

為的に定義した、つまり操作的な診断基準を設け、またそれを遵守したうえで診断をくださうという機運が高まった。このような背景から、操作的診断基準を全面的に採用して登場したのがDSM第3版である。DSM第4版もこの流れを汲むもので、改訂にあたりエビデンスが十分でない限り変更点は最小限に抑えるべきとの基本方針のもと、第3版からの変更は小規模なものにとどまった。

共通言語として用いるものである以上、DSMを改変するのであれば科学的根拠に基づくものであるべき、という風潮は絶えずあったし、実際にDSM-5に向けた改訂プロセスが開始されたあとも同様の主張は繰り返されてきた<sup>2)</sup>。一方で、DSM-IV出版からほぼ20年が経過した現在、これまでに得られた知見を総合した抜本的な改訂への展望も、後述するとおりなかったわけではない。結論としては、各論のレベルでDSM-IVに改変を迫る個々のエビデンスはあっても、生物遺伝学的観点から診断分類のあり方全体にパラダイムシフトをもたらすには不十分、という結論に落ち着いた、ということである<sup>3)</sup>。言い換えれば、パラダイムシフトをもたらすような発見を期待しても、それは少なくとも近い将来には訪れそうにないということで、野心的な改変を見送る方針で合意が得られたのである。

### 3 5クラスターモデルとディメンショナル評価にみるDSM-Vの初期の展望

最終的に期待したほどDSM-IV-TRと変わらない、と揶揄されることもあるDSM-5であるが、前述のとおりDSM-V(DSM-IV-TR改訂作業の開始当初は「-5」でなく「-V」の表記であった)も、革新的で野心的な構想を検討した時期はあった<sup>6)</sup>。完成版のDSM-5からうかがい知ることは難しいが、病態生理に基づいた診断分類体系が、改訂活動開始当時には目標に掲げられていたのである。

一例には、改訂作業の比較的早期には、特に生物遺伝学的エビデンスを注視した種々の項目に基づき診断分類の枠組みを見直そうとした試み<sup>7)</sup>があげられる。その一種の成果物といえるのが5クラスターモデルである。本モデルは、あらゆる精神障害を、神経発達、精神病性、内在化、外在化、神経認知の5つのクラスターに分類し直そうという斬新なものである。これらのクラスターに含まれる診断カテゴリは、従来、症候記述のレベルで独立した疾患単位とされてきたが、背景に共通した負因があるものと主張された。分子生物学エビデンスや病因への配慮欠如が指摘されるDSM-IIIおよび-IVからの脱却を図る案として大いに注目を集めた本モデルであったが、今では周知のとおりこれは採用に至らなかった。

ディメンショナル評価の全面的な取り入れも、診断分類のあり方を根幹から見直すアプローチとして積極的に検討された。診断分類の発想には、カテゴリカルとディメンショナルという、相対する考え方がある。前者のカテゴリカルとはつまり、ある病態がどの診断カテゴリの括りに入るか、という発想である。実際に、すべての患者があるカテゴリにちょうどよく収まるわけではなく、むしろ2つ以上の診断カテゴリに当てはまってしまうco-morbidなケースや、その反対にどのカテゴリにもうまく収まらない(Not Otherwise Specified)ケースがあまりに多く、カテゴリカルなアプローチは臨床の実情にそぐわないとの指摘は以前からあった。

これに対し、後者のディメンショナルというのは、種々の症状を段階的に評価しようという発想である。ディメンショナル評価を徹底すれば疾患カテゴリは必要なくなり、抑うつ、不安、睡眠など、臨床像から読み取れる症状を段階的に評価すること自体が診断となる。診断カテゴリを撤廃するほどのディメンショナル評価の徹底を目指さないにしろ、ディメンショナル評価を最大限に取り入れようという動きは改訂当初から最終版完成まで根強くあった。

最終的に、評価のための尺度に客観的指標が足りないこと、前版であるDSM-IV-TRからあまりにドラスティックな変更となることなどから、ディメンショナル評価の採用も期待された規模では行われなかった。ディメンショナル評価採用の試みの名残は、自閉スペクトラム症の症状領域別評価法や、セクションⅢへの収載となった統合失調症の症状別評価尺度などにみることができる。

## 4 パラダイムシフトから保守的な改訂方針へ

DSM-5発刊にあたりS Hymanは「DSMの改訂とは飛行中の飛行機を修理しようとするようなものだ」と述べた<sup>9)</sup>。これは筆者らが特に気に入っている比喩である。今すぐ飛行機を降ろすことはできないが、かといって目的地まで待っているのは故障部分の被害が拡大する一方である——つまり生物遺伝学的エビデンスが揃うまでDSMの使用を停止し、患者を診断名なしに待たせておくことはできないが、現版のDSMでは不完全で改善すべき点があることも承知している。現版をこのまま患者に対し使用し続けることも非倫理的だ、という現実を指摘したものである。

DSM-Ⅲや-Ⅳ作成時の状況をよく知らない世代にとっても、冒頭の共通言語に対する切実なニーズがあった背景を考えると、操作的診断基準を駆使して、診断分類におけるスタンダードを打ち立てようという気概があったであろうことは想像に難くない。そのような歴史を負ったDSMを改変するとなるとDSM-5作成者にかかる圧力は相当なものであったであろうし、結果的に保守的とさえいえる改訂となったのは、現実に妥当な判断であったのかもしれない。

## 5 透明性の確保と維持への配慮

### 1. 利益相反の配慮

精神障害の診断分類は治療薬の処方対象と直

結するものであり、しばしば診断分類システムの作成や改訂は製薬会社をはじめとする営利団体との癒着が疑いと批判の対象となる。この点を重くみたDSM実行委員会は、改訂作業の開始にあたりプロセスの透明性に配慮した。

透明性に関する努力の一環に、まず利益相反に関する情報の公開と、一定以上の利害関係が特定の団体とある委員の排除があげられる。具体的には、改訂活動に委員(ワーキンググループの正式メンバー)として活動する条件として、年に10,000ドル以下という基準が設けられた。利益相反に厳しい現代において当然の措置かもしれないが、少なくともこの点に十分配慮した人員の配置を実行委員会が試みたことには一言触れておく。

### 2. ユーザーへの情報公開と相互コミュニケーションへの配慮

また、これも時代背景に負うところが大きいですが、インターネットを通じた情報公開および意見交換も改訂プロセスについて記述するうえで欠かせない。インターネットというインフラストラクチュアが普及したことで、改訂作業を取り巻く環境は前身であるDSM-Ⅳ作成時と比較し大きく変化した。2010年2月にはDSM-5草案が公式ウェブサイト(www.dsm5.org)上で公表され、改訂の動向に関心を持つものであれば誰でも草案の閲覧が可能となった。改訂作業半ばというタイミングで、この規模での情報公開は前例がない。公開以降、草案のアップデート状況は随時公式ウェブサイトに反映された。

前述の草案公開と関連し、パブリックコメントも公式ウェブサイト上で募集された。これはそもそも一般に草案が公開されていたからこそ可能となったことである。関連学会や団体などの組織を通さずとも、意見を個人単位で直接寄せられるようになったのは画期的であった。実行委員会によれば、寄せられたコメントは担当ワーキンググループが持ち帰り、草案の練り直しの参考にしたとのことである。

