

(bodily distress disorder) と呼称変更された。ICD-10 の身体表現性障害には、身体化障害、鑑別不能型身体表現性障害、心気障害、身体表現性自律神経機能不全、持続性身体表現性疼痛障害、他の身体表現性障害および身体表現性障害、特定不能などが分類されていたが、今回の草案では「身体表現性 (somatoform)」や「身体化 (somatization)」などの用語は見あたらない。

一方、DSM-5 では、このカテゴリーに該当するものは、「身体症状および関連障害 (Somatic symptom and related disorders)」となっており、そこに転換性障害も含まれている⁴⁾。

12. 05 L 哺育および摂食障害 (Feeding and eating disorders)

ここには、神経性無食欲症、神経性大食症、むちゃ食い障害、回避的/制限的食物摂取障害 (avoidant/restrictive food intake disorder)、異食症、反芻障害 (regurgitation disorder) などが含まれる。むちゃ食い障害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。

13. 05 M 排泄障害 (Elimination disorders)

ここには、遺尿症および遺糞症が含まれることになる。遺尿症には、夜間の遺尿症 (夜尿)、日中の遺尿症、夜間と日中の遺尿症の下位分類があり、遺糞症には、腸のコントロールの欠乏、汚れを伴った便秘、糞便の不適切な配置などが下位分類された。

14. 05 N 物質中毒 (Substance intoxication)

物質としては、アルコール、オピオイド、大麻、鎮静剤、睡眠剤あるいは抗不安薬、コカイン、アンフェタミンおよび他の精神刺激剤、カフェイン、幻覚剤、ニコチン、揮発性吸入剤、MDMA (エクスタシー) あるいは関連物質、ケタミン、PCP あるいは他の解離性薬物、他の特定された精神作用物質による、不明の物質などを特定するようになっている。第 4 レベルでは、外傷を伴う、

意図的な自己破壊を伴う、せん妄を伴う、発作を伴う、認知的欠陥を伴う、明らかな躁、うつあるいは混合状態を伴う、他の精神病症状を伴う、昏睡を伴う、他の医学的愁訴を伴う、臨床的に有意な他害に起因する物質誘発性の行動を伴うなどを特定するような構造になっている。

15. 05 O 物質の有害な使用 (Harmful use of substances)

物質としては、05 N 物質中毒と同じものが挙げられている。第 4 レベルでは、エピソード性のもの、反復性のもの、持続性のものを特定する構造になり、第 5 レベルで、外傷を伴った、意図的な自己破壊を伴う、他の身体的健康を害するものを伴う、メンタルヘルスを害するものを伴う、臨床的に有意な他害に起因する物質誘発性の行動を伴うなどを特定するような構造になっている。

16. 05 P 物質依存 (Substance dependence)

物質としては、05 N 物質中毒と同じものが挙げられている。第 4 レベルで、持続的使用、初期の部分寛解、初期の完全寛解、持続性の (Sustained) 部分寛解、持続性の (Sustained) 完全寛解を特定し、第 5 レベルでアゴニストあるいはアゴニスト/アンタゴニストによる持続療法中、アンタゴニストあるいは嫌悪薬物による治療中、他の治療中、コントロールされた環境に置かれているなどを特定するようになっている。

17. 05 Q 物質離脱症候群 (Substance withdrawal syndrome)

物質としては、05 N 物質中毒の中で幻覚剤、MDMA (エクスタシー) あるいは関連物質、ケタミン、PCP あるいは他の解離性薬物以外のものが挙げられている。

18. 05 R 物質誘発性精神および行動の障害 (Substance-induced mental and behavioural disorders)

ここはまだ詳細が決まっていなかったが、第 3 レベ

おわりに

ICD はわが国の国家統計として採用されており、わが国の精神科医にも日々の臨床業務、司法分野および行政分野で幅広く使用されている。わが国の精神科医や精神医療の現場で働く人々の知見を得て、ICD-11 がよりわが国で有益に使用されるために上記の GCPN には多くの方が参加していただきたいものである。

注：本稿での線形構造の中での大分類名およびそれらに含まれる各障害名の日本語訳は仮訳である。

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, Fifth Edition. American Psychiatric Association, London, Washington, D. C., 2013
- 2) Gaebel, W. : Status of psychotic disorders in ICD-

11. Schizophr Bull, 38 ; 895-898, 2012

3) Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., et al. : Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet*, 381 (9878) ; 1683-1685, 2013

4) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森真喜雄 : ICD-11 および DSM-5 における身体表現性障害の動向. *こころの科学*, 167 (1) ; 19-22, 2012

5) Maruta, T., Matsumoto, C., Kanba, S. : Towards the ICD-11 : Initiatives taken by the Japanese Society for Psychiatry and Neurology to address needs of patients and clinicians. *Psychiatry Clin Neurosci*, 67 ; 283-284, 2013

6) Reed, G. M., Mendonça Correia, J., Esparza, P., et al. : The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. *World Psychiatry*, 10 ; 118-131, 2011

7) World Health Organization : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. World Health Organization, Geneva, 1992

Recent Development of the ICD-11 Focusing on the Draft of Its Linear Structure

Toshimasa MARUTA

Department of Psychiatry, Tokyo Medical University

I overviewed the draft of the linear structure (22nd May, 2013) of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision.

In this draft, sleep and sexual disorders were not included in mental and behavioural disorders. The World Health Organization decided not to regard them as mental disorders. The primary classification of neurocognitive disorders was also not included in mental and behavioural disorders.

In the draft of the linear structure, 25 major categories were classified : neurodevelopmental disorders, disorders of speech and language, schizophrenia and other primary psychotic disorders, catatonia, bipolar and related disorders, depressive disorders, anxiety and fear-related disorders, obsessive-compulsive and related disorders, disorders specifically associated with stress, dissociative disorders, bodily distress disorders, and behavioural factors associated with disorders or diseases classified elsewhere, feeding and eating disorders, elimination disorders, substance intoxication, harmful use of substances, substance dependence, substance withdrawal syndrome, substance-induced mental and behavioural disorders, impulse control disorders, disruptive behaviour and dissocial disorders, disorders of personality, paraphilic disorders, factitious disorders, neurocognitive disorders, and mental and behavioural disorders associated with disorders or diseases classified elsewhere.

I also introduced the Global Clinical Practice Network (GCPN), which is now being organized by the WHO to carry out field studies for the ICD-11. Over 700 members of the Japanese Society for Psychiatry and Neurology (JSPN) have registered in the GCPN. The ICD-11 committee of the JSPN is very actively building the GCPN and revising the ICD.

