

厚生労働科学研究費補助金

(障害者政策総合研究事業)

世界精神保健調査に資する大規模疫学調査による精神疾患の
有病率等を把握するための研究

令和5年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 西 大輔

令和6年(2024)5月

目 次

I. 令和5年度 総括研究報告	研究代表者 西 大輔 -----	1
II. 令和5年度 分担研究報告		
1. WHO 統合国際診断面接(Composite International Diagnostic Interview; CIDI)第5版による国際疾病分類(International Classification of Diseases; ICD)に基づいた精神疾患の診断方法の開発	分担研究者 立森 久照 -----	4
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	19

「世界精神保健調査に資する大規模疫学調査による精神疾患の有病率等を把握するための研究」

研究代表者 西 大輔

（東京大学大学院 医学系研究科 精神保健学分野 教授）

研究要旨

ランダムサンプリング・構造化面接といった方法論を用いた大規模地域疫学研究によって、2020年代前半の日本における精神疾患の有病率、受診率、関連要因等を明らかにすることを目的に、世界精神保健調査日本調査のサード調査を開始した。2023年度は面接員を養成したうえで、関東地区（1都6県）の市区町村を①政令市及び特別区（大都市）、②人口20万以上の市（中都市）、③人口20万人未満の市（小都市）、④郡部の町村の4層に分け、各層の人口に比例した47地点を無作為抽出し、その47地点の住民基本台帳に基づき、各地点から20歳以上75歳未満の男女55人を無作為抽出し、47地点×55標本=2,585人に研究参加を依頼した。

面接調査に関しては796人の面接を完了し（参加率30.8%）、自己記入式質問紙調査に関しては931人より回答を得た（回答率36.0%）。統合失調症に関しては、精神病体験がありわずかに以上の苦痛があったと回答した研究参加者全員の12人と、精神病体験があり苦痛がなかったと回答した研究参加者からランダムに25%を抽出した12人、合計24人に精神科医によるオンライン面接への参加を依頼し、合計3人の面接を完了した。拒否者調査は、面接調査の拒否者のうち、拒否者調査の質問紙の発送に承諾を得られた1,037人に研究参加を依頼し、217人より回答を得た（回答率20.9%）。拒否者調査以外は研究参加率が高いとは言えないため、来年度以降の参加率向上を目指す必要があると考えられる。

分担研究者

佐々木那津 東京大学大学院医学系研究科
精神保健学分野

研究協力者

浅岡紘季 東京大学大学院医学系研究科
精神保健学分野

竹野 肇 東京大学大学院医学系研究科
精神保健学分野

伊藤友香 東京大学大学院医学系研究科
精神保健学分野

A. 研究目的

疫学によって疾患の頻度や関連要因等を明らかにすることは、精神疾患の受療ニーズを明らかにしたり、その対策を立てたりする上で非常に重要である。特に精神疾患の場合は、診断基準を満たす状態であっても医療機関を受診しない人が過半数であるため、医療機関を受診した患者のみを対象とする調査では国全体の実態を明らかにすることができず、地域住民を対象とし

た大規模疫学研究が必要である。

これまでに、世界保健機関（WHO）とハーバード大学がとりまとめる世界精神保健調査の一環として、わが国では世界精神保健調査日本調査ファースト（WMHJ、2002–2006年）および同調査セカンド（WMHJ2、2013–2015年）が行われ、比較的頻度の高い精神疾患（気分障害、不安障害、物質関連障害）の有病率や受療率、その関連要因等が明らかにされてきた(1)(2)。しかし、2020年からの新型コロナウイルス感染症の感染拡大によって、感染拡大前と比べて世界中でうつ病や不安症が25%以上増加したことが推定されており(3)、有病率や受療率、およびその関連要因も大きく変化した可能性がある。また、WMHJおよびWMHJ2は精神保健疫学調査用の構造化面接であるWHO統合国際診断面接(Composite International Diagnostic Interview, CIDI)の第3版(CIDI 3.0)を用いて実施されたが、精神疾患の国際的診断基準がDSM-5に改訂されたことに伴い、CIDIも第5版(CIDI 5.0)に改訂され

