つの症状が、2週間にわたり毎日みられる。患者は症状による苦痛を感じているが、ほとんどの活動をなんとかこなすことはできている。ただし、それらにおける困難はより高まっている。 — 中等度の不安抑うつにおいては、8以上の症状がみられ、少なくとも1つ以上の領域において著しい能力低下がみとめられる。食欲や体重の変化、睡眠不足、日中の気分の変化、性欲の減退など、神経失調症状を呈することもある。また、パニック発作がみられる場合もある。 — 重度の不安抑うつにおいては、すべての症状がみられ、ほとんどの領域（仕事、家族、日常生活）において重度の苦痛による影響を受ける。症状の中には特に重度のものがあり、また、運動焦燥を示す場合もある。 • 小児期：思春期前の抑うつは、特に男児においては身体面での特徴、いらだちやすさ、反抗的な行動が目立ち、反抗挑戦性障害と誤診されやすい。また、学業成績の低下もみられる場合がある。

や特異的学習障害が追加されたことから、児童における精神障害が強化された印象である。

3つ目は、診断カテゴリーのコンセプト変更や呼称変更などである。先に述べた anxious depression (仮訳：不安抑うつ) と bodily stress syndrome (仮訳：身体ストレス症候群) は、これま

での診断カテゴリーのコンセプトの変更であると考えられる。これら以外にも、健康不安、持続性精神病性障害、行為障害（反抗挑戦性障害を含む）などが挙げられる。持続性精神病性障害は、ICD-10-PhC では、Chronic psychotic disorders であったものが、Persistent psychotic disorders に

表3 bodily stress syndrome (BSS) (仮訳: 身体ストレス症候群) について

bodily stress syndrome (BSS) (仮訳: 身体ストレス症候群)

- 表面化している症状と訴え:
 - ひどい苦悩に関連して徐々に複数の身体症状を呈し, 能力低下もみられる.
- 臨床記述:
 - 患者は複数の持続する身体症状を呈し, それらの症状は同時にみられる. 症状は文化に影響されたり, 経時的に変化したりする可能性がある. BSS 診断にあたっては, ある段階において自律神経性覚醒症状, 筋骨格緊張, または身体疾患の神経性および認知性の症状がみられ, またそれらが日常生活に著しく, 支障をきたしていることが条件となる. 症状は苦悩をもたらすものである, および/または日常生活に大きな支障をもたらす, また, 症状の医学的深刻さに関する持続的な懸念をもたらす.
- 症状のパターン:
 - 心肺の症状の例: 動悸, 前胸部不快感, 労作時でないときの息切れ, 過呼吸, 汗または冷汗, 震え, 口渇
 - 消化器の症状の例: 腹痛, 排便回数の増加, 腹部膨満感, 逆流, 便秘, 下痢, 悪心, 嘔吐, 胸部または上腹部の灼熱感
 - 筋骨格緊張の症状の例: 腕や脚の痛み, 筋肉痛, 関節痛, 運動麻痺または局所的筋力低下の感覚, 腰痛, 移動の際の痛み, 嫌なしびれ, またはうずく感覚
 - 不特定な全身症状の例: 集中困難, 記憶の機能障害, ひどい疲労感, 頭痛, めまい
- 診断に必要な症状:
 - 患者は以下の症状を呈する:
 - 自律神経性の過覚醒 (心肺, 消化器, 筋骨格) に由来する持続する症状が徐々に少なくとも3つ, もしくは疲労や極度の疲労の一般的症状として
 - 症状に必要以上の時間やエネルギーを割く様子から, 患者が健康に不安を抱いていることがわかる
 - 症状は苦悩をもたらすものであり, また著しい能力低下を生じる
- 除外事項:
 - 臨床レベルでの不安または抑うつを呈している場合, BSS とは診断しない. しかし閾値下の不安抑うつである可能性はある. 症状が既存の身体疾患によるものとわかっている場合, BSS とは診断しない.
- 重症度:
 - 軽度: 患者は, 1つの身体器官のみの症状を訴える. 患者は症状による苦痛を感じているが, ほとんどの活動をなんとかこなすことはできている. ただし, それらにおける困難はより高まっている.
 - 中等度: 患者は, 1つの身体器官に複数の問題があると訴え, 症状に関連して著しい苦痛や能力低下がみとめられる.
 - 重度: 複数の身体器官に症状があり, 能力低下/苦痛が深刻である.