## 6 臨床場面での有用性への配慮

### 1. 診断基準の操作的性質が臨床場面で弊害となりうる問題への配慮

前版と比較して、DSM-5全体の傾向の特徴に、臨床現場での有用性の重視があげられる。DSM-IIIおよび-IVは、診断基準の操作的性質を突き詰めるあまりにco-morbidないしNOSと診断せざるをえないケースが多いという弊害を生んだ。診断基準の操作的な性質が特に顕著なものに、神経性無食欲症の診断におけるBMIや、知的障害の重症度評価におけるIQの使用がしばしば例にあげられる。誰がどこで診断を行おうと結論が同じである、つまり信頼性を担保するためには診断基準は厳格であればあるほど望ましいのであるが、信頼性を重視するあまりに臨床的判断が入り込む余地がないとの批判もあった。DSM-5では上述の数値による評価が全面的に廃されているのをはじめ、臨床家の判断に委ねる範囲を広げたように解釈できる改変が散見される。各論は本誌掲載の他稿に譲るが、DSM-5が信頼性至上主義とは別の性質を目指したものであることはDSMの歴史を鑑みると特筆に値すると筆者は考える。

### 2. 「実際の患者」を想定したフィールドトライアルのデザイン

現場重視の姿勢はフィールドトライアルの実施方法にも現れている。DSM-5発刊前に公表されたフィールドトライアル結果で、信頼性の数値がDSM-IV作成当時のものと比較して大幅に下回ったかのように報じられ、また批判を浴びたが、これは研究デザインの違いによる部分が少なからずあるものと思われる(出典)。たとえば、co-morbidの診断を受ける患者をサンプルに含めれば、含めない場合と比較して診断する際に診断にぶれが生じやすく、ひいては信頼性の値が低く出るのであることは自明のことである。フィールドトライアルの担当者は、手法の選択に関し、real patients, real settingsを念頭においたものであったと述べている<sup>9)</sup>。

結果的に、DSM-5のフィールドトライアルは、少なくともDSM-IVまでの流れを知っている者がみれば許容しがたいと思われるほどの信頼性の値を公表して終わった<sup>9)</sup>。現実に即した研究デザインとの弁を釈明ととるか、それまでのフィールドトライアルのやり方と目標値が非現実的であったととるかは、おのおのの解釈に委ねられたままである。筆者としては、Kramerらが主張するとおりに臨床現場に即したアプローチを選択した果敢と称賛しないまでも、従来のDSMとは方向性を異にする姿勢を強く示した点では一定の評価を得てもよいものと受け取っている。

## 7 精神障害の診断分類システムの将来

### 1. Research Domain Criteriaプロジェクト

DSMを時代的な文脈において考察するうえで、米国精神保険研究所(National Institute of Mental Health: NIMH)のResearch Domain Criteria (RDoC)プロジェクトについても触れておく必要がある。RDoCがどういったプロジェクトであるという紹介を包括的に行うのは紙面の都合上難しいが、DSMにおいて定義される診断カテゴリにとらわれず、さまざまな角度から精神病理に寄与する要因を探る試みと表現できる。関心のある読者におかれては、NIMHの公式ウェブサイト<sup>9)</sup>やWorld Psychiatry誌に組まれた特集<sup>9)</sup>を参照されたい。

一般に、今日行われる調査研究は、患者群の同定ないし定義づけに際し、「DSM-IV-TRにおける○○障害の基準を満たす者」というように、DSMの診断基準に依拠するものがほとんどである。しかし、たとえば大うつ病性障害の診断を受ける患者群が、家族歴、病歴、表出している症状、治療反応性、予後などの観点から必ずしも均一でないことは異論がないだろう。つまり、DSMの診断基準にいくら忠実に患者を募集しても、そこから得られるデータの解釈には大変な困難が発生するのである。この事実を

重く受け止め、RDoC関連の調査研究においてNIMHはDSMの診断にとらわれない患者ないし研究協力者(RDoC関連の調査研究ではしばしば病理——健常との連続性も重視され、精神病理がみられない者のデータも検討の対象となる)からのデータ収集を奨励している。

このNIMHの現所長であるT InselがDSM-5発刊にあたって、挑発的ともとれる、あるいは少なくともそのように報道された、見解を公式ブログ上で示したことは大きなニュースとなった。これに対し、DSM実行委員会は、DSM-5があくまでも臨床現場での使用を想定した場合に現在最適と思われる診断分類システムであること、今後種々のエビデンスが集積されるうえで改訂されるべき性質のものである見解を示し、MINH側もRDoCがまだまだ臨床への応用段階になく、DSMと必ずしも対立しない立場を表明したことで事態は収拾をみた。

## 2. DSM-5.1への展望：living documentとしてのDSM-5.0

DSM-5発刊にあたり、何度となく繰り返された表現に、living documentという表現がある。筆者自身もこの表現には納得する部分があり、機会があるごとに紹介してきた。精神障害の診断分類システムは、病因やメカニズムを含め、診断分類の対象である各病態の全貌が完全に明らかにされるまで、暫定案でしかないものである。この全貌解明のプロセスで、DSMがたとえばRDoCの知見を取り入れて今後さらに発展していくことも十分に考えられる。

今日、精神病理という正体がわかりきっているわけでない現象に対して医療サービスを提供するにあたり、DSM-5という共通言語を用いるのは必要なことである。ただ、共通言語がいったん定着してしまうと、それに変化をもたらすには大変な作業が必要となる。変化の妥当性を裏づけるだけのエビデンス集積に費やされる労力はもちろんのこと、そこには少なからず、いったん定着してしまった共通言語の使用者が持つ変化に対する抵抗があるようにも思われる。

DSM-5はそれ以前の版に倣い、改訂活動の早期にDSM-Vと表記されていた。これがDSM-5に変わった経緯については、公式ウェブサイト上で、このアラビア数字表記はDSM-5以降より細かな改訂を繰り返していくことを見越しての決定である、と説明されている。つまりDSM-5の次は一足飛びにDSM-6でなく、DSM-5.1、-5.2と続くべきとの見解である。ユーザーであるわれわれもまた、DSMがあくまでも現時点で最良の診断分類システムとして提供されているもの、という認識を保ち続けるよう求められているともいえる。

## 文献

- 1) Forum-the research domain criteria project: promise and limitations. *World Psychiatry* 13 : 28-54, 2014
- 2) 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
- 3) Hyman SE : Can neuroscience be integrated into the DSM-V? *Nat Rev Neurosci* 8 : 725-732, 2012
- 4) Insel T : Transforming Diagnosis. Retrieved July 29, 2013 (<http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>)
- 5) Kraemer HC, Kupfer DJ, Clarke DE et al : DSM-5 : how reliable is reliable enough? *Am J Psychiatry* 169 : 13-15, 2012
- 6) Kupfer DJ, First MB, Regier DA : A research agenda for DSM-V. Washington DC, 2002
- 7) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄 : ICD-11「精神および行動の障害」作成の動向—これまでの経緯と DSM-V 作成の活動状況—。 *精神科診断学* 2 : 3-27, 2009
- 8) 松本ちひろ・丸田敏雅, 飯森眞喜雄 : 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。 *精神医学* 55 : 185-192, 2013
- 9) National Institute of Mental Health : Research Domain Criteria (RDoC). Retrieved July 2, 2014 (<http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml>)
- 10) Professional Staff of the United States-United Kingdom Cross-National Project : The diagnosis and psychopathology of schizophrenia in New York and London. *Schizop Bull* 11 : 80-102, 1974