ている。

コロナ禍のメンタルヘルスへの影響を検討するためにも、CIDI5.0を用いて世界精神保健調査日本調査のサード調査を実施することが必要と考えられる。本研究は、国際的な診断基準の変更を踏まえたうえで、ランダムサンプリング・構造化面接といった方法論を用いた大規模地域疫学研究によって、2020年代前半の日本における精神疾患の有病率、受診率、関連要因等を明らかにするとともに、WMHJおよびWMHJ2のデータとの比較によって経時的な変化についても検討することを目的とする。2023年度に関しては関東（1都6県）の調査を行うことを目的とした。

B. 研究方法

本研究と同様の調査の経験を持つ調査委託企業を選定し、2023年10月に、調査目的と手順、CIDI5.0の概要、模擬面接等で構成される2日間のトレーニングを2回実施し、43人の面接員を養成した。このなかにはWMHJ2で面接を担当した調査員10人も含まれていた。

そのうえで、2023年度は関東（1都6県）の市区町村を①政令市及び特別区（大都市）、②人口20万以上の市（中都市）、③人口20万人未満の市（小都市）、④郡部の町村の4層に分け、各層の人口に比例した47地点を無作為抽出し、その47地点の住民基本台帳に基づき、各地点から20歳以上75歳未満の男女55人を無作為抽出し、47地点×55標本=合計2,585人を、研究参加を依頼する対象者とした。

調査は面接調査と自己記入式質問紙を用いた留置調査の2つの方法を用いて実施した。面接調査にはCIDI5.0を用いた。CIDI5.0では、PCの画面上に所定の質問が決められた順に表示される。調査員は、画面上の質問を読み上げ、得られた回答を入力画面に入力した。面接調査では、WMHJおよびWMHJ2で有病率に関するデータを収集したうつ病、双極性障害、不安症群（パニック障害、社交不安障害、広場恐怖、全般性不安障害）、PTSD、アルコール使用障害に加えて、精神病体験のセクションも実施した。

精神病体験のセクションに関しては、精神病体験があり、わずか以上の精神的苦痛があると回答した者全員と、精神病体験はあるものの精神的苦痛はないと回答した研究参加者からラン

ダムに25%を抽出して二次面接を依頼し、精神科医によるオンライン面接を行い、陽性的中率を出すことで地域住民における統合失調症の有病率を推定することを目指した。

さらに、研究参加者と研究参加を拒否した者とは、人口統計学的背景や精神健康の程度が異なる可能性がある。そのため、研究参加を拒否した者に関する、最低限の人口統計学的背景や精神健康の状態を把握しておくことが望ましい。そのため、本調査依頼時に本人または家族から拒否の意向を示された場合、後日、調査会社より説明文書とともに所要時間1-2分の質問紙を送ってもよいか確認し、送ってもよいと答えていただいた方に質問紙を郵送した。

（倫理面への配慮）

本研究は人を対象とする医学系研究に関する倫理指針を遵守して行われる。主機関において倫理委員会から研究計画の承認を受けた。

C. 研究結果

面接調査に関しては、2,585人に研究参加を依頼し、796人の面接を完了した（参加率30.8%）。自己記入式質問紙調査は、面接調査と同様の2,585人を対象者として、931人より回答を得た（回答率36.0%）。

統合失調症に関しては、精神病体験がありわずか以上の苦痛があったと回答した研究参加者全員の12人と、精神病体験があり苦痛がなかったと回答した研究参加者からランダムに25%を抽出した12人、合計24人に精神科医によるオンライン面接への参加を依頼した。精神病体験がありわずか以上の苦痛があったと回答した研究参加者の内の1人と、精神病体験があり苦痛がなかったと回答した研究参加者からランダムに25%を抽出した内の2人から研究参加の同意を得て、合計3人の面接を完了した。3人とも統合失調症の診断はつかなかった。

拒否者調査は、面接調査の拒否者の内、拒否者調査の質問紙の発送に承諾を得られた1,037人に研究参加を依頼し、217人より回答を得た（回答率20.9%）。

D. 考察

面接調査に関しては研究参加率が約30%にとどまり、コロナ禍を経て初対面の面接員を自宅

に招き入れることへの抵抗感が強くなっている可能性が考えられた。また、自己記入式質問紙調査の回答率も、面接調査の参加率は上回ったものの決して高い数字とは言えなかった。本研究のような調査では、関東地区の回答率が全国の中で最も低くなるのが調査会社でしばしば経験されており、来年度以降の東日本・西日本の調査ではさらに高い参加率・回答率を目指す必要がある。また、そのために謝金の増額等についても検討する必要があると考えられる。