<Author's abstract>

<Keywords : ICD-11, diagnostic classification, diagnostic criteria>

DSM-5 の最新動向

松本 ちひろ

2013年5月に第166回米国精神医学会議が開催され、発刊を迎えたDSM-5に関し多数のセミナーやシンポジウムが開催された。本稿では、わが国においても広く用いられてきたDSM-5の前身にあたるDSM-IV-TRからの変更点を中心にDSM-5に関する最新情報を紹介した。DSM-IV-TRからの大きな変更点として、統合失調症の亜型分類廃止、双極性障害における特定用語の対象となる臨床症状の増加、抑うつ性障害における死別基準の除外基準の削除、広汎性発達障害の再概念化などを紹介した。またこれらの変更点から、カテゴリカルからディメンショナルな診断への移行、それに伴う特定用語 (Specifier) の多用、医師の裁量拡大が全体の傾向として挙げられた。また、DSM-5作成に際し寄せられた批判を紹介するとともに、今後診断分類システムに求められるあり方について考察した。

<索引用語：DSM-5, 分類, 診断基準>

はじめに

2013年5月18日から22日にかけて、第166回米国精神医学会議 (以下、APA総会) がサンフランシスコにおいて開催された。2008年より改訂活動が本格的に行われてきたDiagnostic and Statistical for Mental Disordersの第5版 (以下、DSM-5^{2,3)}) が本学会において発表され、それに発刊に際し、その前身であるDSM-IV-TR¹⁾からの変更点や改訂作業のプロセスについて多数のセミナーやシンポジウムが開催された。筆者は第109回精神神経学会総会開催直前に、このAPA総会に参加しており、DSM-5に関する最新情報を紹介した。

I. 全体の構成

周知のとおりDSM-IV-TRまでDSMは多軸診断を採用しており、それに沿った形での構成となっていたが、DSM-5はこの多軸診断を採用しない方向性を以前より表明していた。DSM-5発刊まで代替案となる構成は具体的に示されておら

表1 DSM-5の構成

セクション	内容
Section I	DSM-5の基本的情報
Section II	「本体」; DSM-IV-TRのI軸, II軸に相当
Section III	“Emerging measures and models” <ul style="list-style-type: none"> • 今後さらに研究が必要な病態 (IVではAppendixに収録) • パーソナリティ障害診断の新モデル
Appendix	旧コードとの比較, 索引

ず、その全体像はAPA総会において初めて紹介された (表1)。これはSection I～IIIに加え、AppendixとIndexからなるものであり、各Sectionの役割はDSM-IV-TRにおける軸のそれと大きく異なる。

まず、Section IはDSM-5に関する基本的情報にふれる部分である。Section IIはDSM-5の本体部分にあたるものであり、DSM-IV-TRの第1軸、第2軸となっていた部分に相当する。疾患単位として扱う定義や診断基準が収録されている。

Section IIIはEmerging Measures and Models

表2 DSM-5の大分類

原文	日本語（注：仮訳）
A. Neurodevelopmental disorders	神経発達障害
B. Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders	統合失調症スペクトラムおよび他の精神病性障害
C. Bipolar and related disorders	双極性障害とその関連障害
D. Depressive disorders	抑うつ性障害
E. Anxiety disorders	不安障害
F. Obsessive-compulsive and related disorders	強迫性障害とその関連障害
G. Trauma and stressor related disorders	トラウマとストレス関連障害
H. Dissociative disorders	解離性障害
J. Somatic symptom and related disorders	身体症状とその関連障害
K. Feeding and eating disorders	哺育と摂食の障害
L. Elimination disorders	排泄障害
M. Sleep-wake disorders	睡眠-覚醒障害
N. Sexual dysfunctions	性機能不全
P. Gender dysphoria	性別違和（性同一性障害）
Q. Disruptive, impulse control, and conduct disorders	破壊的、衝動制御および行為障害
R. Substance-related and addictive disorders	物質関連と嗜癖の障害
S. Neurocognitive disorders	神経認知障害
T. Personality disorders	パーソナリティ障害
U. Paraphilic disorders	性的倒錯
V. Other disorders	その他の障害

と題されており、DSM-IV-TR までの「今後の研究のための基準案と軸（Appendix B）」に相当する部分と表現できるかもしれない。Section IIIは、タイトルが示すとおり、Section IIには収録しなかったものの、今後のさらなるDSM発展に向けた展望が記述されている箇所である。内容は多岐にわたる。従来の「今後さらに研究が必要な状態（例：APS、自傷行為）」に加え、パーソナリティ障害診断の代替モデル（詳細後述）、GAFに代わる機能評価尺度もSection IIIで紹介されている。なお、このSection IIIは、Desk Reference（簡易版）には収録されておらず、今後のDSMのあり方を考える上で興味深い一方、日常臨床の際参照にされるのはDesk Referenceとなりがちな現状を考えると、一般の精神科医にどの程度この取り組みが認知されるのかは未知数である。

II. 各 論

DSM-5の大分類は表2に示したとおりであるが、本稿では紙面の都合上、表中に太字で示した章に絞り詳細を紹介する。なお、診断名および章

名の日本語訳については、日本精神神経学会に2012年に発足した病名検討連絡会内で検討が重ねられている。草案の公開やパブリックコメントの募集を経て、共通して使用すべき日本語訳のガイドラインが作成される見通しであり、本稿では旧表記や各分野で慣習的に使用されてきた表記を使用した。また、日本語訳が難渋している一部の診断名（e.g. APS, DMDD）については、原語表記のままとした。

1. 統合失調症スペクトラムおよび他の精神病性障害について

統合失調症においては、まず亜型の廃止が大きな変更点として挙げられる。また緊張病は、精神病性障害に限らず広くみられることから独立した疾患単位となり、統合失調症に伴って症状がみられる場合には特定用語（Specifier）として記述されるようになった。診断基準に関しては、エビデンスが十分でないとの根拠からシュナイダーの1級症状が低格化された。早期発見と早期治療のメリットから診断カテゴリーへの採用が検討されて

いた Attenuated Psychosis Syndrome は、今回の改訂では Section III への収録が決定した。統合失調感情障害に関しては、DSM-IV-TR 作成時と比較し、より縦断的な視点を重視する姿勢が示されており、あくまでも横断的な診断を重視する ICD-10 と、将来的には ICD-11 との概念的整合性に注視が必要となる。

2. 双極性障害とその関連障害について

今回の改訂で、双極性障害は、気分障害の枠を離れて独立した章となった。今回の改訂では双極性障害に限らず特定用語の多様が目立ち、I 型については使用可能な特定用語は 10 にものぼる (例: with anxious distress, with mixed features, with rapid cycling, etc.)。また混合性の特徴が特定用語となったことで、I 型、混合性エピソードの診断はなくなった。

3. 抑うつ性障害について

抑うつ性障害に関しては、まず診断カテゴリーが 3 つ新設された。Disruptive mood dysregulation disorder, 持続性抑うつ性障害, 月経前不快気分障害である。Disruptive mood dysregulation disorder は児童思春期における双極性障害の過剰診断への懸念から、かんしゃくと抑うつ気分を臨床症状とする病態を扱う疾患単位として新設された。持続性抑うつ性障害は、カテゴリーとしては新設であるが、DSM-IV までの慢性大うつ病性障害と気分変調症に相当する病態を扱うものである。月経前不安障害は DSM-IV-TR まで今後さらに研究を要する病態として扱われていたが、今回の改訂で独立した疾患単位となった。

新設されたカテゴリーの他に大きな変更点としては、死別体験の除外基準の削除が挙げられる。健全な死別体験後の悲嘆反応が精神障害で扱われるかのような解釈から多数批判があったが、これは抑うつ状態に合致する悲嘆反応をすべて抑うつエピソードとするわけではなく、医師の判断により抑うつ状態がみられ治療の必要がみとめられる個人を対象とすることが注意書きとして明記された。

4. 不安障害について

不安障害の章は、強迫性障害や PTSD が他の章に移ったことで、従来よりもコンパクトになった。診断基準に関連する部分では、恐怖症 (特定のもの、社交場面ともに) の患者が体験する恐怖の程度が DSM-IV-TR までは患者自身が過剰であると自覚している必要があったが、DSM-5 では、その恐怖ないし不安は実際に状況から想定しうる程度を超えているとの医師の判断をもって診断されることとなった。