呼称が変更されている. Health anxiety (仮: 健康不安) については, 心気症に代わる呼称として使用されている. また, 身体疾患の一部である膀胱・直腸のコントロールの問題についても, ICD-10-PHC の Enuresis (遺尿症) に比べ, より範囲の広い障害を示す形となっている. 呼称の変更については, わが国において2002年8月に精神分裂病から統合失調症へ変更¹³⁾が行われたことが一定の評価を得ていると考えられる. ステイグマの克服のためにも正しい精神障害の理解ができるよう

な呼称が必要であると考えられる.

最後は, 削除された診断カテゴリである. これは, F4 神経症性障害, ストレス関連障害および身体表現性障害に含まれる恐怖症性障害, パニック障害, 全般性不安障害, 適応障害, 神経衰弱である. 多くの不安障害に関連する診断が削除されていることに気付く. 一方で, 適応障害が外れたことについては, やや違和感を禁じ得ない. 本来明らかなストレス要因に伴う不安抑うつ症状, 身体症状などは, プライマリ・ケアの臨床場面で経験

するものとする。ICD-11-PHC ドラフトでは、おそらく anxious depression や、急性ストレス反応あるいは depression, anxiety などの診断カテゴリを用いることになるのではないかと考える。

おわりに

内科診療の現場における精神科疾患の診かたを学ぶ教育訓練システムとして米国で始まった PIPC (Psychiatry In Primary Care) の活動もわが国に広がりつつある。このように、プライマリ・ケア分野においても、精神保健・精神医療への関心が高まってきている現状がある。このためこのような活動や研究に精神科医も積極的に参加し、精神医学に触れる機会を増やすことで、一般医の精神医療に関する診断・治療技術の向上を目指すことができるのではないかと考えられる。今後新たな診断カテゴリの導入も考えられる現状において期待されるべき診断システムは、精度や適正な運用に加え、スティグマ克服に向けた名称の検討であろう。

現段階の ICD-11-PHC ドラフトにおいて、神経衰弱、恐怖症性障害やパニック障害などの不安障害は削除されている。一方で、上記の新診断カテゴリに加え自閉症スペクトラム、PTSD、パーソナリティ障害などの新たな診断カテゴリの導入、健康不安や持続性精神病的障害などの呼称変更により、カテゴリ数が増加している。ICD-11-PHC については、ドラフトをもとに今後国際フィールド・トライアルを実施することが計画されている。それらの結果を踏まえて、ICD-11 本体への新しい診断カテゴリの導入の可能性も考えられる。我々は、このような新たな診断概念について知り、今後現れる ICD-11 へ理解を深めていくことが必要であると思われる。

なお、本論文に関して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, Text Revision. APA Washington, D. C., 2000 (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸ほか訳 : DSM-IV-TR 精神疾患の分類・統計マニュアル新訂版. 医学書院, 東京, 2004)
- 2) Cheng, T. A. : A community study of minor psychiatric morbidity in Taiwan. *Psychol Med*, 18 ; 953-968, 1988
- 3) Finlay-Jones, R., Burvill, P. : The prevalence of minor psychiatric morbidity in the community. *Psychol Med*, 7 ; 474-489, 1977
- 4) Goldberg, D., Bridges, K., Cook, D., et al. : The influence of social factors on common mental disorders : destabilization and restitution. *Br J Psychiatry*, 156 ; 704-713, 1990
- 5) Goldberg, D., Huxley, P. : Common mental disorders. A Bio-Social Model. Routledge, London, 1992 (中根允文訳 : 一般心療科における不安と抑うつ, コモン・メンタル・ディスオーダーの生物・社会的モデル. 創造出版, 東京, 2000)
- 6) Grayson, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., et al. : The relationship between symptoms and diagnoses of minor psychiatric disorder in general practice. *Psychol Med*, 17 ; 933-942, 1987
- 7) Huxley, P. J., Goldberg, D. P. : Social versus clinical prediction in minor psychiatric disorder. *Psychol Med*, 5 ; 96-100, 1975
- 8) Jenkins, R. : Sex differences in minor psychiatric morbidity. *Psychol Med Monogr Suppl*, 7, 1985
- 9) Lam, T. P., Goldberg, D. P., Dowell, A. C., et al. : Proposed new diagnoses of anxious depression and bodily stress syndrome in ICD-11-PHC : an international focus group study. *Fam Pract*, 30 (1) ; 76-87, 2013
- 10) Löwe, B., Spitzer, R. L., Williams, J. B., et al. : Depression, anxiety and somatization in primary care : syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry*, 30 (3) ; 191-199, 2008
- 11) 中根秀之, 大野 裕, 丸田敏雅 : プライマリ・ケア・バージョン ICD システムの開発のために. *精神科診断学*, 4 (1) ; 36-45, 2011
- 12) 中根允文, 中根秀之 : 社会精神医学と精神科診断. *臨床精神医学*, 41 (5) ; 491-497, 2012