〈総論〉

特集

日本の精神科医は  
米国 DSM-5 を  
どう読むか

## ICD-11作成の現段階での最新動向

丸田 敏雅\* 松本ちひろ\*

## KEY WORDS

ICD-11, diagnostic classification, diagnostic criteria

抄録：世界保健機関(World Health Organization : WHO)が改訂を進めている第11回国際疾病分類(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision: ICD-11)は当初、2014年に世界精神保健総会(World Health Assembly: WHA)で承認され、2015年から導入の予定であった。しかしながら、全体の作業の遅れから、現段階の予定では2017年にWHAの承認、2018年からの導入という予定に延期された。精神分野に関しては、他の分野よりもフィールド・トライアルも行われており、作業が進んでいるといえる。本稿では、2014年9月12～14日の3日間マドリッドで行われた「Field Studies Coordination Group」会議、また、同9月19～20日に同じくマドリッドで行われた「ICD-10精神および行動の障害改訂のための国際アドバイザリーグループ(The International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders : AG)会議の情報のうち公表が許可されているものから情報提供した。

## 1 はじめに

世界保健機関(World Health Organization : WHO)が改訂を進めている第11回国際疾病分類(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision : ICD-11)は当初、2014年に世界精神保健総会(World Health Assembly : WHA)で承認され、2015年から導入の予定であった。しかしながら、全体の作業の遅れから、現段階の予定では2017年にWHAの承認、2018年からの導入という予定になっている。これは、精神分野の遅れのみならず、全体の遅れからこのようになっている。精神分野に関しては、後述するように、他の分野よりもフィールド・トライアル

も行われており、作業が進んでいるといえる。

本稿では、2014年9月12～14日の3日間マドリッドで行われたField Studies Coordination Group (以下、FSCG)会議、また、同9月19～20日に同じくマドリッドで行われた「ICD-10精神および行動の障害改訂のための国際アドバイザリーグループ(The International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders : 以下AG)」会議の情報のうち公表が許可されているものから情報提供したいと思う。それまでの経緯については他の文献を参照していただきたい<sup>1,2)</sup>。

The latest development of the ICD-11

\* MARUTA Toshimasa and MATSUMOTO Chihiro 東京医科大学精神医学分野〔〒160-0023 東京都新宿区西新宿 6-7-1〕

## 2 「精神および行動の障害」改訂の目的 および理念

今回の「精神および行動の障害」の改訂の主眼は、1. WHO加入国の精神および行動の障害の疾病負荷の軽減、2. 臨床的有用性(clinical utility)に焦点を絞る：世界中の最前線で活動しているヘルスワーカーの診断と治療を促進させる、3. さまざまな分野のstakeholderと協力、4. 改訂作業からの製薬会社および商業的関与の排除、などが目的および理念としてあげられている。そして、WHOは今回の改訂がclinical utilityを改善する好機と捉えている。特に4. については、強い規制があり、上記のFSCGおよびAGの各委員は特に製薬メーカーとのCOIは厳格に禁じられている。

## 3 ICD-11のための改訂組織

ICD-11改訂のためのWHOの組織については筆者らがすでに報告しているように、WHOの「分類と用語部」が中心となり、WHO国際分類ファミリー・ネットワーク(WHO-FIC)の分類改訂委員会(Update & Revision Committee)のもと改訂運営委員会(Revision Steering Group)が設けられ、その分科会として、分野別専門委員会(Topical Advisory Group : TAG)が設置されている(精神分野の場合は上記のAG)<sup>3,4)</sup>。

このAGのもとに2010年から、Formative Field Study Coordination Group (FFSCG)が当初組織されフィールド・トライアルをどのように行っていくのか、一から議論が行われた。2012年からは、フィールド・トライアルを行っていくため、「大枠を練るための」の意を示した“formative”を削除したFSCGと名称を変更し活動を行っている。FSCGに加盟している国々と代表は、スペイン(José Luis Ayuso-Mateos)、ドイツ(Wolfgang Gaebel)、ナイジェリア(Oye Gureje, 副座長)、レバノン(Brigitte Khoury)、ロシア(Valery N. Krasnov)、フランス(Anne

Lovell)、ブラジル(Jair de Jesus Mari)、日本(Toshimasa Maruta)、メキシコ(Maria Elena Medina-Mora, 座長)、米国(Kathleen M. Pike)、米国(Michael C. Roberts)、インド(Pratap Sharan)、および中国(Zhao Min)の13名であり、これにWHOからGeoffrey Reed担当官が参加している。

また、各障害の診断ガイドラインや後述するcase vignetteを作成するために14のワーキンググループ(WG)が設置されている。各ワーキンググループとそれらの座長を下記に示す。プライマリケア(David Goldberg)、児童および思春期(Michael Rutter)、知的および発達障害(Luis Salvador)、精神病性障害(Wolfgang Gaebel)、気分および不安障害(Mario Maj)、ストレス関連障害(Andreas Maercker)、強迫および関連障害(Dan Stein)、身体的苦悩および解離性障害(Oye Gureje)、物質関連および嗜癖障害(Rajat Ray)、神経認知障害(Ennapadam Krishnamoorthy)、パーソナリティ障害(Peter Tyrer)、性的障害およびセクシャルヘルス(Jane Cottingham)、哺育および摂食障害(Angelica Claudino)、および老年期(Armin von Gunten)である。これらのワーキンググループには、専門性はもちろんのこと地政学のおよび男女比なども配慮され10数名の委員が任命されている。

## 4 ICD-11の線形構造について

ICD-11の現在まで決まっている線形構造(大枠の分類)を表1に示す。現段階では、「睡眠障害」と「性保健に関する問題(性的倒錯を除く、性同一性障害や性機能不全などの性保健に関する状態を指す)障害」は「精神および行動の障害」には含まれないことになった。「睡眠障害」と「性保健に関する問題」は、「精神および行動の障害」とは別に設けられた単独の章で扱われる予定であるが、ICD-11は「マルチペアレコーディング」と呼ばれる構造を採用する予定であり、主たる帰属先のほかに二次的な帰属先の章を持つことが

表1 ICD-11 線形構造 (案)

神経発達障害	排泄障害
統合失調スペクトラムおよび 一次性精神病性障害	物質使用による障害
気分障害	衝動制御の障害
不安および恐怖関連障害	破壊的行動および反社会障害
強迫および関連障害	パーソナリティの障害
特にストレスと関連する障害	パラフィリア
解離性障害	虚偽性障害
身体苦悩障害	神経認知障害
嘔食と摂食障害	どこにも分類されない障害や疾病と関連 する精神および行動の障害

注：この線形構造案ではうつ病性障害と双極性障害がDSM-5とは異なり、気分障害と一括りにされているが、気分障害WGの座長のMario Maj教授に筆者らが直接尋ねたところ、ICD-11でもDSM-5と同様になるとの返答であった。WG内でも意見の一致がまだついていないと思われる。

(WHO 資料より引用)

できる。このため、これらが「精神および行動の障害」の枠内で触れられる可能性も残っており、今後が注目される。

このことはわが国の臨床現場には少なからず影響を及ぼすものと思われる。

## 5 FSCGの活動状況

FFSGが行うフィールド・トライアルには、1. インターネットを使用しcase vignetteを用いて第10回国際疾病分類(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision: ICD-10)<sup>5)</sup>とWGが作成したICD-11の診断ガイドラインの臨床的有用性(clinical utility)と使用における評価者間の一貫性(consistency)を検証するInternet-basedのもの<sup>6)</sup>、2. 実際の患者様のご協力をいただいてICD-11の診断ガイドラインを調査するclinic-basedのもの2つが予定されている。2. については、1. で得られた結果をWGへフィードバックされ、改善されてアップデート版の診断ガイドラインを用いて行われる予定である。