5. 強迫性障害とその関連障害について

上述の恐怖症患者がもつ不安ないし恐怖への自覚と関連し、強迫性障害とその関連障害において、Insight に関する特定用語が設けられた。これは、自らの強迫観念や、それに基づく行為が、どの程度非現実的ないし非合理的であるかを三段階 (Good, Poor, Absent/Delusional) で示すものである。この特定用語は、予後との関連性の強さから設けられた。

強迫性障害の章には、DSM-IV-TR まで身体表現性障害として扱われていた身体醜形障害が分類されることになったのに加え、Skin picking disorder とためこみ障害が障害カテゴリーとして新設された。

6. 身体症状とその関連障害について

この章は、DSM-IV-TR までの身体表現性障害に該当する。含まれる障害カテゴリーの数も、概念的に重複していた部分が見直され、より簡略となった。具体的には、身体表現性障害として扱われていた身体化障害、鑑別不能型身体表現性障害、疼痛性障害と一部の心気症が一本化され、身体面での症状が主訴であれば身体症状性障害として扱われることとなった。ただし、簡略とはいっても、この障害の対象となる患者の多様性を加味し、疼痛、症状の持続期間などの特定用語の活用により細やかな臨床上の記述を可能なものとした。従来的心気症で身体面での症状がなく、健康への不安が主訴である場合には、この身体症状性

障害は適用されず、Illness anxiety disorder と診断される。

7. 哺育と摂食の障害について

「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」の章が解体され、発症時の年齢ではなく臨床症状によりの確かな章への再編成が行われたことで、従来からの摂食障害が、より低年齢期の哺育の障害と同じ章内で扱われるようになった。DSM-IV-TR では本体に収録されていなかったむちゃ食い障害は、DSM-5 で診断カテゴリーとなった。診断カテゴリーへの採用にあたり、いわゆる食べ過ぎがちな人、自棄食いに走りやすい人が過剰に診断されるのではとの懸念があったが、DSM-5 実行委員会としては、厳密に診断基準が適用された場合有病率は1パーセント前後との見込みを発表した。

8. 神経認知障害について

認知機能障害の診断分類が、DSM-5 では大きく変わる。基本的アプローチとしては、まず臨床像で Major と Minor の二段階評価、考えられる病因の特定（例：アルツハイマー病、レビー小体病）、そして病因特定の確度の二段階評価（「〇〇病によるものの疑いあり」もしくは「おそらく〇〇病による」）から診断がなされることとなる。従来認知症と診断されてきた病態は、呼称が変わり Major Neurocognitive Disorder となる。軽度認知機能障害（Mild Cognitive Impairment：MCI）は近年概念として定着しつつも診断分類システムにおいて操作的診断基準が設けられていなかったが、今回の改訂に際し概念的な整理が行われ、Minor Neurocognitive Disorder として扱われることになった。またコーディングの対象となる主な病因も、血管性とアルツハイマー型の2種から大幅に増え、前頭側頭葉変性症、レビー小体型、プリオン病、パーキンソン病、ハンチントン病なども加えられることとなった。これら病因の特定に際しては、認知機能の低下がさほど進行していない Minor Neurocognitive Disorder も診断に加

わったことから、暫定的に病因が特定される場合は認知機能障害がその病因により引き起こされている可能性を Possible と、画像所見などからより確度が高く特定できる場合には Probable と診断することになる。

9. 神経発達障害について

従来自閉症、アスペルガー障害、広汎性発達障害 NOS など複数の疾患単位に分かれていたものが、自閉症スペクトラム障害（Autism Spectrum Disorder：ASD）として扱われることとなった。これらはそれぞれ独立した疾患単位ではなくなり、上述の診断をこれまで受けていたほとんどの個人は、今後 ASD と診断されることになる。「自閉症スペクトラム障害」の呼称が診断分類システムに導入されるのは DSM-5 が初めてであるが、発達障害の専門家間で、発達障害全般をスペクトラムと捉える考え方は長く支持されてきた。スペクトラムの語が示すとおり、ASD の診断を受ける患者はさらに、コミュニケーションと、限局的興味・関心と反復的行動の2つの領域における評価で、臨床像の記述がなされる。

アスペルガー障害は、近年国内でも認知度が高まってきた診断名である。これは、一部の患者の臨床像を記述する際の有用性から多用されるようになり、結果的に認知度が高まってきた疾患単位であった。しかし言語性 IQ を統制して他の病態と比較した際の独立性が十分でないとの理由から、今回の改訂では ASD に吸収される形になった。

複数の診断名を ASD に一本化するにあたり、精神障害の診断の閾値を満たす患者数が大幅に減るのではないかと懸念が、米国で大きな話題となった。DSM 実行委員会はこの懸念に対し、DSM-5 における ASD 診断基準は DSM-IV-TR の広汎性発達障害のそれと比較し、感度が向上している点を強調していた。具体的な例としては、DSM-IV-TR が3歳以前に症状表出を基準としているのに対し、DSM-5 では年齢への言及がなく「発達早期」との記述になっており、3歳以前の患

者の状態の把握が困難な場合でも診断可能な点が挙げられる。他の章の傾向とも共通し、医師の判断の裁量が拡大され、より柔軟な診断が可能となっている。

10. パーソナリティ障害について

最終的な見通しが昨年 APA 総会でも不透明であり、動向が注目されていたパーソナリティ障害であるが、結果としては DSM-5 におけるパーソナリティ障害は、DSM-IV-TR から一切の変更が加えられていない。しかし DSM-5 への収載を目標に構築され、これまで提唱されてきたパーソナリティの機能と特性の評価からなる診断モデルは、完全に否定されたわけではない。ワーキンググループは、DSM-5 発刊までにフィールドスタディの実施が叶わなかったため、Section II ではなく Section III への掲載となった経緯を明かした。

III. 全体の傾向

今回の学会で印象的であったのは、多数の演者が語った DSM-5.1 への展望、つまり次回改訂の際に一気に DSM-6 に向かうのではなく、DSM-5.1、DSM-5.2 とマイナーチェンジを重ねる構想である。これまで米国精神医学会は、米国の精神医学において絶大な影響力を誇っており、作成者の意図ではないにしろ DSM は精神医学における聖書であるかのように称されることも多々あった。この点は、今回 DSM の改訂にあたった実行委員会の誰もが自覚していたことであろう。この風潮を DSM 作成者自らが否定し、今後もさらなる発展が期待される“living document”の、1つの区切りがついた形としての DSM-5 を強調していた、と表現できる。

全体の傾向としては、最終的には保守的な判断がなされた傾向にも触れておきたい。いずれ主流となる見込みが十分にある案でも、エビデンスが不十分であれば Section II への採用は見送られ Section III に収載された。結果、Section II に時期尚早と思われる案はほぼ採用されなかった。期待したほど革新的でなかった、との批判があるかも

しれないが、過剰診断や過剰治療が危惧された Attenuated Psychosis Syndrome などが疾患単位とされなかった例などを考慮すると、改訂による悪影響を最小限に抑える判断がなされたといえる。

聖書としての DSM からの脱却という視点では、“clinical judgment (臨床医の判断)”という表現が多用されていた点にも着目したい。操作的診断基準を提供するという DSM の目的上、DSM-IV-TR までの診断基準は、可能な限り客観的な事実や指標が診断の根拠となるよう作成されていた。死別体験を経たという事実がうつ病性障害の診断除外基準であったこと、神経性無食欲症において BMI が厳密に規定されていたことなどが例に挙げられる。それらが今回の改訂ではやや緩和され、最終的な判断は臨床医の裁量に任せられることとなった。臨床実践における診断基準の独り歩きが見直されたという点は、評価されてもよいのではないだろうか。

