

表1 フィールドトライアルへの参加施設および参加人数

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

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

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

フィールドトライアルの結果

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

フィールドトライアル実施時の条件

表2および表3において、DSM-IIIからDSM-

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

1. フィールドトライアル実施施設の独立性

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

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

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

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

*複数の施設からのデータを統合した κ 。

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

2. サンプルングの手法における違い

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

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

3. フィールドトライアル実施施設間の差異への配慮

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

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

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

	DSM-5 Intraclass κ [95% CI]	DSM-IV Cohen's κ	ICD-10 Cohen's κ	DSM-III Cohen's κ
Autism spectrum disorder*	0.69 [0.58, 0.80]	0.59-0.85	0.77	-0.01
ADHD*	0.61 [0.51, 0.72]	0.59	0.85	0.5
Disruptive mood dysregulation disorder*	0.50 [0.32, 0.66]	—	—	—
MDD*	0.29 [0.15, 0.42]	—	—	-0.02
Oppositional defiant disorder	0.41 [0.21, 0.61]	0.55	—	0.66 (phase 1)
Conduct disorder	0.48 [0.21, 0.68]	0.57	0.78	0.61

*複数の施設からのデータを統合した κ 。

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

診断分類システムに求められる信頼性の水準

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

DSM-5 作成者側の視点は、“How reliable is

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

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

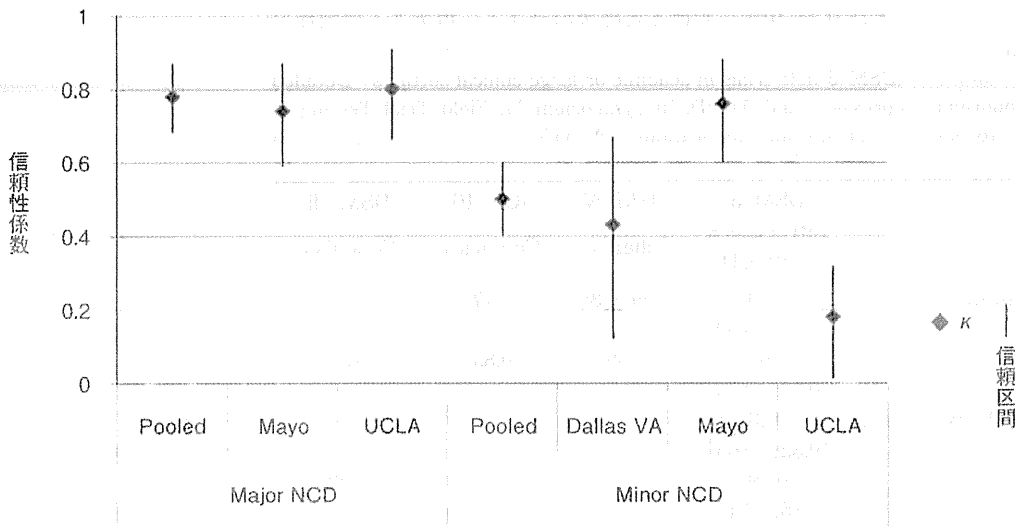


図1 Neurocognitive Disorders (NCD)における実施施設ごとの κ および CI

Peterson R によるシンポジウム (Neurocognitive Disorders, In Symposium 21: The Future of Psychiatric Diagnosis: Updates on Proposed Diagnostic Criteria for DSM-5 (Part I), 第165回 APA 総会)での発表より引用・一部改編

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

DSM-5の信頼性は実際に低下したのか？

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

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

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

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

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

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

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

診断分類システムと信頼性のあるべき関係とは

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

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

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

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

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

DSM-V 作成から DSM-5 作成へ

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

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

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

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

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

おわりに

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

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

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

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

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

文献

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

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

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

Summary

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

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

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

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

MEDICAL BOOK INFORMATION

医学書院

双極性障害の心理教育マニュアル

患者に何を、どう伝えるか

Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder

原著 Colom F., Vieta E.
監訳 秋山 剛・犀崎紀夫

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

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

ICD-11の最近の動向

飯森 眞喜雄¹⁾, 松本 ちひろ^{1,2)}, 丸田 敏雅¹⁾

ICD-11は2015年完成が予定されており、これに向けて改訂作業が進められている。本稿ではICD-11作成の最新動向に加え、関連するDSM-5の情報と、今後ICD-11作成に向け予定されているフィールドトライアル参加の機会について紹介する。

<索引用語：ICD-11, DSM-5, フィールドトライアル, Global Clinical Practice Network>

はじめに

ICD-11は2015年完成が予定されており、これに向けて改訂作業が進められている。本稿ではICD-11作成の最新動向に加え、関連するDSM-5の情報と、今後ICD-11作成に向け予定されているフィールドトライアル参加の機会について紹介する。

I. ICD-11の大分類

ICD-11とDSM-5の大分類の大枠はおおむね協調がはかられている。2013年の完成・出版が予定されているDSM-5の大分類は完成しており、表1にICD-11の2012年5月時点の大枠との比較となっている。なお、今回の大分類はICD-11およびDSM-5から呼称の大幅な変更が予定されている章もあり、どちらも英文のまま紹介する。大枠が完成しているDSM-5とは対照的に、ICD-11において、睡眠障害、性機能不全、認知障害、パーソナリティ障害、性的倒錯、虚偽性障害の扱いは未定となっている。