1. のフィールド・トライアルについては、WHO臨床実践グローバルネットワークGlobal

Clinical Practice Network (GCPN)というネットワークを構築し現在作業を進めている。このGCPNのネットワークはWHOの6つの公用語の他、日本語とドイツ語で行われている。現在までに、「ストレスと特に関連する障害」、「哺育と摂食障害」の2つのカテゴリーが日本語でも施行された。当初、すべてのカテゴリーはすべての言語で同時に行われることが理想的であったが、英語を各言語に翻訳する際にかかなりの労力がかかるという状況もあり、英語ではすでに先行して「精神病性障害」、「強迫関連障害」も実施されている。今後日本語でも、「精神病性障害」、「強迫および関連障害」、「パラフィリア」、「不安障害」、「対人関係の問題(Zコードに該当)」、「破壊的行動および反社会行動」、「気分障害」、「精神病性障害第2相」、「精神病性障害第3および4相」、「F66性の発達と方向付けに関連した心理および行動の障害」、「パーソナリティ障害」、「物質関連する障害」、「神経認知障害」、「解離性障害」、「身体苦悩障害(Bodily Distress Disorder)」、「衝動制御障害」のInternet-basedのフィールド・トライアルの実施が予定されている。

表2 国別登録者数

Rank	country	N	Percentage
1	中国	1,956	17.2
2	米国	1,270	11.2
3	日本	970	8.5
4	英国	792	7.0
5	ロシア連邦	725	6.4
6	フランス	630	5.5
7	インド	516	4.5
8	メキシコ	470	4.1
9	ドイツ	366	3.2
10	ノルウェー	328	2.9

(WHO 資料より引用)

## 6 GCPN 登録状況について

2014年10月23日現在の集計では、日本は国別では第3位の970名で全体の8.5%である。また、言語別では図に示すように、第5位である(表2, 図1)。

## 7 「ストレスと特に関連する障害」のフィールド・トライアル結果について

日本語で行われたものの2つのうち、まず「ストレスと特に関連する障害」を例にとってICD-10とICD-11での診断の違いについて報告する。現在作成中のICD-11の診断ガイドライン草案では、ICD-10の「F62.0 破局的体験後の持続的パーソナリティ変化」が「複雑性外傷後ストレス障害」と名称を変え大項目の「ストレスと特に関連する障害」に含まれる予定である。上述のGCPNの結果では図2のように、「複雑性外傷後ストレス障害」のcase vignetteを用いてICD-10とICD-11草案のガイドラインを用いて診断を下してもらった結果、ICD-10ガイドラインでは「外傷後ストレス障害」とされたものがICD-11草案より高く、「複雑性外傷後ストレス

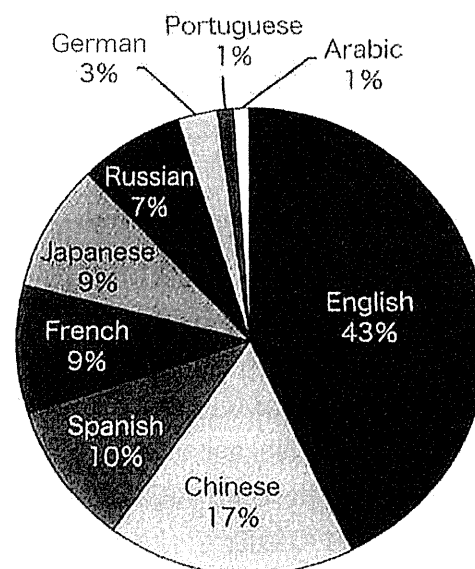


図1 GCPN 言語別登録状況 (2014年10月23日現在)  
(WHO 資料より引用)

障害」を新規に取り入れたICD-11草案ではそのように診断されたものが、ICD-10の破局的体験後の持続的パーソナリティ変化よりも高いという結果となった。

また、ICD-11草案で厳格化された、いわゆる“再体験”基準は、臨床家の理解や解釈、あるいは診断を下す際の使用方法がWGの意図ど



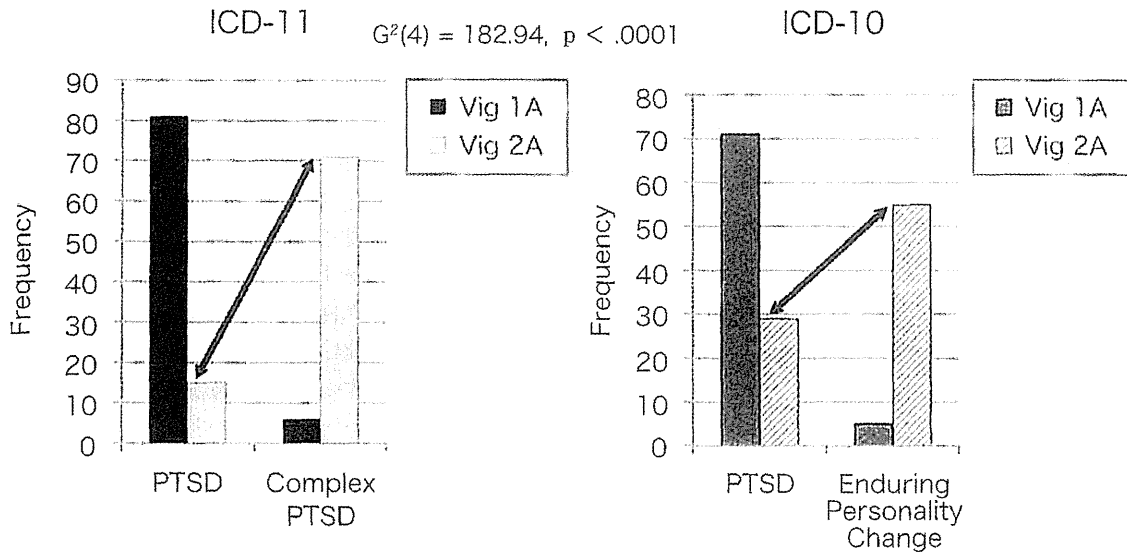


図2 PTSDと複雑性PTSD (WHO資料より引用)

おりでないことが判明したため、記述の再検討と修正が求められる結果となった。ほかには、vignetteによっては「ストレスと特に関連する障害」に含まれる障害のさまざまな診断が下されたものもあり、診断ガイドラインの再検討が必要な箇所が明らかになった。

このような結果をふまえ、clinic-basedのフィールド・トライアルではより改善された診断ガイドラインが用いられることになる。

## 8 第16回World Congress of Psychiatryのマラソンシンポジウムについて

2014年9月14～19日までマドリッドで第16回World Congress of Psychiatryが開催されたが、そこでもICD-11のマラソンシンポジウムが開催されたので紹介したい。

1. WHOICD-11「精神と行動の障害」の動向について

2. WHO臨床実践グローバルネットワーク：世界の10,000人の臨床家は「精神および行動の障害」の分類に何を言わなければいけないのか

3. ICD-11への提案とエビデンス：神経認知障害、破壊的行動および反社会性障害、哺育と摂食障害、および衝動制御の障害

4. ICD-11への提案とエビデンス：統合失調症スペクトラムおよび一次性精神病性障害、気分障害、不安障害、およびプライマリケアでの障害

5. ICD-11への提案とエビデンス：強迫および関連障害、ストレスと特に関連する障害、身体苦悩障害、および解離性障害

6. ICD-11への提案とエビデンス：物質使用障害および関連状態

7. ICD-11における性障害の分類とセクシャルヘルス

これらのシンポジウムでICD-11の最新動向が報告され、各障害の問題点などが指摘された。これらのシンポジウムで使用されたスライドは今後、上述のGCPNのウェブサイトで見ることができる予定である。

## 9 今後の予定

今後はGCPNのInternet-basedフィールド・トライアルとclinic-basedフィールド・トライアルが行われる予定であり、今の予定では2015年末までにそれらを終える予定である。Internet-basedフィールド・トライアルだけでも16あり、おおむね毎月1つのカテゴリーの