統合失調症調査に関しては、本面接を終えてから別日に2回目の面接に協力する必要があること等から、十分な研究参加者数を確保することは容易ではなく、順調とは言えない状況である。2024年度からは二次面接の研究参加者に対する謝金の増額の必要性は非常に高いと考えられる。

拒否者調査に関しては、いったん調査への協力を拒否した方に依頼していることを踏まえれば、想定以上の回答率が得られており、来年度以降も継続することで参加率・回答率が高くないという限界を最小化することを目指す。

E. 結論

ランダムサンプリング・構造化面接といった方法論を用いた大規模地域疫学研究によって、2020年代前半の日本における精神疾患の有病率、受診率、関連要因等を明らかにすることを目的に研究を開始し、2023年度は関東地区(1都6県)の調査を完了した。研究参加率が高いとは言えないため、謝金の増額などで来年度以降の参加率向上を目指す必要があると考えられる。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし。

2. 学会発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし。

2 実用新案登録

なし。

3. その他

なし。

引用文献

1. Ishikawa H, Tachimori H, Takeshima T, Umeda M, Miyamoto K, Shimoda H, et al. Prevalence, treatment, and the correlates of common mental disorders in the mid 2010's in Japan: The results of the world mental health Japan 2nd survey. *Journal of affective disorders*. 2018;241:554-62.
2. Nishi D, Ishikawa H, Kawakami N. Prevalence of mental disorders and mental health service use in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2019;73(8):458-65.
3. Covid-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021;398(10312):1700-12.

WHO 統合国際診断面接(Composite International Diagnostic Interview; CIDI)第5版による 国際疾病分類 (International Classification of Diseases; ICD) に基づいた精神疾患の 診断方法の開発

研究分担者 立森久照
(慶應義塾大学医学部 特任教授)

研究要旨

【目的】CIDI 5.0 での面接データから ICD 第 11 版 (ICD-11) に基づいて精神疾患の診断を行うためのコンピュータプログラムを開発することを最終目的に研究を実施した。本年度研究ではその最初の段階として、各精神疾患の ICD-11 の description を要素に分解し、それぞれの要素が CIDI 5.0 の項目で評価可能かを調査した。

【方法】「うつ病エピソードおよびうつ病障害」「躁病エピソード」「軽躁エピソード」「広場恐怖症」「社交不安障害」「パニック障害」「全般性不安障害」「強迫性障害」「心的外傷後ストレス障害 (PTSD)」「神経性無食欲症」「神経性過食症」「アルコール使用障害」を CIDI 5.0 での面接データから ICD 第 11 版 (ICD-11) に基づいて精神疾患の診断を行うためのコンピュータプログラムの開発を検討する対象の精神疾患とした。対象とした精神疾患ごとに ICD-11 の診断基準（上で description を要素に分解したもの）とそれと対応する DSM-5 の診断基準を項目ごとに比較し、①（ほぼ）同一と見なせる項目、②DSM-5 にはない条件が付加されているなど似ているが同一とは見なせない項目、③DSM-5 にはない項目に区分した。

【結果】本分担研究で対象とした精神疾患の多くは、CIDI 5.0 で収集される項目を使って、ICD-11 に準拠した精神疾患の診断を行うことが可能と思われた。しかし、一部の精神疾患では、ICD-11 の診断基準の項目を満たしているか判定するための情報が CIDI 5.0 の項目から得られない場合や、判定に必要な一部の情報が CIDI 5.0 の項目から得られない場合が発生した。また、概ね ICD-11 に従った診断が可能と考えられた（全ての項目が①に区分）精神疾患においても、ICD-11 に記載の診断に必要な全ての項目が完全に CIDI 5.0 の項目と一致しているものはなかったため、ICD-11 に準拠した診断が可能とするのがより正確と思われた。

【考察】次年度は経験ある精神医学の専門家の協力を得て次の作業を進めたい。まず今年度研究の結果である DSM-5 の項目との対応が妥当かを検討する。また「②DSM-5 にはない条件が付加されているなど似ているが同一とは見なせない」と区分された項目は、ハーバード大学が提供するコンピュータプログラムのロジックも参考として、それに DSM-5 にはない条件を判定するために利用できる CIDI 5.0 の項目を検討する。「③DSM-5 には（対応する項目がない）」と区分された項目は自分たちで ICD-11 の項目と CIDI 5.0 の項目の対応を考えてロジックを作成する。