II. 各障害群の概要とDSM-5との比較

ICD-11, DSM-5ドラフトについての詳細はす

で報告されており^{1,2)}、ここでは把握されている相違点に焦点を当てるものとする。

1. Schizophrenia spectrum and other primary psychotic disorders (統合失調性スペクトラム障害および一次性精神病) について

DSM-5, ICD-11ともに「スペクトラム」の呼称を採用予定である。これは「自閉症スペクトラム障害」の用語に見られるように、統合失調症における多様な病態の連続性を考慮した結果と思われる。DSM-5ドラフト作成当初、採用が検討されていたattenuated psychosis syndromeに関しては、ICD-11ではもともと採用予定がなかったが、DSM-5も最終版の作成段階で採用をとりやめている。

また、ICD, DSM両システムにおいてこれまで使用されてきた統合失調症の伝統的な亜型分類(緊張型, 妄想型, 解体型)の廃止が提案されている。ほぼ最終版が完成を迎えたDSM-5では、亜型廃止の代わりに、hallucinations, delusions, disorganized speech, abnormal psychomotor behavior, negative symptoms, impaired cognition, depression および mania の項目に関して重

著者所属：1) 東京医科大学精神医学講座

2) 上智大学総合人間科学研究科心理学専攻

表 1 ICD-11 と DSM-5 における障害群の大分類

ICD-11 における大分類	DSM-5 における大分類
Neurodevelopmental disorders	Neurodevelopmental disorders
Schizophrenia spectrum and other primary psychotic disorders	Schizophrenia spectrum and other primary psychotic disorders
Bipolar and related disorders	Bipolar and related disorders
Depressive disorders	Depressive disorders
Anxiety and fear-related disorders	Anxiety disorders
Disorders specifically associated with stress	Trauma- and stressor-related disorders
Obsessive-compulsive and related disorders	Obsessive-compulsive and related disorders
Dissociative disorders	Dissociative disorders
Bodily distress disorders	Somatic symptom disorders
Feeding and eating disorders	Feeding and eating disorders
Elimination disorders	Elimination disorders
Disruptive, impulse control, and conduct/dissocial disorders	Disruptive, impulse control, and conduct disorders
Disorders due to substance use	Substance use and addictive disorders
Behavioral addictions	— (対応障害群なし)
Sleep disorders	Sleep-wake disorders
Sexual dysfunction	Sexual dysfunction
Neurocognitive disorders	Neurocognitive disorders
Personality disorders	Personality disorders
Paraphilias	Paraphilic disorders
Factitious disorders	— (対応障害群なし)
Other mental and behavioral disorders	Other disorders
— (対応障害群なし)	Gender dysphoria

ICD-11 の大分類は 2012 年 3 月時点, DSM-5 は同 9 月時点の資料より抜粋。

症度評価を行うことが提案されており, ICD-11 がこれに対応する形での診断方式を採用するのかが今後の動向が注目される。なお, 病態の記述と関連し, ICD-11 では「持続性」「エピソード性, 欠損は進行性のもの」「エピソード性, 欠損は安定しているもの」など経過コードを設ける提案が提出されている。

2. 気分障害について

ICD, DSM とともに, 既存の診断分類システムでは「気分障害」としてまとめられていた双極性障害とうつ病性障害に, 個別の章が与えられる予定である。DSM における双極性障害は従来から I 型, II 型の区別があったが, ICD-11 はこの採用を検討中である。

DSM-5 においては, 改訂のたびに検討されてきた月経前不快気分障害が付録から本体に掲載さ

れることが, また児童・思春期における双極性障害の過剰診断の懸念から提唱された disruptive mood dysregulation disorder が採用されることが決定している。また, 混合性不安/抑うつ(不安障害, うつ病どちらも単独では閾値に満たない)は, DSM-5 においては本体ではなく付録への収録が決定している。ICD-11 においてもこれらの障害は検討されてきたが, 最終的な判断には至っていない。

3. 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ついて

ICD-10 においてこの障害群では非常に幅広い病態が扱われていたが, ICD-11 ではこれらはより細かな障害群に分類される予定である。現在のドラフトでは, 全般性不安障害, パニック障害, 広場恐怖, 特定の恐怖症, 社交恐怖, 疾病不安障

害(旧称「心気症」を含む)、分離不安障害、選択的緘黙が、「不安および恐怖関連障害」への包含を検討されている。不安と恐怖を主訴とする障害群と位置付けることができよう。

ストレスへの影響が明確な障害群としては、「ストレス関連障害」が挙げられ、この中には外傷性ストレス障害、遷延性悲嘆障害、適応障害、反応性愛着障害、disinhibited social engagement disorder (ICD-10における「脱抑制愛着障害」に相当)、quasi-autism following profound institutional deprivationが含まれる予定である。またICDでは伝統的に急性ストレス反応が患単位として認められていたが、これは疾病ではなくストレスへの正常な反応との見解から、ICD-11では疾病コードが与えられない見通しである。

強迫を主訴とする障害群は「強迫および関連障害」としてまとめられる予定であり、従来の強迫性障害、抜毛癖に加え、hoarding disorder, skin picking disorder, その他反復性習慣障害と、ICD-10では心気障害に内包されていた身体醜形性障害が含まれる予定である。