フィールド・トライアルが行われる予定である。

「特にストレスと関連する障害」では日本の回答には文化的な差異も出ている。一方通行のDSM-5と異なり、ICD-11は現時点でも各臨床家の意見が反映できるいわば双方型の改訂のプロセスをとっている。ICD-11にわが国の意見を反映するためにも是非ともGCPNおよびclinic-basedのフィールド・トライアルへの参加協力をお願いしたい。

#### 文献

- 1) 丸田敏雅：ICD-11の直近の動向—線形構造草案を中心に。精神神経学雑誌 116：46-53, 2014
- 2) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森真喜雄：ICD-11作成の最新動向。臨床精神医学 41：521-526, 2012
- 3) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森真喜雄：ICD-11作成の動き。精神神経学雑誌 110：813-818, 2008
- 4) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森真喜雄：ICD-11作成の動き。精神神経学雑誌 113：309-332, 2011
- 5) World Health Organization : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. WHO, Geneva, 1992
- 6) World Health Organization (<http://www.global-clinicalpractice.net/ja/>)
- 7) World Health Organization (<http://www.global-clinicalpractice.net/en/>)

\* \* \*

特 集

老年精神医学と DSM-5

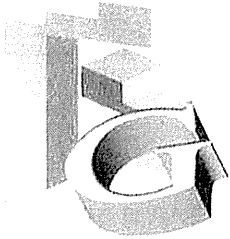
## ICD-11 の動向

—— 老年期の精神障害の改訂状況を中心に ——

丸田敏雅・松本ちひろ

## 特集

## 老年精神医学とDSM-5



## ICD-11の動向

—— 老年期の精神障害の改訂状況を中心に ——

丸田敏雅, 松本ちひろ

## 抄録

WHOはICD-11の作成作業を行っているが、当初、世界保健総会での承認が2015年に予定されていたが、作業の遅れから最も新しい予定ではこれが2017年に変更された。現在、「精神と行動の分野」でも改訂作業が行われている。本稿では、この「精神と行動の分野」、とくに老年期の精神障害の作成状況について概説し、すでに草案が発表されているICD-11プライマリヘルスケア版についてふれた。今後、アルツハイマー病による認知症、前頭側頭型認知症、レビー小体病を伴う認知症および血管性認知症の4大認知症と呼ばれる認知症がどのように分類され、どのような診断ガイドラインが作成されるのか、また、軽度認知障害をどのように取り扱うのか興味深いところである。

Key words : ICD-11, classification, neurocognitive disorders, primary care, diagnostic criteria

老年精神医学雑誌 25 : 895-898, 2014

## はじめに

世界保健機関 (World Health Organization ; WHO) が進めている第11回国際疾病分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision ; ICD-11) の作成作業は、当初、世界保健総会 (World Health Assembly) の承認が2015年に予定されていたが、作業の遅れから最も新しい予定ではこれが2017年に変更された。現在、「精神と行動の分野」でも改訂作業が行われている。

本稿では、この「精神と行動の分野」、とくに老年期の精神障害の作成状況について概説し、すでに草案が発表されているICD-11プライマリヘルスケア版についてふれたい。

## ICD-11 作成の組織構造

WHOのなかに分類改訂委員会 (Update & Revision Committee) という組織があり、そのもとに改訂運営委員会 (Revision Steering Group) が設けられている。改訂運営委員会の下位組織には各分野の改訂を行う分野別専門委員会 (Topical Advisory Group ; TAG) がおかれている。このうち精神分野については、精神部門のTAGは、「ICD-10精神および行動の障害の改訂のための国際アドバイザー・グループ (International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioral Disorders)」と命名され、さらにその下位組織としてCoordination GroupとWorking Groupがおかれている<sup>1)</sup>。当初、Coordination Groupには4つのGroupがあったが、現在活動をしているのはField Study Coordination Groupのみである。また、Working Group (WG) は下記のような14のGroupがある。座長を括弧内に

Toshimasa Maruta, Chihiro Matsumoto : 東京医科大学精神医学分野  
〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-7-1

表1 ICD-11 プライマリヘルスケア版の概略

原 語	和訳 (仮)
1. Intellectual development disorder	知的障害
2. Autism spectrum disorder	自閉症スペクトラム障害
3. Specific learning disability	特定の学習障害
4. Attention deficit/hyperactivity disorder	注意欠陥/多動性障害
5. Conduct disorder (including oppositional-defiant disorder)	素行障害 (反抗挑戦性障害を含む)
6. Problems of bladder and bowel control	膀胱および/または直腸コントロールの問題
7. Acute psychotic disorder	急性精神病性障害
8. Persistent psychotic disorders	持続性精神病性障害
9. Bipolar disorder	双極性障害
10. Anxious depression	不安性抑うつ
11. Depressive disorder	うつ病性障害 (抑うつ性障害)
12. Anxiety disorder	不安障害
13. Health anxiety	健康不安
14. Post traumatic stress disorder	外傷後ストレス障害
15. Bodily stress syndrome	身体ストレス障害
16. Dissociative disorder	解離性障害
17. Acute stress reaction	急性ストレス反応
18. Self harm	自傷
19. Sexual problems (male)	性的問題 (男性)
20. Sexual problems (female)	性的問題 (女性)
21. Sleep problems	睡眠の問題
22. Eating disorders	摂食障害
23. Alcohol use disorders	アルコール使用障害
24. Drug use disorders	薬物使用障害
25. Tobacco use disorders	タバコ使用障害
26. Personality disorders	パーソナリティ障害
27. Dementia	認知症
28. Delirium	せん妄

(丸田敏雅, 中根秀之, 松本ちひろ: 国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究. 平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金 (障害者対策総合研究事業)「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究 (研究代表者: 竹島正)」平成 24 年度総括・分担研究報告書, 65-68, 別冊「ICD-11 プライマリヘルスケア版, 提案された各カテゴリの記述草案」(2012 年 2 月現在), 2013)

示す。また、各 WG は、男女比や地政学的考慮もなされた 10~15 人のメンバーから構成されている。

- ①プライマリ・ケア (Goldberg D)
- ②児童および思春期 (Rutter M)
- ③知的および発達障害 (Salvador L)
- ④精神病性障害 (Gaebel W)
- ⑤気分および不安障害 (Maj M)
- ⑥ストレス関連障害 (Maercker A)
- ⑦強迫および関連障害 (Stein D)
- ⑧身体的苦痛&強迫性障害 (Gureje O)

- ⑨物質関連および嗜癖 (Ray R)
- ⑩神経認知障害 (Krishnamoorthy E)
- ⑪パーソナリティ障害 (Tyrer P)
- ⑫性関連障害 (Cottingham J)
- ⑬哺育および摂食障害 (Claudino A)
- ⑭老年期 (Gunten A)

どのような障害が上位カテゴリーに包含されるかについての、線形構造 (Linear Structure) も作成されつつある<sup>3)</sup>。

表2 ICD-11 プライマリヘルスケア版における認知症の診断基準

表面化している訴え：

患者/身は、もの忘れや気分の落ち込みを訴えることがある。

患者の家族は、患者における記憶力の低下、性格または行動上の変化、不衛生を訴えたり、より重篤な病態では、混乱、徘徊、失禁などの症状を訴えたりすることもある。

臨床記述：

認知症は、脳細胞損傷の臨床症状であり、変性過程、脳卒中または代謝要因により引き起こされるものである。

診断に必要な症状：

認知的変化：中核的症候は、記憶における問題である。最近の出来事の回想を含め、新たな情報の学習における困難と、かつて学習した情報回想の困難（記憶喪失）の両方が考えられる。