A. 研究目的

本研究班で実施する世界精神保健調査日本調査のサード調査 (WMHJ3) は、これまでにわが国で世界保健機関 (WHO) とハーバード大学がとりまとめる世界精神保健調査の一環として実施されてきた世界精神保健調査日本調査ファースト (WMHJ, 2002 から 2006 年) および同調査セカンド (WMHJ2, 2013 から 2015 年) の研究方法を継承して実施される。

WMHJ および WMHJ2 は精神保健疫学調査用の構造化面接である WHO 統合国際診断面接 (Composite International Diagnostic Interview, CIDI) の第 3 版 (CIDI 3.0) を用いて実施されたが、精神疾患の国際的診断基準が DSM-5 に改訂されたことに伴い、CIDI も第 5 版 (CIDI 5.0) に改訂され、WMHJ3 でもこれを用いる。

CIDI 5.0 では、ハーバード大学が提供するコン

コンピュータプログラムを利用することで DSM-5 に基づく精神疾患の診断が可能である。一方で国際疾病分類 (International Classification of Diseases; ICD) に基づく精神疾患の診断するためのコンピュータプログラムは提供されていない。わが国では特に行政的には ICD を用いてきた場面も多く、WMHJ3 でも ICD に基づく精神疾患の診断を可能とするものの必要性は高い。そこで本分担研究では CIDI 5.0 での面接データから ICD 第 11 版 (ICD-11) に基づいて精神疾患の診断を行うためのコンピュータプログラムを開発することを最終目的に研究を実施した。本年度研究ではその最初の段階として、各精神疾患の ICD-11 の description を要素に分解し、それぞれの要素が CIDI 5.0 の項目で評価可能かを調査した。

B. 研究方法

1) 対象とした精神疾患

WMHJ3 で診断評価の対象としている「うつ病エピソードおよびうつ病障害」「躁病エピソード」「軽躁エピソード」「広場恐怖症」「社交不安障害」「パニック障害」「全般性不安障害」「強迫性障害」「心的外傷後ストレス障害 (PTSD)」「神経性無食欲症」「神経性過食症」「アルコール使用障害」を CIDI 5.0 での面接データから ICD 第 11 版 (ICD-11) に基づいて精神疾患の診断を行うためのコンピュータプログラムの開発を検討する対象の精神疾患とした。

2) 開発の手順

本年度研究で実施した部分の手順を以下に記す。まず各精神疾患の ICD-11 の description を要素に分解した。要素に分解するとは description に示された内容を、その疾患を診断する際に評価する必要がある個々の条件 (症状の有無や持続期間など) に分けることである。次に単発性うつ病の description での例を示した。【】で括られた部分が要素を表している。

単発性うつ病は、【過去にうつ病エピソードの既往がなく、1 回のうつ病エピソードの存在または既往によって特徴付けられます】。うつ病エピソードは、【集中困難】、【無価値感または過度または不適切な罪悪感】、【絶望、死または自殺の反復的思考】、【食欲】または【睡眠の変化】、【精神運動性

の興奮または遅延】、【エネルギーまたは疲労の減少】などの他の症状を伴う、【少なくとも 2 週間続く期間中にはほぼ毎日起こる抑うつ気分】または【活動への関心の低下】の期間により特徴づけられる。

【双極性障害の存在を示すような躁病、軽躁病、または混合病期のエピソードは過去に一度もない】。

次に対象とした精神疾患ごとに ICD-11 の診断基準 (上で description を要素に分解したもの) とそれと対応する DSM-5 の診断基準を項目ごとに比較し、① (ほぼ) 同一と見なせる項目、②DSM-5 にはない条件が付加されているなど似ているが同一とは見なせない項目、③DSM-5 にはない項目に区分した。

そして CIDI 5.0 の質問項目と ICD-11 の診断基準の項目とを対応付ける作業を行った。全段落の手順で①と区分された項目は、ハーバード大学が提供するコンピュータプログラムのロジックを参照してこの作業を行った。

C. 研究結果

表 1 から 12 に精神疾患ごとの作業の結果を示した。各表の右側の表にある「DSM-5 の項目との対応」の列に DSM-5 の項目を表す記号 (左側の表の最初の列にある A1 などのこと) を示すことで、ICD-11 の診断基準 (description を要素に分解したもの) と DSM-5 の項目を示している。「?」が付与されているものは、「②DSM-5 にはない条件が付加されているなど似ているが同一とは見なせない」の該当する可能性が高い項目であることを示しており、今後の精査が必要である。