解離性(転換性)障害に関しては、「解離性障害」として、知覚運動性のもの、認知情動性のもの、混合性のものの3種に分けて扱う方針が検討されている。

4. Bodily distress disorders (身体苦痛性障害) について

最終的な用語の使用に関してICD-11では未確定であるが、ICD, DSM共に、従来のsomatoformの用語を廃止する方針では一致している。これは、somatoformの表現が非精神科医には馴染みが薄く、またこの呼称がスティグマにつながりかねないとの懸念からである。DSM-5ではsomatic symptom disordersの呼称が確定しており、ICD-11では身体苦痛性障害(bodily distress disorders)の用語が検討されている。基本的には身体面での症状が主訴である病態を対象としており、軽度-中等度-重度の重症度による分類が検討され

ている。

5. Feeding and eating disorders (哺育および摂食障害) について

ICD-11では、発症の時期を問わず哺育と摂食に関する障害がまとめられ、「哺育および摂食障害」として扱われる予定である。代表的な摂食障害である神経性無食欲症、神経性過食症に加え、幼児期・小児期における異食症もこの障害群内で扱われることとなる。またこの障害群においては新たに、combined anorexia and bulimia nervosa, binge eating disorder, avoidant/restrictive food intake disorder, regurgitation disorderの追加が検討されている。

その他の障害群については詳細を検討中である。

Ⅲ. フィールドトライアル参加への機会

今後のフィールドトライアル展開に際し、WHOではGlobal Clinical Practice Network³⁾の構築を進めている。これは希望者にオンライン上でネットワークに参加・登録してもらい、登録の際に申請した専門分野や興味や関心のある領域に応じ、ドラフトに対するフィードバックやフィールドトライアルへの参加案内が随時メールで送られてくるというものである(例えば、児童・思春期に関する内容のフィードバックを、児童・思春期に接する機会が多いと申請した臨床家に求めるなど)。参加者募集の告知は関連学会(日本精神神経学会、精神科診断学会および日本児童青年期精神医学会など)を通して行われている。

ICD-11作成に際し、WHOは多文化かつ多言語な改訂プロセスを重視している。英語による完成版を邦訳するのではなく、作成段階から英語圏以外からの意見を積極的に取り入れていく姿勢を強調しているのである。本ネットワークも日本語での参加を前提としており、参加者への英語面での負担は最小限に抑えられる予定である。

また参加者への負担軽減と幅広い参加を両立するため、本ネットワークからの協力要請状況をモ

ニタリングし、各個人へのコンタクトは毎月1回に抑えること、またオンライン上のアンケート回答などに要する時間は1回につき20分以内を目安とすることなどが本ネットワークの構想に盛り込まれている。

おわりに

最後に、このGCPNに日本からも多くの方々に参加していただき、ICD-11がより適切な疾病分類になるようにご協力を願いたい。

文 献

- 1) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄: ICD-11 作成の最新動向. 臨床精神医学, 41; 521-526, 2012
- 2) 松本ちひろ, 丸田敏雅, 飯森眞喜雄: DSM-5 作成の最新動向. 臨床精神医学, 41; 527-533, 2012
- 3) 臨床実践グローバルネットワーク (Global Clinical Practice Network) 日本語版 (http://kuclas.qualtrics.com/SE/?SID=SV_0Hghh4oCC87HFQw&SVID=Prod & Q_lang=JA, Cited on September 10, 2012)

Recent Progress of the ICD-11

Makio IMORI¹⁾, Chihiro MATSUMOTO^{1,2)}, Toshimasa MARUTA¹⁾

1) *Department of Psychiatry, Tokyo Medical University*

2) *Department of Psychology, Graduate School of Human Sciences, Sophia University*

The ICD-11 is being developed for publication in 2015, while another important diagnostic classification system, the DSM-5, is being finalized and prepared for publication in 2013. This paper provided an overview of the revision process and also the current status of the drafts of both systems. In addition, the Global Clinical Practice Network, an online network created by the WHO for clinicians throughout the world to participate in the revision efforts for the ICD-11 by reviewing the proposals, providing feedback on them, and participating in field trials, is introduced.

<Authors' abstract>

<Key words : ICD-11, DSM-5, field trial, Global Clinical Practice Network>

ICD-11およびDSM-5における

身体表現性障害の動向

丸田敏雅

東京医科大学精神医学講座

松本ちひろ

東京医科大学精神医学講座

飯森眞喜雄

東京医科大学精神医学講座

はじめに

身体表現性障害という用語は、一九八〇年に発刊された米国精神医学会 (American Psychiatric Association : APA) による精神疾患の分類と診断の手引き第三版 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition : DSM-III)⁽¹⁾ で初めて登場した。世界保健機関 (World Health Organization : WHO) による第一回国際疾病分類 (International classification of diseases and related health problems, eleventh revision : ICD-11)⁽²⁾、また精神疾患の分類と診断の手引き第五版 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition : DSM-5)⁽³⁾ ではこの名称が廃止され、後述のような新たな名称になる模様である。

身体表現性障害の診断分類は大きく変わる予定であるが、本稿ではまず、第一〇回国際疾病分類 (International classification of diseases and related health problems, tenth revision : ICD-10)⁽²⁾ と、精神疾患の分類と診断の手引き第四版 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision : DSM-IV-R)⁽³⁾ における身体表現性障害の記述について述べた後、ICD-11やDSM-5でこれらのような名称や分類になるのかについて概説したい。

ICD-10における身体表現性障害

ICD-10において、身体表現性障害は、「身

体化障害」「鑑別不能型 (分類困難な) 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、特定不能のもの」に分類されている。DSM-IV-Rでは転換性障害も身体表現性障害に分類されているが、ICD-10では解離性 (転換性) 障害の一つとされ、身体表現性障害には含まれていない。