関連症候：

失語（表出性または受容性）、失行（感覚および運動器官が損なわれていないにもかかわらず、着衣などの行為が遂行できない）および失認（身近な人やものを認識できない）が、他の認知症候に含まれる。

行動上の問題には、騒がしさ、落ち着きのなさ、徘徊や迷子、失禁、脱抑制による反社会的かつ不適切な行動、興奮、ベッドを抜け出すもしくはベッドにこもる、などが挙げられる。料理、買い物、外出やお金の支払いなど日常生活に影響が及ぶこともある。

精神症状には、気分の落ち込み、猜疑心、妄想思考（他人に害される、または物を盗まれる）、幻覚、眠りが妨げられる、徘徊、無感情もしくは不安が挙げられる。

認知症の一般的な要因は：

- ・アルツハイマー病（漸進的かつ進行性の過程）
- ・血管性認知症（段階的過程をたどり、高血圧と関連する）
- ・パーキンソン病

下記が認知症の要因となっていれば、治療による回復が見込める：

- |   |                   |
|---|-------------------|
| ・抑うつ——気分の落ち込みが持続的かつ顕著で、記憶と集中の問題を伴う場合          | ・肝機能不全——回復の可能性がある |
| ・ビタミン B <sub>12</sub> および葉酸の欠乏                | ・硬膜下血腫            |
| ・コルサコフ症候群（チアミン欠乏による深刻な短期記憶の問題で、アルコール依存症にみられる） | ・脳腫瘍              |
| ・うっ血性心不全                                      | ・正常圧水頭症           |
| ・尿毒症——回復の可能性がある                               | ・HIV 感染           |
|   | ・神経梅毒             |
|   | ・処方薬またはアルコール      |

鑑別診断：

- ・軽度の認知機能障害（mild cognitive impairment ; MCI）：記憶に機能障害があっても、仕事や社会生活を送るうえで支障をきたさない
- ・加齢に伴い通常認められる記憶の機能低下

（丸田敏雅，中根秀之，松本ちひろ：国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究，平成24年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究（研究代表者：竹島正）」平成24年度総括・分担研究報告書，65-68，別冊「ICD-11 プライマリヘルスケア版，提案された各カテゴリの記述草案」（2012年2月現在），2013）

## 2 診断ガイドラインとフィールドスタディ

精神分野に限っていえば、ICD-11 本体のほかに、ICD-10 同様、「臨床記述と臨床ガイドライン」「プライマリヘルスケア版」「研究用診断基

準」の3つが作成される予定である。

実際に診断に用いられる診断ガイドライン草案は上記のWGで作成されている。今回のフィールドスタディは、①臨床実践グローバルネットワーク（Global Clinical Practice Network ; GCPN）

というネットワークによるもの、②実際の患者様の協力を仰いで行うもの、の2段階を予定している。

GCPNによるフィールドスタディは、英語、フランス語、スペイン語、アラビア語、ロシア語、中国語の6つのWHO公用語のほかに、日本語とドイツ語でも行われている。

日本語では日本精神神経学会が中心となり、「特にストレスと関連する障害」と「哺育および摂食障害」がすでに行われた。

現在までにGCPN登録者は日本から約1,000人、全世界から約10,000人の精神保健関連の従事者が登録している。このGCPNによるフィールドトライアルは今後も引き続き行われる予定である。

### 3 老年精神医学にかかわる改訂について

神経認知障害と老年期のWGが診断ガイドラインの作成に取り組んでいるが、まだ公表されていない。神経認知障害のWGのメンバーは、神経学からのこの分野への貢献が精神医学よりも大きく、認知症はメモリークリニックなど精神科ではない診療科で診られている国々が多いという理由から、神経学の専門家から構成されている。このため、認知症自体も神経疾患の章に分類すべきであるという意見も強い。

WHO加盟国には先進国のように最先端の医療を行える国々ばかりではなく、そのような国々では現場で医療に従事するのが医師とは限らないなどの観点や、また、イギリスのような先進国でもプライマリ・ケアの場での診断や治療が重要であるという観点から、今回の改訂ではプライマリヘルスケア版(PHC)の作成が重要視された。

プライマリヘルスケア版の作成は、Goldberg教授を座長にICD-11作成の早い時期から開始された。表1はプライマリヘルスケア版に含まれる障害であり、表2は認知症の診断基準である<sup>2)</sup>。これらではDementiaという用語がまだ使用されているが、今後、他の版と歩調を合わせ変更される予定である。

### おわりに

ICD-11の老年期の認知症を含む精神障害の診断分類や診断ガイドラインはまだ公表されていない。アルツハイマー病による認知症、前頭側頭型認知症、レビー小体病を伴う認知症および血管性認知症の4大認知症と呼ばれる認知症がどのように分類され、どのような診断ガイドラインが作成されるのか、また、軽度認知障害をどのように取り扱うのか興味深いところである。

これらについては情報が明らかになり次第、また報告したいと思う。

### 文 献

- 1) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森真喜雄: ICD-11作成の動き. 精神経誌, 110 (9): 813-818 (2008).
- 2) 丸田敏雅, 中根秀之, 松本ちひろ: 国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究. 平成24年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究(研究代表者: 竹島正)」平成24年度総括・分担研究報告書, 65-68, 別冊「ICD-11プライマリヘルスケア版, 提案された各カテゴリの記述草案」(2012年2月現在)(2013).
- 3) 丸田敏雅: ICD-11の直近の動向; 線形構造草案を中心に. 精神経誌, 116 (1): 46-53 (2014).

## ICD-11 の直近の動向 ——線形構造 (Linear Structure) 草案を中心に——

丸田 敏雅

今回、ICD-11 の 2013 年 5 月 22 日現在の線形構造 (Linear Structure) 草案が発表されたので、それについて概説した。この線形構造草案での大きな変更点は、「睡眠障害」と「性関連障害」は「精神および行動の障害」には含まれないことになった点である。つまり、WHO は「睡眠障害」と「性関連障害」を精神障害と見なさないことになった。また、認知症も症状はこの線形構造草案には分類されているが、アルツハイマーや脳血管性などの認知症そのものの分類は「精神および行動の障害」には含まれないことになった。線形構造草案の大分類で分類されているのは、神経発達障害、会話と言語の障害、統合失調スペクトラムおよび他の一次性的精神病性障害、カトニア、双極性および関連障害、抑うつ性障害、不安および恐怖関連障害、強迫性および関連障害、ストレスと特に関連する障害、解離性障害、身体苦悩性障害、および他のどこにも分類されない障害や疾病と関連する心理的および行動的な因子、哺育および摂食障害、排泄障害、物質中毒、物質の有害な使用、物質依存、物質離脱症候群、物質誘発性精神および行動の障害、衝動制御の障害、破壊的行動および非社会的障害、パーソナリティの障害、パラフィリア、虚偽性障害、神経認知障害、および他のどこにも分類されない障害や疾病で精神および行動の障害に関連するものの 25 の上位カテゴリーである。また、WHO は臨床実践グローバルネットワーク (GCPN) というネットワークを構築し現在作業を進めているが、これについても紹介した。