IV. 今後の診断分類システムのあり方について

Living document としての DSM-5 を評価すべきと前項では述べたが、その反面、使用者により異なる解釈を許容するのは研究への使用上不都合であるとの批判もある。では、研究の分野において、どのような診断分類システムが望まれるのであろうか。

米国精神衛生研究所 (NIMH) は現在、分子遺伝学的観点からの診断分類を目指すプロジェクトである Research Domain Criteria (RDoC) に取り組んでおり、NIMH の代表である Insel 氏が 4 月下旬に DSM-5 を真っ向から否定するかのような発言を公的に行ったことが話題になった⁴⁾。臨床症状のみに依拠する診断方法には限界があり、まず DSM による診断分類ありきの研究の対象患者の選別や評価を否定したのである。

RDoC が目指すのはバイオマーカーによる精神障害の分類である。実現すれば、使用者の主観に左右されない診断分類が可能となり、今後の研究において望まれる診断分類システムのあり方に対する 1 つの回答ともなろう。また研究のみならず、

すべての精神障害が分子遺伝学的に説明される時代が到来すれば、RDoCが臨床においても用いられる診断分類システムとなるかもしれない。

おわりに

RDoC, もしくはそれに準ずる純然たるバイオマーカーベースの診断分類システムが確立されるまで, 精神障害の診断分類システムとは, それ自体が矛盾をはらむものである。臨床症状の操作的診断基準を中核とする診断分類システムは, 臨床において医師の判断を制約することになりかねず, 反対に診断基準が主観性を許容するものとなると, 研究での使用にあたり支障が生じる。前述のDSM-5全体の傾向とも関連し, DSM-5作成者がDSM-5を診断分類システムの完成形と捉えていない旨は先に述べた。DSM-5はそれ自体が聖書はおろか教科書でもなく, 的確な使用には前提条件として臨床的トレーニングと経験が必要であると明記されている。DSM-5に対し批判的意見を展開するのは容易であるが, ICD-11作成に向けた努力がまだ続けられている今日において, ど

ういった目的のためにどのような診断分類システムが適切であり, その達成のために何が必要であるか, 活発かつ建設的な意見交換が今後期待される。

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, Fourth Edition, Text Revision. American Psychiatric Association, Washington, D. C., 2000
- 2) American Psychiatric Association : Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5. American Psychiatric Association, Arlington, 2013
- 3) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Association, Arlington, 2013
- 4) Insel, T. : Transforming Diagnosis. Retrieved July 29, from : <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>

Latest Update on DSM-5

Chihiro MATSUMOTO

*Department of Psychiatry, Tokyo Medical University
Graduate School of Human Sciences, Sophia University*

The 166th annual meeting of the American Psychiatric Association was held in May 2013, where the long-awaited DSM-5 was released with a number of seminars and symposia organized. This review primarily focused on changes in DSM-5 from its predecessor, DSM-IV-TR. Examples of such changes include the removal of subtypes from schizophrenia, an increase in clinical presentations that are described by specifiers for bipolar disorders, the removal of exclusion criteria of bereavement from depressive disorders, and reconceptualization of pervasive developmental disorders. These changes seemed to collectively point to a transition from categorical to dimensional conceptualization of mental disorders, an increase in the use of specifiers, and increased reliance on clinical judgment. Criticism of DSM-5 was also introduced, followed by discussion on how diagnostic classification systems are expected to evolve.

< Author's abstract >

< **Keywords** : DSM-5, classification, diagnostic criteria >

ICD-11 と DSM-5

松本ちひろ

ICD-11 と DSM-5

松本ちひろ

Key words

ICD-11, DSM-5, diagnosis, classification

はじめに

米国精神医学会の作成する精神疾患の診断分類システムである Diagnostic and Statistical Manual の第 5 版 (以下 DSM-5)³⁾ が 2013 年 5 月に完成と発刊を迎え、本邦においても、今年 2014 年 6 月に日本語版が発刊された。一方で、世界的に広く用いられているもう一つの診断分類システムで、世界保健機関 (World Health Organization; WHO) の作成する国際疾病分類 (International Classification of Diseases and Related Health Problems; ICD) は、第 11 版作成に向けてまだ改訂作業が進行中である。DSM-5 の作成までのプロセスについては、既に他で紹介している¹²⁾。そのため、ここでは ICD-11 についての概略を、DSM-5 のあゆみと絡めて紹介する。

1. 両システムの相違点

我が国においては、世界的に用いられている二大診断分類システムと認識されているが、作成者、その目的等を比較すると、様々な意味で異なるシステムであることがわかる。まず ICD の作成者は WHO であり、WHO は「すべての人が可能な限り最高の健康な生活を送れること the attainment by all peoples of the highest pos-

sible level of health」をミッションとする²¹⁾。その構成員は WHO の加盟国であり、想定される ICD の使用者は精神科医のみならず、加盟国におけるあらゆる職種の広い意味での精神保健従事者ということになる。日本国内においては診断を行えるのが医師のみであるために、ICD の主たるユーザーも必然的に精神科医であるが、ICD は中低所得の加盟国でも用いられるため、心理士、ソーシャルワーカー、看護師なども使用者に想定する必要が出てくる。

一方 DSM を作成する米国精神医学会 (American Psychiatric Association; APA) は、その名が示す通り米国の精神科医で主に構成される団体である。診断と、治療や疫学情報の収集・管理等の診断から派生する種々の業務を担う職種が DSM のユーザーと想定されるわけだが、米国ないし北米を主たるマーケットとする DSM は、ICD に比べ、全精神保健従事者に対して精神科医の占める割合がはるかに高い²²⁾。自ずと、ICD と比較すると、ターゲットとするユーザー層はより狭く、精神医学に関する専門性がより高い精神保健従事者ということになる。

WHO と APA がそれぞれ ICD, DSM を作成・改訂する理由においても触れておく。WHO が ICD を改訂するのは、その政策決定機関 (governing agency) である世界保健総会 (World Health Assembly) が定期的な改訂を要請するからである。ICD は、端的には WHO の行う公共

MATSUMOTO Chihiro: Continuing efforts to develop the ICD-11 in the presence of the DSM-5
 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

事業の一環である。WHOは利益団体でないで、利益らしい利益を得る手段は持っておらず、ICDも情報そのものは無料で提供されている。WHOは公用語を規定しているで、それに該当する原語の翻訳版の作成もWHOの責務の一環に位置付けられており、これら公用語の翻訳版は英語同様に無料で提供されるものである。各国において印刷物を販売はしているが、これは実費に相当するものであり、著作権の状況は各国により異なるが、WHOの利益となるものではない。今回のICD-11作成に向けた改訂活動もWHAの要請によるものである。今回の改訂では、臨床的有用性の向上がICD-11の主眼とされているが、これは上述のユーザー層の幅広さとも関連し、精神科医を主たるユーザー層と想定したICD-10（特に「臨床記述と診断ガイドライン」²⁰⁾）への反省と、それ以外の多くの職種が精神保健に携わる中低所得国への配慮が背景の一因と考えられる。