ICD-10における身体表現性障害の主要症状は、次のようなものである。検査所見に異常がなく、また医師がその症状には身体的根拠がないと保証するにもかかわらず、身体症状を回復して訴え、絶えず医学的検査を要求する。そして、たとえ何らかの身体的障害が存在すると

しても、それは患者の訴える症状の性質や程度、あるいは患者の苦悩や症状へのとらわれを説明できない。

以下、知識の整理のため、個々のカテゴリーの概略を説明する。

身体化障害の主要症状は、少なくとも二年間続いている多種類の、反復性でしばしば変化する身体症状である。多くの患者は、家庭医と専門医の両者から治療を受けており、長くて複雑な既往歴をもつ。その間に多くの検査を行っても異常所見がなく、試験的手術をしても有効でなかった場合もある。症状は、全身のあらゆる部位や器官におよぶことがある。経過は慢性で、変動し、しばしば社会行動、対人関係、家族関係の行動に関連している。短期間（二年以下）のさほど著明ではない症状の場合は、鑑別不能型（分類困難な）身体表現性障害として分類すべきである。

鑑別不能型（分類困難な）身体表現性障害は、身体表現性の訴えが多種類で、変動・持続するが、身体化障害の完全で典型的な臨床像を満たさない場合に考慮すべき診断分類である。

心気障害は、本質的特徴としては、一つまたはそれ以上の重症で進行性の身体疾患に罹患している可能性に持続的にとらわれていることである。持続的な身体的愁訴または自分の身体的外観への持続的などらわれが顕著である。多く

の患者は、正常または普通の感覚や外観を、異常で苦しいと説明する。そうした意識は、通常、身体のだ一つまたは二つの器官か器官系に集中される。顕著な抑うつと不安がしばしば存在し、その追加診断が正当なこともあるとされる。

身体表現性自律神経機能不全の患者が訴える症状は、あたかも主としてまたは完全に自律神経支配で調節されている器官、すなわち心血管系、胃腸系、呼吸器系および尿路性器系の身体疾患によるものであるかのようなものである。症状には通常二つの型があるが、いずれも器官や器官系の身体疾患を示すものではない。第一は、自律神経緊張の客観的徴候にもとづいた心悸亢進、発汗、潮紅、振戦などを訴えるもので、患者は何らかの身体疾患の可能性についての恐怖・苦悩を表現する。第二は、非特異的で変化する性質の自覚的愁訴であり、走るような痛み、灼熱感、頭重感、絞扼感、膨満感や膨張感などを、患者は特定の器官や器官系に結びつけて訴える。

持続性身体表現性疼痛障害の主要症状は、持続性で重症の苦しい疼痛の訴えである。それは生理学的過程または身体的障害によって完全に説明できないものである。感情的葛藤または心理社会的問題に関連して発生しており、それらの心理社会的問題がおもな原因的影響を与

えていると結論づけることは十分許されるであろう。したがって症状は、個人的または医学的なサポートと注意によって著明に増大するのが常である。うつ病性障害と統合失調症の経過中に生じた心因性起源と思われる疼痛はここに含まれない。

他の身体表現性障害は、身体疾患によらない感覚、機能および行動その他のあらゆる障害で、自律神経系を介していない場合、身体の特異な器官系や部位に限定されている場合、またストレスの多いできごとや問題と時間的に密接に関連している場合とされる。

DSM-IV-TRにおける 身体表現性障害

DSM-IV-TRでは、身体表現性障害という上位概念のもとに、「身体化障害」「鑑別不能型身体表現性障害」「転換性障害」「疼痛性障害」「心気症」「身体醜形障害」および「特定不能の身体表現性障害」が下位分類されている。前述のように、転換性障害は、ICD-10では解離性（転換性）障害の一つとされ、身体表現性障害には含まれていない。一方、身体醜形障害はICD-10では心気障害に含まれている。

DSM-IV-TRでは、たとえば身体化障害は四つの疼痛症状、二つの胃腸症状、一つの性的症状、一つの偽神経学的症状をもつ、というよ

うなアルゴリズムが定められている。他の点では小異があるものの、身体表現障害に関しては、ICD-10とDSM-IV-TRに大きな異同は認められない。

ICD-11における 身体表現性障害の動向

ICD-11は現在作成途中であり、詳細は公表されていないが、身体的苦痛および強迫性障害のワーキンググループが改訂作業を進めている。「身体化障害」「鑑別不能型(分類困難な)身体表現性障害」「身体表現性自律神経機能不全」および「持続性身体表現性疼痛障害」が一本化されて、「身体苦痛性障害(Bodily distress disorders)」という名称が与えられ、軽度、中等度および重度の重症度で下位分類がなされる予定である。

また、心気障害は「不安および恐怖関連障害(anxiety and fear-related disorders)」という大きなカテゴリーの中に、「疾病不安障害(illness anxiety disorder)」として分類される予定である(図1)。

DSM-5における 身体表現性障害の動向

Web上で公開されているDSM-5草案では、「身体表現性障害(somatiform disorders)」

という名称を廃し、「身体症状障害(somatic symptoms disorders)」という名称が採用されている。その下位分類として、「複合型身体症状障害(complex somatic symptom disorder)」「単純型(あるいは凝縮した)身体症状障害