- 13) Sato, M. : Renaming schizophrenia : a Japanese perspective. *World Psychiatry*, 5 (1) ; 53-55, 2006
- 14) 重本洋定, 藤田伸輔, 山岡雅顕 : プライマリ・ケア国際分類第2版. 日本プライマリ・ケア学会, 東京, 2002
- 15) 武市昌士, 佐藤 武訳 : DSM-IV-PC プライマリ・ケアのための精神疾患の診断・統計マニュアル—ICD-10 コード対応. 医学書院, 東京, 1998
- 16) WHO : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical description and diagnostic guidelines. WHO, Geneva, 1992 (融 道男, 中根允文, 小見山実ほか訳 : ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン新訂版. 医学書院, 東京, 2005)
- 17) WHO : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Diagnostic criteria for research. WHO, Geneva, 1993 (中根允文, 岡崎祐士, 藤原妙子訳 : ICD-10 精神および行動の障害 DCR 研究用診断基準新訂版. 医学書院, 東京, 2008))
- 18) WHO : Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care : ICD-10 Chapter V Primary Care Version. WHO, Geneva, 1996 (中根允文, 吉武和康, 園田裕香訳 : ICD-10 プライマリーケア医における精神疾患の診断と治療指針. ライフサイエンス出版, 東京, 1998)
- 19) Williams, P., Tarnopolsky, A., Hand, D., et al. : Minor psychiatric morbidity and general practice consultations : the West London Survey. *Psychol Med Monogr Suppl.*, 9, 1986

Trend in ICD-11 Primary Health Care Version
—Possibility of Introducing New Psychiatric Diagnosis Categories

Hideyuki NAKANE

*Department of Psychiatric Rehabilitation Science, Unit of Rehabilitation Sciences,
Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences*

Revision of ICD-11 will be submitted for approval at the general assembly in 2015. The influence of the ICD revision will be marked in the field of psychiatry. The trend in developing ICD-11-PHC is promoting cooperation with primary carers.

The goals of the revision of ICD-11-PHC are as follows : 1) To produce a classification system that corresponds more closely to common mental disorders encountered in general medical practice ; 2) The “co-morbidity” we want practitioners to recognize is that between physical and psychological disorders ; 3) To allow dimensions of severity of some common disorders to be recognized, rather than case/non-case distinctions.

The ICD-11-PHC draft consists of 28 categories and detailed clinical descriptions. The number of categories has increased in the ICD-11-PHC draft in comparison with ICD-10-PHC. Anxiety disorders such as neurasthenia, and phobic disorders and panic disorder have been deleted. On the other hand, new diagnostic categories such as autistic spectrum disorder, PTSD, and personality disorder have been introduced. Furthermore, name changes such as anxious depression, bodily stress syndrome, health anxiety, and persistent psychotic disorders have been suggested. We should be aware of such new diagnostic concepts. In addition, it is thought that it is necessary for us to deepen our understanding of ICD-11, which will be important in the future.

<Author's abstract>

<**Keywords** : ICD-10-PHC, ICD-11-PHC, anxious depression, bodily stress syndrome,
primary health care >

High Prevalence of Illicit Drug Use in Men Who Have Sex with Men with HIV-1 Infection in Japan

Takeshi Nishijima^{1,2}, Hiroyuki Gatanaga^{1,2*}, Hirokazu Komatsu³, Misao Takano¹, Miwa Ogane¹, Kazuko Ikeda¹, Shinichi Oka^{1,2}

1 AIDS Clinical Center, National Center for Global Health and Medicine, Tokyo, Japan, **2** Center for AIDS Research, Kumamoto University, Kumamoto, Japan, **3** Department of Community Care, Saku Central Hospital, Nagano, Japan

Abstract

Objective: To examine the prevalence of illicit drug use among men who have sex with men (MSM) with HIV-1 infection in Japan, where the life-time prevalence of illicit drug use in the general population is only 2.9%.