対照的に、DSMはAPAが自主的に改訂を行っているものである。年々蓄積されるエビデンスを反映すべく、これまで改訂が繰り返されてきた。また、特にDSM-III以降は信頼性の担保が大きく期待されるようになり、DSMの改訂には、最新の知見の反映と信頼性の維持のバランスが求められてきた。今回の改訂も、日々蓄積されるエビデンスの取り入れと反映を目的したものであり、改訂活動が開始された1999年¹¹⁾からDSM-5完成と発刊までに、前回の改訂である1994年のDSM-IV²⁾発刊から結果的に20年が経過することとなった。また、DSMがAPAにとって大きな収入源となっていることにも触れておく必要があるだろう。DSMはICDと異なりパブリックドメインにはないため、DSMの販売はAPAの直接的な収入となり、また重要な活動資金源となっている。情報が古く、現代精神医学の実情に沿ったものでなければ売れなくなるのでAPAはDSMの定期的な改訂が不可欠であり、改訂版が出版されれば、時代に置き去りにされないために臨床家は改訂版を新たに購入する必要がある。DSMの改訂はAPAの金儲けのため

だと揶揄されることさえある⁸⁾が、DSMの改訂にこのような背景があるのは事実である。ただし、ICDよりもはるかに高価であるからこそ期待される質も高く、改訂作業に費やせるリソースが潤沢であるという一面もまた事実である。

2. タイムライン

DSM-5は2013年に発刊を迎えたわけだが、これは当初に予定されていた2012年から、1年遅れたものである⁴⁾。これに対しICD-11も、改訂作業開始の当初は2012年の完成を目指すこととなっていた。つまり、ICD-11とDSM-5とほぼ同時の発刊が予定されていたことになる。このことから、APAとWHO間で後述する通りハーモナイゼーションに向けて双方努力する姿勢が表明され、またユーザーのハーモナイゼーションへの期待も高まることとなった（ハーモナイゼーションについては次章にて詳述）。なお、ICD-11に関しては改訂活動全体の遅れから、完成予定時期の再度見直しが噂されていたが、2014年1月に、World Health Assemblyへの提出および承認が2017年5月となったことが公式に発表された。つまり、これまで公式とされてきた2015年5月の予定から2年遅れることとなる。

なお、ICDは精神科領域のみでなく他の領域をすべて対象とする診断分類であり、上述のタイムラインは全体版に設定されたものに過ぎない。「精神と行動の障害」領域における改訂活動は、他の領域の担当者（Bedirhan Üstün）と別の者（Geoffrey Reed）が指揮を執っており、「精神と行動の障害」の診断ガイドラインの完成は、2015年を目指すとの情報が得られている。なお、ここでいう「診断ガイドライン」は現行の「臨床記述と診断ガイドライン」に相当するものであり、他にも、プライマリケア版、研究用診断基準、他の教育マテリアル等の準備が改訂作業の一環として行われる見通しである。精神科領域に関しては、2015年の診断ガイドライン完成に引き続き、2017年までの期間を上述のマテリ

アル作成に充てる予定とみられる。

3. ハーモナイゼーションについて

上述の通り、完成時期をほぼ同じく想定していた経緯から、DSMとICD間でハーモナイゼーションの可能性を模索する動きは確かにあった。ICD作成者側としては、精神と行動の障害分野における改訂プロセスの最高意思決定機関に位置づけられるInternational Advisory Groupの会議に毎回DSM側から代表者を招き、また、改訂組織の一部としてDSM-ICD Harmonization Coordination Groupを設置した。その目的は、以下に述べられた通りである：

“To facilitate the achievement of the highest possible extent of uniformity and harmonization between ICD-11 mental and behavioural disorders and DSM-V disorders and their diagnostic criteria...The WHO and APA should make all attempts to ensure that in their core versions, the category names, glossary descriptions and criteria are identical for ICD and DSM.”¹⁰⁾

またAPA側も、折に触れハーモナイゼーションに協力する姿勢をみせてきた⁴⁾。どちらも当然のことながらハーモナイゼーションに積極的な姿勢を示すメッセージを表明しているが、両システムがまったく同じものになるとは確約していないし、冒頭で述べた両システムの種々の違いから、まったく同じものになることを期待するのは現実的でないだろう。

DSM-5が既に完成した現在、両システムが互いに歩み寄りをみせるかどうかから、ICD-11がDSM-5に歩み寄るかどうか、つまり、ICD-11がDSM-5の影響を受けるのか、受けるとしたらどの程度か、最終成果物であるICD-11はDSM-5に似たものとなるのか、といった点に移りつつあるように見受けられる。両者が同一のものとなりえない種々の理由は既に述べた通りであるが、現実的にどの領域においてどの程度のハー

モナイゼーションが達成されそうであるかについて、以下に述べる。

ICD-11とDSM-5の大分類はICD-10とDSM-IV-TRのそれと比べ、現時点で筆者が知る限り、近いものとなることが予想される。公にできる情報は限られているが、少なくとも大分類に関してはおそらく最終版取載にかなり近いものがICD-11のプラットフォーム²³⁾に掲載されている。タイムラインの項で述べた通り「精神と行動の障害」の分野は他領域と改訂活動を別途進めており、本サイトは主に精神と行動の障害以外の疾患領域の情報公開を目指したものであるため、精神障害の詳細部分（定義、診断ガイドライン等）については筆者の知る限り最新でない情報が残っている部分もあるが、大分類のみに関しては定期的にアップデートが行われているようである。このプラットフォームサイトがどの程度正確な情報を掲載しているのか質問を受けることも多いので、この場を借りて、大分類については最新の情報に近いと思われる反面、詳細部分までは最新情報が掲載されているわけではないことをお断りしておく。

各論についてはまだ公にできる情報が少なく、また今後も変更の可能性が大いにあるのでDSM-5に近いものになるかどうかは回答を保留せざるを得ない状況である。ただし、診断ガイドラインのフォーマットがICD-10から大幅に変更される見通しであり、ここでその一例を紹介したい。表1は、2013年2～3月に行われたICD-11作成のためのフィールドトライアルにおいて用いられた、神経性無食欲症の診断ガイドラインである。

ICD-11では既にオンラインのプラットフォームを用いたフィールドトライアルが開始されており、表1は其中で用いられた診断ガイドラインである。ICD-10が比較的長い記述的な表現で診断ガイドラインを提供していたのと対照的に、ICD-11は、各診断カテゴリに対して診断の際に出現していることが条件となる症状の「診断要件」の項目、鑑別の補助を目的とする「他

表 1

神経性無食欲症

診断要件:

- 有意な低体重 (成人では body mass index (BMI) 18.5 kg/m²未満, 小児期や青年期では各年齢の BMI の 5 パーセントイル以下) で, 身体疾患, 他の精神障害, または食料の入手困難によらないもの。低体重の兆候は, るいそう, 近位筋の筋力低下, 脱毛, 細い“うぶ毛”の成長, 浮腫, 無月経, 骨粗しょう症, 徐脈, 低血圧など, 観察可能な飢餓の兆候を含むこともある。
- 食事制限および/またはその他の行動の持続的パターンで, 異常な低体重の達成または維持を目的としており, 典型的には体重増加に対する極度の恐怖を伴う。行動の目的はエネルギー摂取の減少に向けられる場合には, 自己誘発性の嘔吐, 下剤, 利尿薬, 浣腸の使用などの排出行動に加えて, 絶食する, 低カロリー食を選択する, 少量の食べ物を極端にゆっくり食べる, 食べ物を隠すもしくは吐き出すといった行動もみられる。また, 行動の目的がエネルギー消費の増加に向けられる場合には, 過剰な運動, 過活動, 意図的な寒冷への曝露, エネルギー消費を上げる薬剤 (例: 精神刺激薬, 体重減少薬, 体重を減らすためのハーブ製品, 甲状腺ホルモン剤) の使用などがみられる。
- 低体重が過大評価され, 患者の自己評価の中心となっていたり, 患者が自分の体重を正常と誤認したりする。本人がはっきりと述べていなくても, 体重と体型へのとらわれは, 体の大きさ, 体型, 体重の頻回なチェックや, あるいは逆に体重計, 鏡, ぴったりした服を頑なに避けるなどのかたちで顕在化することがある。