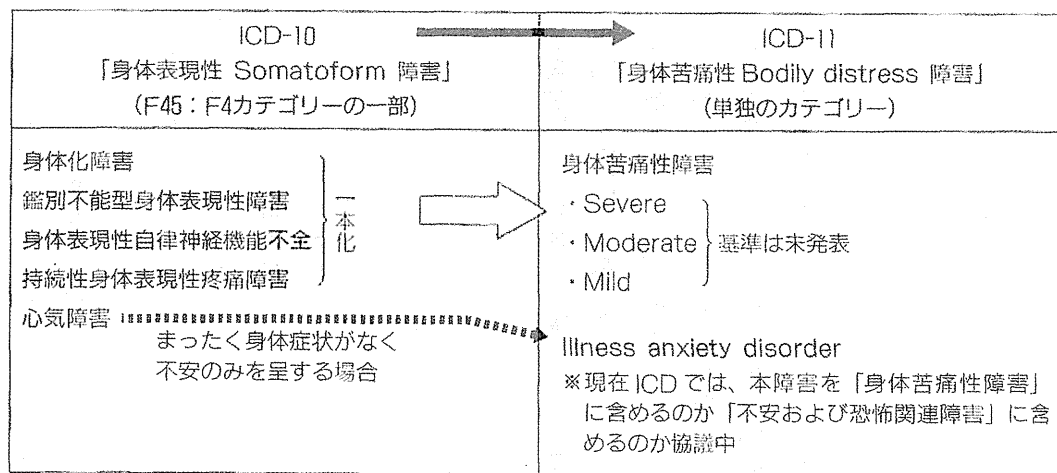


図1 身体表現性障害の再編成 (ICD)

(simple [or abridged] somatic symptom disorder)」「疾病不安障害(illness anxiety disorder)」「機能的神経学的障害(functional neurological disorder)」「虚偽性障害(factitious disorder)」「想像妊娠(pseudocyesis)」および「一般身体疾患に影響を与える心理学的要因(psychological factors affecting medical condition)」が定められている(図2)。

複合型身体症状障害は、身体化障害、鑑別不能型身体表現性障害、疼痛性障害および心気症の一部を一本化した概念である。診断には身体症状と認知の歪みの二つの基準を満たし、症状が六ヶ月以上持続されることが求められている。この背景としては、身体化障害と心気症などの合併(comorbidity)が多いこと、治療法が近似していることが挙げられる。

単純型(あるいは凝縮した)身体症状障害は、複合型身体症状障害ほど認知の歪みが強くなく、症状の持続期間が一〜六ヶ月のものである。

疾病不安障害は、従来の心気症では実際に身体症状を訴えるものが多いが、具体的な身体的訴えがほとんどみられない患者が少数ながらおり、このような一群にこの診断が下せるとされる。

機能的神経学的障害は、従来の転換性障害が

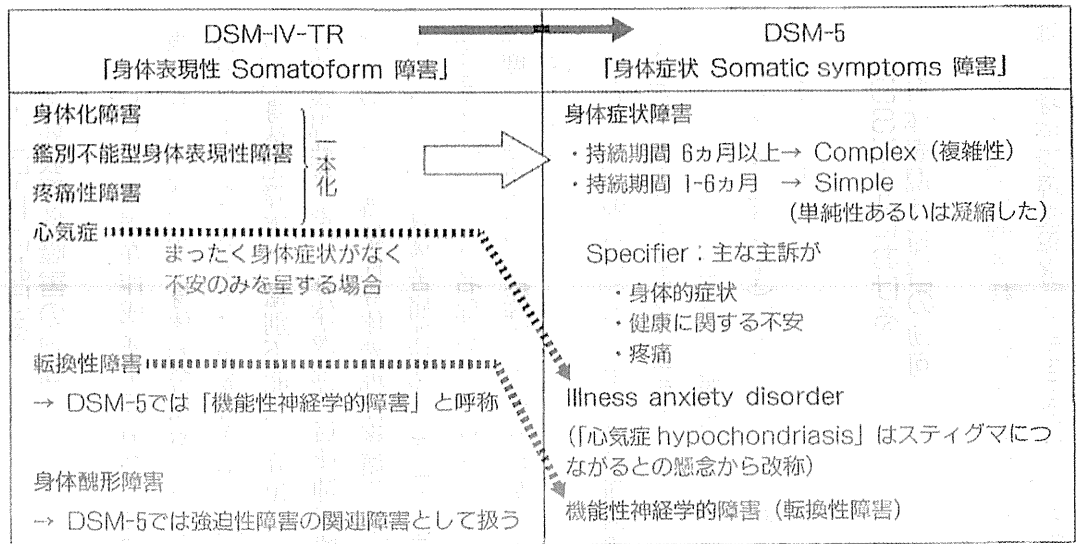


図2 身体表現性障害の再編成 (DSM)

呼称変更されたものである。DSM-IV-TRの
 転換性障害の診断基準には、「症状または欠陥
 の始まりまたは悪化に先だつて葛藤や他のスト
 レス因子が存在」と心因の存在が求められてい

たが、実際にはこの心因の特定が困難な場合が
 少なくないという理由から呼称変更されたよう
 である。

虚偽性障害は、従来一つの大きなカテゴリー
 が与えられていたが、今回の改訂では身体症状
 障害の一つとして分類されることになった。想
 像妊娠は、これまで特定不能の身体表現性障害
 の中に含まれていたが、今回の改訂では一つの
 独立したカテゴリーを与えられた。

おわりに

身体表現性障害や身体化障害という用語が登
 場した当初、わが国の精神医療の現場ではかな
 り強い抵抗感があった印象がある。ICD-11
 およびDSM-5では、身体苦痛性障害、身体
 症状障害、疾病不安障害、機能的神経学的障害
 という新たな名称が登場し、疾病概念も変貌し
 てきている。

これらの用語は見新しく、わが国の精神医療
 に根づくまでには時間がかかるかもしれない。
 しかし、ICD-11は二〇一五年に、DSM-5
 は二〇一三年に発刊予定であり、これらの用語
 が診療場面に登場する日も迫っている。本稿が
 有益な情報提供の場になれば幸いである。

〔引用文献〕

(1) American Psychiatric Association: *Diagnostic*

*and statistical manual of mental disorders, third
 edition.* American Psychiatric Association, 1980.