<索引用語：ICD-11, 診断分類, 診断基準>

### はじめに

第 11 回国際疾病分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision: ICD-11) の作業がようやくわが国の精神科医にも目に見える形で進みつつある。今回の「精神および行動の障害」の改訂では、① WHO 加入国の精神および行動の障害の疾病負荷の軽減、② clinical utility に焦点を絞る：世界中の最前線で活動しているヘルスワーカーの診断と治療を促進、③ 様々な分野の stakeholder と協力、④ 改訂作業からの製薬会社および商業的関与の排除、などが目的および理念として挙げられている。そして、WHO は今回の改訂が

clinical utility を改善する好機と捉えている<sup>6)</sup>。

### I. 線形構造 (Linear-Structure) 草案

今回、WHO から ICD-11 の 2013 年 5 月 22 日現在の線形構造 (Linear-Structure) 草案が発表されたので、それについて概説する。ここでいう線形構造とは、精神障害の大分類〔第 10 回国際疾病分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision: ICD-10)<sup>7)</sup>での F0~F9 に相当〕とそれらに含まれる各障害の大枠のことである。表 1 に線形構造草案の大分類を示す。

線形構造草案での大きな変更点は、「睡眠障害」



表1 ICD-11 線形構造草案の大分類

05 A	神経発達障害
05 B	会話と言語の障害
05 C	統合失調スペクトラムおよび他の一次性の精神病性障害
05 D	カタトニア
05 E	双極性および関連障害
05 F	抑うつ性障害
05 G	不安および恐怖関連障害
05 H	強迫性および関連障害
05 I	ストレスと特に関連する障害
05 J	解離性障害
05 K	身体苦悩性障害、および他のどこにも分類されない障害や疾病と関連する心理的および行動的な因子
05 L	哺育および摂食障害
05 M	排泄障害
05 N	物質中毒
05 O	物質の有害な使用
05 P	物質依存
05 Q	物質離脱症候群
05 R	物質誘発性精神および行動の障害
05 S	衝動制御の障害
05 T	破壊的行動および非社会的障害
05 U	パーソナリティの障害
05 V	パラフィリア
05 W	虚偽性障害
05 X	神経認知障害
05 Y	他のどこにも分類されない障害や疾患で精神および行動の障害に関係するもの

注：これらの日本語訳は仮訳である

と「性関連障害」は「精神および行動の障害」には含まれないことになった点である。つまり、WHOは「睡眠障害」と「性関連障害」を精神障害と見なさないことになった。

また、認知症も症状はこの線形構造草案には分類されているが、アルツハイマーや脳血管性などの認知症そのものの分類は「精神および行動の障害」には含まれないことになった。

## II. ICD-11 の構造

ICD-11 は紙媒体での提供のみならずデジタル媒体での提供が中心となることが改訂の早期から決定されていた。したがって、今までのように各分野別の障害が10個の枠組みにとらわれる必要

がなくなった。ICD-10では「精神および行動の障害」は、第V章ということで、ICD-11では「05」というコードがまず与えられた（第1レベル、ICD-10のFコードに該当）。次いでアルファベットが精神および行動の障害の大分類に使用されることとなった（第2レベル）。各障害のコードがその次に00~99までコードが準備され（第3レベル）、亜型分類や現在の状態にも同様に00~99までコードが準備され（第4レベル）、さらに下位分類が必要であれば第5レベルが用意されている（図1）。

## III. 個別のカテゴリーについて

### 1. 05 A 神経発達障害 (Neurodevelopmental disorders)

ここには、知的発達の障害、自閉症スペクトラムおよび関連障害、特異的学習障害、発達の運動調整障害、チック障害、注意欠陥障害、常同運動障害、親のアルコール暴露による神経発達の障害および他のどこにも分類されない神経発達の障害および疾患などが含まれている。しかし、詳細については現在も協議が続いている。

### 2. 05 B 会話と言語の障害 (Disorders of speech and language)

ここには、会話音声障害 (Speech sound disorder)、音声障害 (Voice disorder)、会話流暢性障害 (Speech fluency disorder)、表現性/受容性言語障害、表現性言語障害、社交コミュニケーション障害などが含まれている。しかし、詳細については現在も協議が続いている。

### 3. 05 C 統合失調症スペクトラムおよび他の一次性の精神病性障害 (Schizophrenia spectrum and other primary psychotic disorders)

ここには、統合失調症、統合失調感情障害、統合失調症型障害、急性および一過性精神病性障害、妄想性障害、他のどこにも分類されない障害や疾患による精神病性障害、物質誘発性精神病性

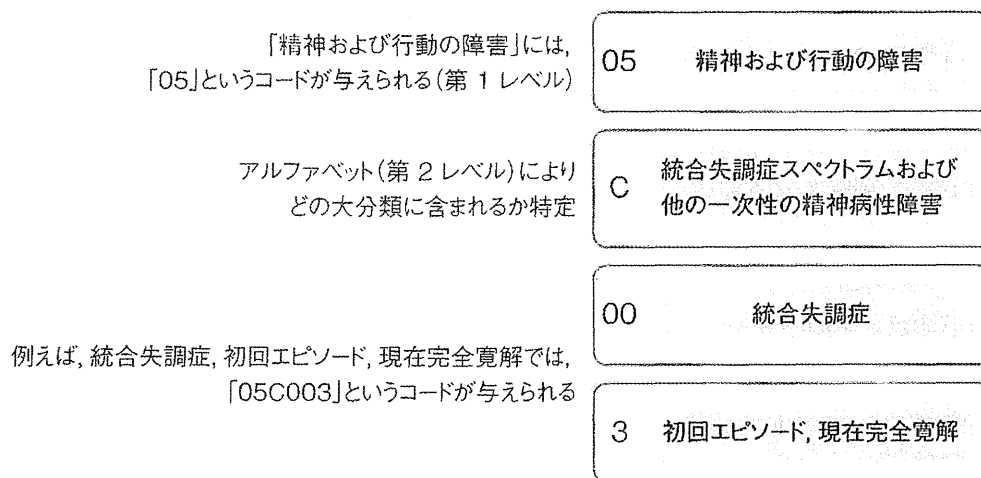


図1 ICD-11の階層的構造

障害が含まれる。感応性妄想性障害は有病率が非常に低く、妄想性障害との鑑別が困難ということから独立したカテゴリーは与えられず、妄想性障害の中に含まれることになった。米国精神医学会による診断と統計のためのマニュアル、第5版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition : DSM-5)<sup>1)</sup>のSection IIIのConditions for further studyに含まれているAttenuated psychosis syndromeについてはICD-11では採用されないこととなった<sup>2)</sup>。

また、伝統的に用いられてきた統合失調症の妄想型、破瓜型、緊張型の亜型についてはこれらは採用されず、第4レベルで、初回エピソード、現在急性エピソード、急性発症、初回エピソード、現在急性エピソード、潜行性発症、初回エピソード、現在部分寛解、初回エピソード、完全寛解、多重エピソード、現在急性エピソード、多重エピソード、現在部分寛解、多重エピソード、現在完全寛解、持続性の経過、特定不能という経過分類を用い、第5レベルで陽性症状を伴う、陰性症状を伴う、うつ症状を伴う、躁症状を伴う、精神運動症状を伴うおよび認知症状を伴う、というように分類される。

#### 4. 05 D カタトニア (Catatonia)

カタトニアはうつ病など他の障害でも認められる病態であるという見解から、「カタトニア」とし

て分類することになった。ここには、他の精神障害と関連するカタトニアおよび他のどこにも分類されない障害や疾患によるカタトニアが分類されている。

#### 5. 05 E 双極および関連障害 (Bipolar and related disorders)

当初、統合失調症と双極性障害を精神病性障害として、1つの群にすることも検討されたが、分子遺伝学的にこの2つの障害は近似しているという研究はあるものの、日常臨床では分子遺伝学的な視点を検討して診療している実態がないという反論があり、また、うつ病とは薬物療法をはじめとする治療法が異なるという意見が多数を占めた。この結果、うつ病と双極性障害を気分(感情)障害と一括りにするICD-10までの分類が見直され、よりclinical utilityを重視した、うつ病と双極性障害に独立した章を割りあてる分類が採用される予定である。