D. 考察

本分担研究で対象とした精神疾患の多くは、CIDI 5.0 で収集される項目を使って、ICD-11 に準拠した精神疾患の診断を行うことが可能と思われた。しかし、一部の精神疾患では、ICD-11 の診断基準の項目を満たしているか判定するための情報が CIDI 5.0 の項目から得られない場合や、判定に必要な一部の情報が CIDI 5.0 の項目から得られない場合が発生した。また、概ね ICD-11 に従った診断が可能と考えられた (全ての項目が①に区分) 精神疾患においても、ICD-11 に記載の診断に必

要な全ての項目が完全に CIDI 5.0 の項目と一致しているものはなかったため、ICD-11 に準拠した診断が可能とするのがより正確と思われた。

今回の作業の結果、「軽躁エピソード」「広場恐怖症」は CIDI 5.0 の項目を利用して ICD-11 による診断を行う際に特に慎重な検討が必要と思われた。「軽躁エピソード」については、ICD-11 では表 3 に示した A-1 と B 基準を満たすと Mania となるため、Hypomania の診断はできない可能性がある。

「広場恐怖症」については、DSM-5 の「その恐怖または不安は、広場恐怖症の状況によってもたらされる現実的な危険やその社会文化的背景に釣り合わない」と ICD-11 の「逃げるのが困難であったり、助けを得られないかもしれない複数の状況に反応して起こる顕著で過剰な恐怖や不安によって特徴づけられる」が対応するとして良いかは精査が必要である（特に下線部）。

次年度は経験ある精神医学の専門家の協力を得て次の作業を進めたい。まず今年度研究の結果である DSM-5 の項目との対応が妥当かを検討する。また「②DSM-5 にはない条件が付加されているなど似ているが同一とは見なせない」と区分された項目は、ハーバード大学が提供するコンピュータプログラムのロジックも参考として、それに DSM-5 にはない条件を判定するために利用できる CIDI 5.0 の項目を検討する。「③DSM-5 には（対応する項目が）ない」と区分された項目は自分たちで ICD-11 の項目と CIDI 5.0 の項目の対応を考えてロジックを作成する。

E. 結論

本分担研究で対象とした精神疾患の多くは、CIDI 5.0 で収集される項目を使って、ICD-11 に準拠した精神疾患の診断を行うことが可能であると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