(2) World Health Organization: *International
 statistical classification of diseases and related health
 problems, tenth revision.* World Health Organization,
 1992.

(3) American Psychiatric Association: *Diagnostic
 and statistical manual of mental disorders, fourth
 edition, text revision.* American Psychiatric Associa-
 tion, 2000.

(まるた・としまさ／精神医学)

(まつもと・ちひろ／精神医学)

(ういまり・まおな／精神医学)

特集◀
精神科診断分類の
改訂にむけて
—DSM-5の動向—

総論 精神科診断分類の改訂にむけて

8. ICD-11作成の最新動向

丸田 敏雅¹⁾ 松本 ちひろ^{1,2)} 飯森 眞喜雄¹⁾

Key words: ICD-11, diagnosis, classification

1 はじめに

世界保健機関(World Health Organization; WHO)が作業をすすめている第11回国際疾病分類(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision; ICD-11)の大枠がようやく決まりつつある。予定では2012年5月に草案がweb上で公開される予定である。本稿では、2012年3月8、9日の両日にWHO本部で開催された「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 Disorder; 以下AGとする)」会議の情報のうち開示が許されているものから情報を提供したいと思う。

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」の改訂では、①WHO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。つまり世界中の最前線で活動している医療従事者の診断と治療を促進させる、③さまざまな

分野のステークホルダーと協力、④改訂作業からの製薬会社および商業的影響の排除、などが目的および理念として挙げられている。そして、WHOは今回の改訂が臨床的有用性(clinical utility)を改善する好機と捉えている。

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、精神、外因、腫瘍、内科などの分野別専門委員会(Topical Advisory Group; TAG)が設置されている^{6,7)}。

精神分野のTAGは上記のAGであり、AGが精神および行動の障害の最高意志決定機関である。このAGの下に、14のワーキンググループが設置されている。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

Latest developments of the ICD-11

¹⁾ MARUTA Toshimasa, MATSUMOTO Chihiro and IIMORI Makio 東京医科大学精神医学講座〔〒160-8402 東京都新宿区西新宿 6-1-1〕

²⁾ 上智大学総合人間科学研究科心理学専攻

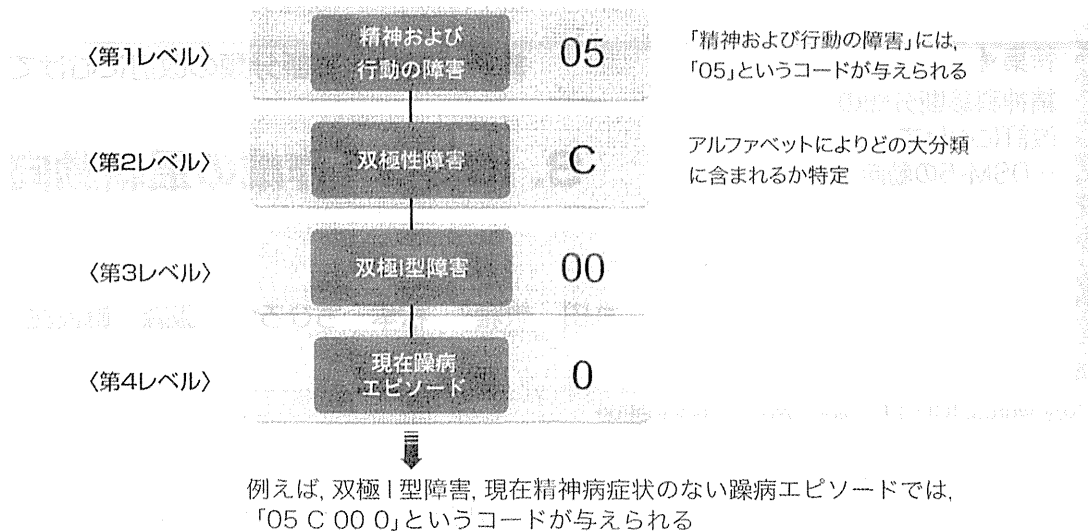


図1 ICD-11の階層的構造 (WHO 資料を改変)

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、地政学的や男女比なども配慮され10数名の委員が任命されている。大部分のワーキンググループは2010年より活動を開始し、概念的な協議からはじまり後述する Content Formの作成まで行っている。

例えば、精神病性障害のワーキンググループでは、2010年にこのグループに属する疾患に関する協議や問題点、2011年に各カテゴリーの概略、2012年に各カテゴリーを割り当てられたメンバーが Content Formを記述したうえでそれに対する協議といった3回の対面会議が行われている。

4 ICD-11の構造

ICD-11は紙媒体での提供のみならず電子媒体

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個の枠組みにとられる必要がなくなった。第10回国際疾病分類(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision; ICD-10)¹⁾では「精神および行動の障害」は、第V章ということで、ICD-11ではまず「05」というコードが与えられた(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)。その次に各障害のコードが00～99まで準備され(第3レベル)、亜型分類や現在の状態にも同様に00～99までのコードが準備されている(第4レベル)(図1)。