他の障害や正常性との境界:

- 神経性無食欲症は, 有意な低体重 (体重減少もしくは体重の増加量の不十分による) と極端な態度および行動を伴っていないならば, これによって正常なダイエットや体型と体重に対する「正常範囲の不满」と区別される。(正常性との境界)
- 集中的な治療の終結後に少なくとも 1 年以上にわたって十分かつ恒久的な回復が維持できていることが確認できるまで, 神経性無食欲症の診断を保持しておくべきである。十分かつ恒久的な回復とは, 健康な体重の維持と減量を目的とする行動の終止を含む。(正常性との境界)
- 神経性無食欲症の患者がむちゃ食いや排出行動を呈する場合があるかもしれないが, とても低体重である点から神経性過食 [大食] 症の患者と区別される。神経性無食欲症の患者の体重が, 経過の中で十分に増加し, 症状が障害の定義を満たさなくなっても, むちゃ食いと排出行動が続いている場合には神経性無食欲症の診断を 1 年間継続すべきであり, その後に診断が神経性過食 [大食] 症に変更されることもある。(神経性過食 [大食] 症との境界)
- 神経性無食欲症の人に, ふつうでない, 妄想的な, あるいは明白に本当でないと考えられる信念がみられることがあるが, このような信念は一般的には食事や体重と体型についての事柄に限定されており, 摂食障害の精神病理 (体重増加への恐怖) と一致する。例としては, 明らかに低体重であるのに太っていると確信している, 実際には正常体重を維持するのに不十分であるのにカロリー摂取が過剰だと信じている, などが挙げられる。このような信念は, 神経性無食欲症の診断に合致する。その他のふつうでない, または妄想的な信念 (例: 体重, 体型または食事摂取と関係がない迫害妄想) が存在するか, その他の精神病的な症状 (例: 思考障害, 幻覚) がみられる場合は, 精神病的障害を別に診断することが妥当な場合がある。(精神病的障害との境界)
- 身体醜形障害におけるとらわれやボディイメージの混乱は, 全体的な体重, 体型, 体の大きさではなく, 身体の部分的な特徴に焦点づけられている (例: 鼻や皮膚へのとらわれ) のが典型的である。また, 摂食行動の問題や顕著な体重減少を伴わない。これらの点から, 身体醜形障害は神経性無食欲症と区別される。(身体醜形障害との境界)
- 神経性無食欲症における減量または低体重維持のための行動は, 痩せ願望や体重増加への強い恐怖により動機づけられていることが通常明らかである。しかし, はじめのうちは, 摂食行動の障害や体重減少について他の理由—身体的な不快感 (例: 胃部膨満感) に対する恐怖, 自分への罰, 宗教上や道徳上の理由など—が挙げられることがある。また, 体重や体型に対する懸念は, 体重増加の困難と関係するその他の臨床的な観察からの推測にとどまる場合もある。そのような場合, 神経性無食欲症の診断は暫定的なものとみなされる。治療を開始し体重が増加した後も, 体重や体型に対する懸念がみられない場合, より適切な診断として典型的なのは回避的/制限的な食物摂取障害である。(回避的/制限的な食物摂取障害との境界)

付加的な特徴:

- 急激な体重減少 (例: 6 カ月以内に 25% 以上の体重減少) があり, その他の診断要件が満たされていれば, 有意な低体重に関する絶対的な閾値に達していなくても, 神経性無食欲症の診断の低体重要件の代わりとしてよい。
- 体重と体型へのとらわれは, 家に鏡を置かない, 体にぴったりした服を避ける, 体重を知ろうとしない, サイズが明記されている服を買わないといった極端な回避行動によって推測される場合もあるし, 体重や体型を体重計やメジャーで繰り返し測定する, 鏡で自分の姿を確認する, 食事のカロリーを常にチェックする, 減量法に関する情報を収集するといった行動から推測できる場合もある。

注) ここに示す神経性無食欲症の診断ガイドラインは, 日本語では 2013 年 2-3 月にフィールドトライアルで用いられて以来, その結果のフィードバックをもとに修正が行われており, 今日時点で最新ではない。

の障害や正常性との境界」の項目、診断に必須ではないがしばしば臨床上の特徴としてみられ、診断の補助となりうる情報を挙げた「付加的な特徴」の項目から成る。フォーマットに注目すると、臨床像の特徴で診断に必須となるものが項目ないし箇条書きで提示され、それらすべて、または提示されたうちいくつが該当すれば診断要件を満たす、というアプローチは、DSMとよく似ている。現時点の草稿では、ICD-11がDSM-5とは異なる方針をとるとみられる診断カテゴリが少なからず出てくる見込みである。完璧なハーモナイゼーションが現実的でないことは既に述べた通りだが、フォーマットが近似したのものとなることで、DSMとICDの比較は容易になるものと思われる。

4. 両診断分類システムが存在し続ける意義

我が国においては諸外国に比べて特にDSMがICDに劣らず相当に普及している背景から、「診断分類マニュアルが2つあっては不便である」「(DSM, ICDを)統一できないものか」との不満や要望、またそれらに加え、「(診断分類という)ある目的のためのマニュアルが複数あつては現場が混乱する」「覚えるものや勉強するものは少ない方がいい」などの理由づけがしばしば聞かれる。

診断分類システムは複数存在している方が、少なくとも今日においては、中長期的には精神医学のために健全だと筆者は考える。WHOであれAPAであれ、権威を誇る団体が太鼓判を押した唯一のシステムを世界中で使うことにすれば、特定の事象を特定の目的のために記述したり測定したりするのにどのシステムが優れているとか適しているなどと考えずに済む。つまり、診断に関するあらゆる側面がシンプルになり、都合が良いのである。しかしそのシンプルさは、精神医学の発展を著しく妨げかねないという代償も伴う。わかりきっていない事象をわ

かりきったかのように扱ってはいは、実はわかりきっていない事象に切り込んでいく調査研究を促すどころか抑制しかねないし、わかったつもりを前提を基盤に積み上げる調査研究は誤った方向に進んだり無駄になったりしかねない。

T. Insel氏のブログでのDSM-5発刊にあつての発言⁹⁾は、ブログというややカジュアルな媒体の性質も手伝ってか、「研究計画の審査からDSM-5の診断カテゴリを排する」とセンセーショナルに伝えるメディアもあった^{14,19)}。しかし原文には、「DSM-5の診断カテゴリへの準拠を要件としない」、つまり準拠してもしなくても良い、とある。解明されきっていない精神障害という事象の解明に挑むにあたり、DSM-5が枷となるならば、それに準拠しなくともよい、と明言しただけである。