ここには、双極I型障害、双極II型障害、気分循環症、躁症状や混合症状を伴う他のどこにも分類されない障害や疾患による気分障害および躁症状や混合症状を伴う物質誘発性気分障害が分類された。

#### 6. 05 F 抑うつ性障害 (Depressive disorders)

ここには、うつ病エピソード、反復性うつ病性

障害、気分変調症、混合抑うつ不安障害、月経前不機嫌障害 (Premenstrual dysphoric disorder : PMDD)、うつ症状を伴う他のどこにも分類されない障害や疾患による気分障害およびうつ症状を伴う物質誘発性気分障害が分類された。PMDDは長年疾患単位として認知するかどうか議論がなされてきたが、今回の改訂ではカテゴリーが与えられた。DSM-5では1つのカテゴリーを与えられた不機嫌を伴う破壊的気分失調障害 (Disruptive mood dysregulation disorder : DMDD) については今回の草案では取り上げられていない。

#### 7. 05 G 不安および恐怖関連障害 (Anxiety and fear-related disorders)

ここには、全般性不安障害、パニック障害、広場恐怖、特異的恐怖症、社交不安 (社会不安障害)、分離不安障害、選択的緘黙、他のどこにも分類されない障害や疾患による不安障害および物質誘発性不安障害が含まれる。分離不安障害や選択的緘黙は、今まで幼児期、小児期および思春期の障害に含まれていたが、今回からは不安および恐怖関連障害の中に分類されることになった。

#### 8. 05 H 強迫性および関連障害 (Obsessive-compulsive and related disorders)

ここには、強迫性障害、身体醜形性障害、Olfactory reference disorder、心気症 (疾病不安障害)、トゥレット障害、一次性あるいは特発性慢性運動性/音声チック、溜め込み障害 (Hoarding disorder)、身体焦点性反復性運動障害、他のどこにも分類されない障害や疾患による強迫性障害が分類された。心気症 (Hypochondriasis) という呼称には stigma をはらんでいるという理由から、疾病不安障害 (Illness anxiety disorder) という呼称に変更される予定であるが、心気症は、後述する「05 K 身体苦悩性障害、および他のどこにも分類されない障害や疾患と関連する心理的および行動的な因子」にも分類されており、これをどこに分類するかについては現在協議中である。

また、トゥレット障害、一次性あるいは特発性

慢性運動性/音声チックは今まで、幼児期、小児期および思春期の障害に含まれていたが、今回からここに分類された点も大きな変更点である。

#### 9. 05 I ストレスと特に関連する障害 (Disorders specifically associated with stress)

ここには、外傷後ストレス障害、複雑外傷後ストレス障害、遷延性悲嘆障害、適応障害、反応性アタッチメント障害および脱抑制社会エンゲージメント障害が含まれる。DSM-5には、複雑外傷後ストレス障害というカテゴリーはなく、一方、急性ストレス障害は存続した。

急性ストレス反応で認められる症状は、時に薬物療法が使用されるかもしれないが疾病というよりは正常な反応であるという意見が多く、今回疾病コードは与えられなかった。また、複雑心的外傷後ストレス障害は、外傷後ストレス障害と破局的体験後の持続的パーソナリティ変化が加わった病態であり、今回このような名称が与えられた<sup>3)</sup>。

#### 10. 05 J 解離性障害 (Dissociative disorders)

ここには、運動や感覚の解離性障害、認知解離性障害、混合性解離障害および他のどこにも分類されない障害や疾患による解離性障害が分類された。

ICD-10では解離性 (転換性) 障害とカッコ書きされていた転換性障害については、どこに位置づけられるのか協議されている模様である。

#### 11. 05 K 身体苦悩性障害、および他のどこにも分類されない障害や疾患と関連する心理的および行動的な因子 (Bodily distress disorders, and psychological and behavioural factors associated with disorders or diseases classified elsewhere)

ここには、身体苦悩障害、重症身体苦悩障害、心気症 (疾病不安障害)、および他のどこにも分類されない障害や疾患と関連する心理的および行動的な因子が分類された。

ICD-10の身体表現性障害が身体苦悩障害

ルで、せん妄、精神病性障害、気分障害、不安障害、性機能不全などが特定され、第4レベルで物質を特定するような構造になっている。この物質にはニコチンは含まれていない。

#### 19. 05 S 衝動制御の障害 (Impulse control disorders)

ここには、病的賭博、病的放火（放火癖）、病的窃盗（窃盗癖）、強迫的性行動障害および間欠性爆発性障害などが含まれる。

#### 20. 05 T 破壊的行動および非社会的障害 (Disruptive behaviour and dissocial disorders)

ここには、反抗挑戦性障害、素行/非社会的障害などが含まれる。これらは今までは、小児期または思春期の障害の中で分類されていたが、今回の改訂ではそこから抜け出た。

#### 21. 05 U パーソナリティの障害 (Disorders of personality)

ここでは、第3レベルで軽度、中等度および重度を分類することになり、第4レベルで否定的な感情のドメインの傾向を伴うもの、非社会的なドメインの傾向を伴うもの、抑制的ドメインの傾向を伴うもの、強迫的ドメインの傾向を伴うもの、デタッチ的ドメインの傾向を伴うものを特定する構造になっている。DSM-5ではDSM-IV-TRがそのまま踏襲されたので、今後変更が加えられるかもしれない。

#### 22. 05 V パラフィリア (Paraphilic disorders)

ここには、露出性障害、窃視性障害、小児性愛性障害、強制的 (Coercive) サディスティック障害、窃触性障害などが含まれる。

#### 23. 05 W 虚偽性障害 (Factitious disorders)

ここには、自己を課する虚偽性障害と他者に課する虚偽性障害が含まれる。

#### 24. 05 X 神経認知障害 (Neurocognitive disorders)

ここでは第3レベルで、せん妄、持続性健忘症候群、軽度認知障害、認知症症候群、脳震盪後症候群が特定され、第4レベルで、軽度、中等度および重度が分類される構造になっている。先にも述べたが、アルツハイマーや脳血管性などの認知症そのものの分類は「精神および行動の障害」には含まれないことになった。

#### 25. 05 Y 他のどこにも分類されない障害や疾患で精神および行動の障害に関するもの (Mental behavioural disorders associated with disorders or diseases classified elsewhere)

ここには、「どこにも分類されない障害や疾患で精神および行動の障害に関するもの」が分類されることになる。

### IV. 日本精神神経学会の取り組み

現在、日本精神神経学会はICD-11委員会を中心にICDの改訂作業に取り組んでいる<sup>5)</sup>。WHOは臨床実践グローバルネットワーク (Global Clinical Practice Network: GCPN) というネットワークを構築し現在作業を進めている。このGCPNのネットワークはWHOの6つの公用語の他、日本語とドイツ語で行われている。このため、WHOは日本からの貢献を大いに期待している。日本精神神経学会のホームページからこのネットワークへの参加が可能である。現在まで、「ストレスと特に関連する障害」のアンケート調査が行われており、今後も個別のカテゴリーについて引き続き行われる予定である。

WHOはICD-11のフィールド・トライアルを以下の3段階で行う予定である。① GCPNに登録した協力者にアンケートを送付、② 事例を用いてフィールド・トライアル (初期の診断基準を実際の患者に施行するには負担が重すぎるため)、③ 診断基準を改定し、実際の患者様に協力いただくフィールド・トライアル、である。