5 Content Form

ICD-11ではICD-11本体とは別に、臨床記述と診断ガイドライン(Clinical Description and Diagnostic Guidelines; CDDG)、プライマリケア版および研究用診断基準(Research Diagnostic Criteria; RDC)の3版が発刊される予定である。このうち、RDCはCDDGとプライマリケア版が発刊された後に発刊される予定である。精神および

び行動の障害ではCDDGが核となる分類であるため、まず、これの作成から着手されている。上述したようにICD-11は電子媒体としても提供されるため、さまざまなインターフェースを有する必要がある。このため、Content Formと呼ばれるフォーマットに各カテゴリーのエビデンスに基づいた特徴あるいは情報を記載/入力する作業が各ワーキンググループで行われている。

Content Formは、I.名称、II. ICD-10との関連、III. プライマリな“親”カテゴリー、IV. 2番目の“親”カテゴリー、V. “子供”および構成するカテゴリー、VI. 同義語、VII. 定義、VIII. 診断ガイドライン、IX. 機能的特質、X. 時間的要因、XI. 重症度関連要因、XII. 鑑別診断、XIII. 正常からの相違、XIV. 発達の表現、XV. 経過、XVI. 関連病像およびcomorbidity、XVII. 文化関連病像、XVIII. 性差関連病像、XIX. 評価に関する問題の19の要素から構成されている。

6 個別の章

ICD-11「精神および行動の障害」の大分類を表1に示す。すべての章が改訂作業を終結しておらず、公表が許されたもののみ下記に記す。なお、(新)と表現したものはICD-11で新しく採用される予定のカテゴリーである。

1. 05 A 神経発達障害

この章には、知的発達障害、自閉症スペクトラム障害、発達コミュニケーション障害、学習障害、発達性協調運動障害、チック障害、注意欠陥多動障害、注意欠陥障害(多動のない)、常同運動障害、神経発達様の行動上の顕著な他のどこにも分類されない障害などが含まれる予定であるが、現在も協議が続いている。

2. 05 B 統合失調性スペクトラムおよび一次性精神病

この章には、統合失調症、統合失調感情障害、急性および一過性精神病性障害、統合失調症型障害、妄想性障害、その他の一次性精神病性障害、特定不能の一次性精神病性障害が含まれる。感応性妄想性障害は有病率が低く、非常に稀な障害であり、妄想性障害との鑑別が困難ということ

表1 ICD-11「精神および行動の障害」の大分類(案)

05 A	神経発達障害
05 B	統合失調性スペクトラムおよび一次性精神病
05 C	双極性および関連障害
05 D	抑うつ性障害
05 E	不安および恐怖関連障害
05 F	特にストレスと関連した障害
05 G	強迫および関連障害
05 H	解離性障害
05 I	—
05 J	身体的苦痛障害
05 K	哺育および摂食障害
05 L	排泄障害
05 M	破壊的、衝動制御および行為/反社会障害
05 N	物質使用による障害
05 O	—
05 P	行動上の嗜癖

から独立したカテゴリーとしては存在しなくなる。また、DSM-5⁹⁾で議論されているAttenuated psychosis syndromeについてはICD-11では採用されない予定である。

伝統的に用いられてきた統合失調症の妄想型、破瓜型、緊張型についてはこれらは採用されず、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る予定である。

DSM-5で議論になっているCatatonic specifierについては、うつ病でも近似した病態が認められることによりどのように扱うのか今後の課題とされた。

3. 05 C 双極性および関連障害

AGの初期の会議においては、精神障害を5つの群に再構築する案(5クラスターモデル：精神障害を神経発達のクラスター、神経認知的クラスター、精神病クラスター、情動性クラスター、内在化あるいは内面化クラスターに分けるモデル)^{2,3,5,9)}も検討され、統合失調症と双極性障害をひとつの群とすることも検討されたが、分子遺伝学的にはこの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、同時にうつ病とは薬物療法が異なるという意見も提案された。このため、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、より臨床的有用性(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当てる分類が採用される予定である。

この章には、双極Ⅰ型障害、双極Ⅱ型障害(bipolar type II disorder)(新)、気分循環症が含まれる予定であり、混合状態をどのように位置づけるかが問題となっている。

4. 05 D うつ病性障害

この章には、うつ病エピソード、反復性うつ病性障害、気分変調症、月経前不機嫌障害(premenstrual dysphoric disorder)(新)、児童および思春期のワーキンググループから提案されている不機嫌を伴う破壊的気分失調障害(disruptive mood dysregulation with dysphoria disorder)(新)、および混合性抑うつ不安(閾値下)が含まれる予定である。

この章では、死別反応をどのように扱うのが問題になっている。実際に、ICD-10プライマリケア版では、死別反応が1つの疾病として掲載されており、臨床現場ではうつ病との鑑別が非常に難しいとの意見も多い。

5. 05 E 不安および恐怖関連障害

この章には、全般性不安障害、パニック障害、広場恐怖、特定の恐怖症、社交恐怖、疾病不安障害(illness anxiety disorder)、分離不安障害、および児童および思春期のワーキンググループから提案されている選択的緘黙が含まれる。

伝統的に用いられてきた心気症(hypochondriasis)という診断名にはスティグマをはらんでいくという理由から、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。