診断分類システムがひとつしかなければ、自然とそれが絶対視されるようになり、その枠を超えた考え方やアプローチが排斥されかねない。T. Insel氏の発言は、DSM-5そのものに対するというよりは、バイオマーカー等の客観的な指標を著しく欠く現代の精神医学において、診断分類システムはひとつで事足りると時期尚早にも考える者に対する警鐘と読み取ることができよう。

5. ICD-11とDSM-5の比較

筆者は診断分類に関わってきた経緯から、「ICDとDSMどちらが好きか」「どちらが優れていると思うか」と冗談交じりであれ問いかけられることがときおりある。DSMに関しては内部事情を知る立場にない一方、ICD関連で実務的な部分で関わってきたのだからICDを擁護し、DSMを批判すると思われているのかもしれない。実際のところ、筆者は中立的でありたいと思っている。

ICDは利益を目的とせず、公衆衛生への貢献という大義を掲げている。また多文化、多言語、他職種を標榜し、裕福な英語圏の精神科医や心理士だけでなく、精神保健に携わるすべてのひ

とをユーザーに想定している。ICD-11 は比較的早い段階から、改訂における最大の主眼を臨床的有用性であるとの方向性を明らかにし¹⁶⁾、またそれに準じたフィールドトライアルを展開しており^{17,18)}、信頼性を重んじる伝統を背負いつつ十分な信頼性のアピールをできないまま刊行を迎えてしまった DSM-5¹⁵⁾ とは対照的である。

しかし一方で、例えばリソースの慢性的な不足が、ICD-11 作成に向けた作業の停滞や透明性の不足を少なからず引き起こしているのも事実である。DSM-5 実行委員会が行ったように、比較的短期間で膨大な量のドキュメントを編集し、それをウェブサイト上で公開し、サイトの定期的なメンテナンスを行い、寄せられる何千というコメントに対応するには、言うまでもなく潤沢なリソースが必要となる。現時点で ICD が同様の作業を行うだけのリソースがあるとは考えにくく、最終的に透明性等の点で批判が少なからず出てくるのが予想される。

また、ICD-11 に多文化、多言語、多職種の最大公約数を求めた結果、誰にとっても最適化が不十分な最終成果物が出来上がる可能性も懸念される。つまり、誰にとっても使いやすいものを求めた結果、誰にとっても使いづらい ICD-11 が出来上がる、という事態が懸念されるということである。認知症を例にとると、我が国では画像所見等、診療場面でのやりとりや簡単な評価尺度以外にも、診断の際に日常的に活用されている情報が多くある。ICD-11 は中低所得国での更なる普及に力を入れている傾向があるが、こういった情報が中低所得国で活用不可能だからといって診断分類システムに採用されなければ、少なくとも認知症に関しては我が国にとって最適な診断ガイドラインといえない。

多言語という特性に着目すると、ICD が全世界規模でのメンタルヘルス向上を標榜する以上、作業を多言語で行うに越したことはないが (ICD-10 では英語の最終版が完成した後に翻訳作業が開始されたのに対し、ICD-11 では作業途中から多言語での作業が同時進行で行われている)、そ

こには常に言葉の壁や翻訳の手間が生じざるを得ない。臨床場面での利用が可能なバイオマーカーを欠く精神障害がほとんどである現状、ある病態の中核を突いた記述を、過不足なく、語弊の余地なく洗練させていくことは非常に重要であり、またそのような作業は、単一言語圏で行った方が高効率であるのは自明である。作業早期から多言語でのフィールドトライアルを展開している ICD-11 の趣旨には大いに賛同しつつ、診断ガイドラインの記述面における完成度について、今後特に注視が必要となるだろう。

翻って DSM-5 は、ICD 側からは利益追求の姿勢や、米国の精神科医しか実質ユーザーに想定されていないことが批判されてきた。DSM-5 が APA にとって重要な資金源となっていることに議論の余地はないが、そのリソースが DSM-5 の改訂作業を透明性、精緻さ、大規模なフィールドトライアルの実施に大いに貢献したこともまた事実である。また、米国精神医学会が米国の精神科医を主たるユーザーに元々想定しているのだから、他の地域や他の職種の精神保健従事者への公共性が低いという批判はまったく重要でないと思われる。少なくとも米国国内の文化の多様性について DSM-5 は決して無視しておらず、cultural formulation なる項目を Section III 内に収載している。DSM-5 は、例えば日本人への応用を想定したもので元々ない。DSM-5 を日本国内に「輸入」するのであれば、輸入する側、つまり日本人が、DSM-5 は果たして日本国内の臨床に適合するものであるか、使用に耐えうるかどうかの吟味を加え、然る後に輸入するという責務を負うことが強調されるべきであろう。また、DSM-5 を手に取る側も、日本語版が出版されているからといって DSM-5 が日本の臨床にそのまま応用してよいものである保証はないことを意識する必要がある。

DSM-III¹⁾ 登場以来、DSM は長くその信頼性の高さから学術領域では特に重用されてきたが、DSM-5 作成にあたって行われたフィールドトライアルでは、DSM-IV 作成時と同程度の信頼性

を示すことができず¹⁵⁾、批判を受けた。これについては、そもそも現代において、診断分類システムにおいて各ユーザーが逆に何を求めるのかを自らに問うべきであると指摘したい。DSM-IIIが病因論を排し、操作的診断基準を全面的に採用したのは、臨床家同士で用いることのできる共通言語 *lingua franca* が必要であったからである。ある場所における、例えば「統合失調症」の概念や中核的な臨床像が他の場所で異なってしまうと、「統合失調症」について、例えば地理的に横断的な調査研究を行うにあたって支障が出る。しかし共通言語を欠いており DSM-III が歓迎されたのは30年以上も前のことであり、現在に至るまでに、DSM ならびに ICD の普及もあって、種々の精神障害の概念的理解はある程度共有されるようになったのではなかろうか。少なくとも、統合失調症と双極性障害の診断傾向が、今日のロンドンとニューヨークで1970年代ほど¹³⁾ かい離したものであるとは考え難い。また当時と比較し、教科書類も種々の評価尺度も充実し、ある患者群を操作的に定義し、その患者群を記述するにあたり活用できるツールはいくらでもある。診断分類システムに準拠せずとも、例えば「△△尺度○点以上、▽▽尺度で○点以上を本調査研究では□□障害の基準を満たすものとして対象とした」と記述すれば済むことである。

皆が揃って同じ基準を用いなければ、つまり個々が好きな尺度を選んで使うようでは調査研究の比較ができなくなる、という批判を耳にすることがあるが、この批判の前提は2つの意味において危険を含む。まず1つは、既存の診断分類システムは、実は昔かかれている通りには使用されていないという実態がある²⁴⁾。すべての調査研究が、診断の段階で、複数の診断者による診断の比較、確認および協議や構造化面接等の手段を通じ、厳格さを診断者に要求するデザインで行われていれば問題ないが、そのような手続きを省き DSM に準拠した診断名の同定だけでよしとしているデザインの場合には、信頼性を担保するはずの操作的診断基準の役割が骨

抜きにされている可能性がある。懇切丁寧なマニュアルが存在しても、それが実践されているかどうかは別問題、ということである。もう1つは、既出の T. Insel 氏が自説で展開した通り⁹⁾、DSM の定義する診断カテゴリは妥当性を担保されたものでない、という事実である。便宜的な取り決めごととして存在する各診断カテゴリがあたかも実体を持つものであるかのように扱うのは危険であるし、暫定の取り決めごとによってのみしか調査研究が行われなくなれば、DSM-5 の枠組みの外に存在するかもしれない実体的な何かをいつまでも研究の俎上に持ち込めない。