Design: A single-center cross-sectional study at a large HIV clinic in Tokyo, which treats approximately 15% of HIV-1 infected patients in Japan.

Methods: The prevalence of illicit drug use and the association of characteristics and social demographics of the patients with illicit drug use were examined. Patients who visited the clinic for the first time from 2005 to 2010 were enrolled. Relevant variables were collected using a structured interview and from the medical records. Multivariate logistic regression analyses were applied to estimate the odds of association of MSM over non-MSM HIV-infected patients with illicit drug use.

Results: 1,196 patients were enrolled. They were mostly Japanese men of relatively young age. Illicit drug use (including injection drugs) was reported by 35% of the patients (by 40% of MSM), and 4% were IDU while 5% were on methamphetamine. 2% of the population was arrested due to illicit drugs. MSM was significantly associated with illicit drug use (adjusted OR = 4.60; 95% CI, 2.88–7.36; $p < 0.01$). Subgroup analysis of the patients stratified by three age groups (≤ 30 , 31 to 40, and > 40) showed that the odds of association of MSM with illicit drug use was the strongest in the youngest age group (≤ 30 years: adjusted OR = 7.56; 95% CI, 2.86–20.0; $p < 0.01$), followed by the oldest (> 40 years: adjusted OR = 6.15; 95% CI, 2.40–15.8; $p < 0.01$), and the weakest in the group aged 31 to 40 (adjusted OR = 3.39; 95% CI, 1.73–6.63; $p < 0.01$).

Conclusions: The prevalence of illicit drug use is high among MSM patients with HIV-1 infection in Japan. Effective intervention for illicit drug use in this population is warranted.

Citation: Nishijima T, Gatanaga H, Komatsu H, Takano M, Ogane M, et al. (2013) High Prevalence of Illicit Drug Use in Men Who Have Sex with Men with HIV-1 Infection in Japan. PLoS ONE 8(12): e81960. doi:10.1371/journal.pone.0081960

Editor: Wenzhe Ho, Temple University School of Medicine, United States of America

Received: May 8, 2013; **Accepted:** October 18, 2013; **Published:** December 10, 2013

Copyright: © 2013 Nishijima et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Funding: This work was supported by Grants-in Aid for AIDS research from the Japanese Ministry of Health, Labour, and Welfare (H23-AIDS-001). The funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interests exist.

* E-mail: hingatana@acc.ncgm.go.jp

Introduction

Illicit drug users, especially injection drug users (IDU), are at high risk of infection with HIV-1 [1,2]. They are one of the “difficult to reach” populations, especially with regard obtaining accurate prevalence data [3]. In Japan, the prevalence of illicit drug use in the general population is only 2.9% according to the 2009 Nationwide General Population Survey on Drug Use and Abuse [4,5] (<http://www.ncnp.go.jp/nimh/pdf/h21.pdf>, in Japanese) (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/yakubuturanyou/torikumi/dl/index-04.pdf>, in Japanese). To our knowledge, however, no study has examined the prevalence of illicit drug use among patients with HIV-1 infection in Japan.

Among patients with HIV-1 infection, illicit drug use is associated with lower antiretroviral therapy (ART) uptake and inferior adherence [6–9], which leads to suboptimal treatment outcome, compared with patients with other risk categories [10–12]. The aim of the present study was to examine the prevalence

of illicit drug use in patients with HIV-1 infection and its association with characteristics of the patients in Japan, in order to establish effective intervention strategies.

Methods

Ethics Statement

This study was approved by the Human Research Ethics Committee of National Center for Global Health and Medicine, Tokyo, Japan. The Committee waived a written informed consent, because this study only used data of patients from routine clinical practice. However, at our clinic each patient provided a written informed consent for the clinical and laboratory data to be used and published for research purposes [13]. We conducted this study according to the principles expressed in the Declaration of Helsinki.