6. 05 F 特にストレスと関連した障害

この章には、外傷性ストレス障害、遷延性悲嘆障害(prolonged grief disorder)(新)、適応障害、児童および思春期のワーキンググループから提案されている反応性愛着障害、Disinhibited social engagement disorder および Quasi-autism follow-

ing profound institutional deprivation(新)などが含まれる。

急性ストレス反応は、例外的に強い身体的および精神的ストレスが加わったときに認められる反応であるが、時に薬物療法が使用されるかもしれないものの疾病というよりは正常な反応であるという意見が多く、疾病コードは与えられなかったようである。また、外傷性ストレス障害には、心的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複雑心的外傷後ストレス障害に呼称変更されたものが分類された。

7. 05 G 強迫および関連障害

この章には、強迫性障害、買いだめ障害(hoarding disorder)(新)、毛抜き障害(抜毛癖)、皮膚ほじくり障害(skin picking disorder)(新)、その他の反復的習慣性障害(新)、身体醜形性障害(新、ICD-10ではF45.2心気障害に用語が含まれていた)などが含まれる。

8. 05 H 解離性障害

この章には、知覚運動性解離性障害(sensorimotor dissociative disorder)(新)、認知情動性解離障害(cognitive-emotional dissociative disorder)(新)、混合性解離障害(mixed dissociative disorder)(新)などが含まれる。

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、どのように位置づけるのか協議されている。

9. 05 J 身体的苦悩障害

ICD-10の身体表現性障害は身体的苦悩障害(bodily distress disorder)と呼称変更された。軽度、中等度および重度の重症度を用いた亜型分類がなされている。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、ICD-11では「身体表現性(somatoform)」や「身体化(somatization)」などの用語は採用されないようである。

10. 05 K 哺育および摂食障害

この章には、神経性無食欲症、神経性大食症、複合型神経性無食欲および大食症(combined an-

orexia and bulimia nervosa) (新), むちゃ食い障害(binge eating disorder) (新), 回避的/制限的食物摂取障害(avoidant/restrictive food intake disorder) (新), 異食症, および反芻障害(regurgitation disorder) (新)などが含まれる。

11. 05 L 排泄障害

この章には, 遺尿症や遺糞症などを含む排尿(wetting)と排便による汚し(faecal soiling) (新)が含まれる。

12. 05 M 破壊的, 衝動制御および行為(素行) / 反社会障害

この章には, 反抗挑戦性障害, 行為および反社会障害, 間欠性爆発性障害(ICD-10ではF63.8他の習慣および衝動の障害に用語が含まれている) (新), 病的放火(放火癖), および病的窃盗(窃盗癖)などが含まれる。

13. 05 N 物質使用による障害

病態としては, 急性物質中毒, 物質の有害な使用, 物質依存, 物質からの離脱症候群, 物質誘発障害などに分けられ, 原因物質として, アルコール, アヘン類, 大麻, 鎮静薬, 睡眠薬および抗不安薬, コカイン, アンフェタミンあるいは他の精神刺激物質, カフェイン, ニコチン, 揮発性溶剤, その他の精神作用物質などが挙げられている。

また, MDMA(エクスタシー)あるいは関連薬物やKetamine, PCPあるいは他の解離性薬物なども依存物質に挙げられ, 疾病コードが与えられる予定である。

14. 05 P 行動上の嗜癖

この章には, 賭博障害およびその他の行動上の嗜癖(新)が挙げられている。しかし, これらは, 上記の物質使用による障害に包含される可能性もある。

15. その他の章

今回公表されたのは上記の章のみであるが, パーソナリティ障害, 性障害, 神経認知的障害および睡眠障害については公表されなかった。これらのうち, 神経認知的障害および睡眠障害は, 神経疾患のTAGが担当しておりどのような形で精神障害の章(05)に含めるのか今後検討される。なお, dementiaという用語についてはスティグマをはらんでいるという意見も多く呼称変更さ

れる可能性がある。

最も難渋しているのはパーソナリティ障害の診断分類である。2010年4月に開催されたAGにおいては, 情動不安定(emotionally instability), 受動回避(passive avoidant), 強迫(obsessiveness), 社会的引きこもり(social withdrawal), 反社会的自己中心性(antisocial egocentricity), 協議中のもう一つのドメイン(軽薄さや犯罪親和性を中心とする)の6つのドメインが提案されていたが¹⁰⁾, 今回のAGでは公表されなかった。

パーソナリティ障害についてはICD改訂のたびに診断分類が問題となっている。ICD-8, 9, およびDSM-III(-R), IVを経てパーソナリティ障害の診断分類で残存してきたカテゴリーは, 妄想性, 強迫性および演技性だけである⁴⁾。DSM-5のパーソナリティ障害の診断分類も大幅に変更される予定であり⁸⁾, 最終的にどのような形になるのか非常に興味深いところである。

7 今後の予定と期待

WHOが呈示している予定ではICD-11は, 2014年に世界保健総会で批准され, 翌年2015年に発刊される予定となっている。精神分野は他の分野に比し比較的作業が進んでいるが, かなり作業が遅れている分野もあり, この行程通りに進捗するかは困難な可能性もある。

精神分野に限れば, AGの配下にある調整グループであるFormative Field Study Coordinating Group (FFSCG)が中心となり今後フィールドトライアルを行う予定である。FFSCGには, スペイン, フランス, ナイジェリア, インド, 中国, 米国, ブラジルおよび日本が含まれており, 今後, わが国でもICD-11のフィールドトライアルが行われる予定である。

最後に, この場をかりて, 今後行われるICD-11「精神および行動の障害」のフィールドトライアルへのご参加とご協力を是非ともお願いしたい。