6. 建設的な批判精神の意義

ICD-11 と DSM-5 は同じものになりえないし、同じものになる必要はまったくない、というのが筆者の持論である。精神障害の診断分類が客観的指標を得て明確な決着をみるのは当分先であろうと思われる今日、診断分類システムの本一化も当面は起こりえないだろう。それまでは、上記2つに加え RDcC⁶⁾ (同特集号の菊池論文も参照) のような新たな試みも加わりつつ、診断分類のシステムないし構想が複数存在し続けるだろうし、それが健全であると筆者は考える。

現代の知見を以てしては割り切れない事象を割り切ろうとするのが診断分類という試みである以上、どの診断分類システムも完璧にはなりえないのだから批判するのは容易である。ここでいう批判というのは、俗に言う「バッシング」や「ダメ出し」である。ところで、日本語で「批判的」に相当する *critical* は、実は必ずしもネガティブな意味に限定されない。むしろ、物事の悪い面のみならず良い面も多角的に評価するという意味で、日本語で言えば、「客観的」や「分析的」に近いだろう。

DSM や ICD が今日において完璧な診断分類システムとなりえないことは先に述べた通りである。ここで、ネガティブな意味での批判ではなく、誰かが太鼓判を押したからといってそれ

を鵜呑みにしない姿勢, 書いてある内容が納得できるものであるかどうかを吟味する姿勢という意味での建設的な批判精神を働かせて DSM, ICDをはじめとする診断分類システムを活用してほしいと思うのは, ナイーブな発想だろうか。DSM-5が主張するように, 今日作成される診断分類システムは living document の性質を持ち⁵⁾, 完成度を誇るものとなりえないので, その完成度の低さを非難する⁷⁾ のは生産的でないように思われる。むしろ, 十数年に一度の改訂の時期にしか診断分類のあり方が取り沙汰されない風潮を改め, living document が living であり続けられるよう, DSM や ICD を用いるにあたり健全な批判精神を保ち続ける重要性を強調し, 本稿の結語とする。

文献

- 1) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Washington, DC: Author, 1980.
- 2) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: Author, 1994.
- 3) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: Author, 2013.
- 4) American Psychiatric Association. DSM-5 publication date moved to May 2 2013 [Press release]. Retrieved July 18, 2014, from <http://www.dsm5.org/Newsroom/Documents/09-65%20DSM%20Timeline.pdf>.
- 5) American Psychiatric Association. APA modifies DSM naming convention to reflect publication changes [Press release]. Retrieved July 18, 2014, from <http://www.dsm5.org/Documents/DSM-Name-Change.pdf>.
- 6) Forum—the research domain criteria project: promise and limitations. *World Psychiatry*. 13, 28-54, 2014.
- 7) Frances A. DSM-5: living document or dead on arrival? Retrieved July 18, 2014, from <http://www.psychiatrictimes.com/dsm-5-0/dsm-5-living-document-or-dead-arrival>.
- 8) Frances A. Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life. New York: William Morrow, 2013.
- 9) Insel T Transforming Diagnosis. Retrieved July 29, 2014, from <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- 10) International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioral Disorders, Summary Report of the 3rd Meeting. Retrieved July 18, 2014, from http://www.who.int/mental_health/evidence/icd_summary_report_march_2008.pdf, 2008.
- 11) Kupfer DJ, First MB, Regier DA (eds): A research agenda for DSM-V. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2002.
- 12) 松本ちひろ, 丸田敏雅: DSM-5 作成までの経緯. 臨床精神医学. 印刷中
- 13) Professional Staff of the United States-United Kingdom Cross-National Project. The diagnosis and psychopathology of schizophrenia in New York and London. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 80-102, 1974.
- 14) Psychology Today. The NIMH withdraws support for DSM-5. Retrieved July 18, 2014, from <http://www.psychologytoday.com/blog/side-effects/201305/the-nimh-withdraws-support-dsm-5>
- 15) Regier DA, Narrow WE, Clarke DE, et al: DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am J Psychiatry*, 170, 59-70, 2013.
- 16) Reed GM. Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO's international classification of mental disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41, 457-464, 2010.
- 17) Reed GM, Roberts MC, Keeley J, et al: Mental health professionals' natural taxonomies of mental disorders: implications for the clinical utility of the ICD-11 and the DSM-5. *J clin psychol*, 69, 1191-1212, 2013.
- 18) Roberts MC, Reed GM, Medina-Mora ME, et al: A global clinicians' map of mental disorders to improve ICD-11: Analysing meta-structure to enhance clinical utility. *International Review of Psychiatry*, 24, 578-590, 2012.
- 19) TIME. Mental health researchers reject psychiatry's new diagnostic 'bible.' Retrieved July 18, 2014, from <http://healthland.time.com/2013/05/07/psychiatry-introduces-dsm-5-research-abandons-it/>
- 20) World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, Switzerland: Author, 1992.
- 21) World Health Organization. Basic Documents (46th ed.) Geneva, Switzerland: Author, 2009.
- 22) World Health Organization. Mental health atlas 2011. Geneva, Switzerland: Author, 2011.
- 23) World Health Organization. ICD-11 beta draft. Retrieved July 23, 2014, from <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/1-m/en>.
- 24) Zimmerman M, Galione J.: Psychiatrists' and non-psychiatrist physicians' reported use of the DSM-IV criteria for major depressive disorder. *J clin Psychiatry*, 71, 235-238, 2010.

平成 年 月 日

東京大学医学部附属病院

櫻井 桂子殿

所在地：東京都小平市小川東町 4-1-1
事業所名：国立精神・神経医療研究センター
代表者名：総長 樋口 輝彦 印

(公印を押し印のこと)

外来研究員の委嘱について (依頼)

このことについて、貴殿に下記のとおり委嘱したいので、ご承諾くださいますようお願いいたします。

記

1. 職 名：外来研究員
2. 従 事 内 容：
 - ・精神科における病院・診療所などの病床機能分化、及び地域における精神科医療ならびにケアの現状と今後の方向性について検討する。
 - ・高齢者における精神疾患を取り巻く現状を理解し、課題解決のための道筋を探る。

※ただし、(通常の診療行為以外の)業務上の責任は負わない。
3. 従事する場所：

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 精神保健計画研究部
(住所) 東京都小平市小川東町 4-1-1
4. 委 嘱 期 間：平成 27 年 6 月 1 日 ～ 平成 28 年 3 月 31 日
5. 勤 務 態 様：毎週__曜日 / 月 4 回 第__・__曜日 / 不定期・期間中__回)
13 時 00 分 ～ 18 時 00 分 (実働 5 時間)
6. 報 酬：

{	<input checked="" type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 交通費 / <input type="checkbox"/> 旅費 の支給有り)
	<input type="checkbox"/> 有 円 (<input type="checkbox"/> 1 時間・ <input type="checkbox"/> 1 回・ <input type="checkbox"/> 1 ヶ月・ <input type="checkbox"/> 期間中)
7. 東京大学との共同研究・受託研究・治験契約の有無：無 / 有
8. 担当者連絡先：住所：東京都小平市小川東町 4-1-1
部署/担当者名：国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
精神保健計画研究部 部長 山之内 芳雄
TEL：042-341-2712 (6209) FAX：042-346-1950
メールアドレス：yamanou69@gmail.com