表 1

MDD : Major Depressive Episode and Major Depressive Disorder うつ病エピソードおよびうつ病障害

DSM-5		ICD-11	DSM-5の項目との対応	CIDI変数
A	A.以下の症状のうち5つ（またはそれ以上）が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起している。これらの症状のうち少なくとも1つは（1）抑うつ気分、または（2）興味または喜びの喪失である。 注：明らかに他の医学的疾患に起因する症状は含まない。	単発性うつ病は、過去にうつ病エピソードの既往がなく、1回のうつ病エピソードの存在または既往によって特徴付けられます。うつ病エピソードは、		
A1	(1)その人自身の言葉（例：悲しみ、空虚感、または絶望を感じる）か、他者の観察（例：涙を流しているように見える）によって示される。ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分。 注：子どもや青年では易怒的な気分もありうる	集中困難(A(8))、	A8	dsm5_mdd_a1_8
A2	(2)ほとんど1日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味または喜びの著しい減退（その人の説明または他者の観察によって示される）	無価値感または過度または不適切な罪悪感(A(7))、	A7	dsm5_mdd_a1_7
A3	(3)食事療法をしていないのに、有意の体重減少、または体重増加（例：1カ月で体重の5%以上の変化）。またはほとんど毎日の食欲の減退または増加。 注：子どもの場合、期待される体重増加がみられないことも考慮せよ	絶望、死または自殺の反復的思考(A(9))、	A9	dsm5_mdd_a1_9
A4	(4)ほとんど毎日の不眠または過眠	食欲または(A3)	A3	dsm5_mdd_a1_3
A5	(5)ほとんど毎日の精神運動性亢進または抑制（他者によって観察可能で、ただ単に落ち着かないとか、のろくなったという主観的感覚ではないもの）	睡眠の変化(A4)、	A4	dsm5_mdd_a1_4
A6	(6)ほとんど毎日の疲労感、または気力の減退	精神運動性の興奮または遅延(A(5))、	A5	dsm5_mdd_a1_5
A7	(7)ほとんど毎日の無価値観、または過剰であるか不適切な罪悪感（妄想的であることもある。単に自分ががめること、または病気になったことに対する罪悪感ではない）	エネルギーまたは疲労の減少(A(6))などの他の症状を伴う、	A6	dsm5_mdd_a1_6
A8	(8)思考力や集中力の減退、または決断困難がほとんど毎日認められる（その人自身の言明による、または他者によって観察される）。	少なくとも2週間続く期間中にほぼ毎日起こる抑うつ気分(A(1))	A1	dsm5_mdd_a1_1
A9	(9)死についての反復思考（死の恐怖だけはなでない）、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、または自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画	または活動への関心の低下(A(2))の期間により特徴づけられる。	A2	dsm5_mdd_a1_2
B	B.その症状は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。	双極性障害の存在を示すような躁病、軽躁病、または混合病期のエピソードは過去に一度もない(E)。	E	temp_dsm5_mdd_e
C	C.そのエピソードは物質の生理学的作用、または他の医学的疾患によるものではない。 注：基準A-Cにより抑うつエピソードが構成される。 注：重大な喪失（例：親しい者との死別、経済的破綻、災害による損失、重篤な医学的疾患・障害）への反応は基準Aに記載したような強い悲しみ喪失の反応、不眠、食欲不振、体重減少を含むことがあり、抑うつエピソードに類似している場合がある。これらの症状は、喪失に際し生じることが理解可能で、適切なものであるかもしれないが、重大な喪失に対する正常の反応に加えて、抑うつエピソードの存在も入念に検討すべきである。その決定には、喪失についてどのように苦痛を表現するかという点に関して、各個人の生活史や文化的規範に基づいて、臨床的な判断を実行することが不可欠である。			
D	D.抑うつエピソードは、統合失調感情障害、統合失調症、統合失調症様障害、妄想性障害、または他の特定および特定不能の統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害群によってうまく説明されない。			
E	E.躁病エピソード、または軽躁病エピソードが存在したことがない。 注：躁病または軽躁病エピソードのすべてが物質誘発性のものである場合、または他の医学的疾患の生理学的作用に起因するものである場合は、この除外は適応されない。			

表 2

MAN : Manic Episode 躁病エピソード

DSM-5	
A1	A-1. 気分が異常かつ持続的に高揚し、開放的または易怒的となる。
A1	加えて、異常にかつ持続的に亢進した目標指向性の活動または活力がある。このような普段とは異なる期間が、少なくとも1週間、ほぼ毎日、1日の大半において持続する（入院治療が必要な場合はいかなる期間でもよい）。
A2	A-2. A-1の状態が少なくとも4日間、ほぼ毎日、1日の大半において持続する
B	B.気分が障害され、活動または活力が亢進した期間中、以下の症状のうち3つ（またはそれ以上）気分が易怒性のみの場合は4つ）が有意の差をもつほどに示され、普段の行動とは明らかに異なった変化を象徴している。
B1	(1)自尊心の肥大、または誇大'
B2	(2)睡眠欲求の減少（例：3時間眠っただけで十分な休息がとれたと感じる）"
B3	(3)普段より多弁であるか、しゃべり続けようとする切迫感"
B4	(4)観念奔逸、またはいくつもの考えがせめぎ合っているといった主観的な体験"
B5	(5)注意散漫（すなわち、注意があまりにも容易に、重要でないまたは関係のない外的刺激によって他に転じる）が報告される、または観察される。"
B6	(6)目標指向性の活動（社会的、職場または学校内、性的のいずれか）の増加、または精神運動焦燥（すなわち、無意味な非目標指向性の活動）"
B7	(7)困った結果につながる可能性が高い活動に熱中すること（例：制御のきかない買いあさり、性的無分別、またはばかげた事業への投資などに専念すること）"
C1	C-1.この気分の障害は、社会的または職業的機能に著しい障害を引き起こしている、あるいは自分自身または他人に害を及ぼすことを防ぐため入院が必要であるほど重篤である、または精神病性の特徴を伴う
D1	D-1.本エピソードは、物質（例：乱用薬物、医薬品、または他の治療）の生理学的作用、または他の医学的疾患によるものではない。注：抗うつ治療（例：医薬品、電気けいれん療法）の間に生じた完全な躁病エピソードが、それらの治療により生じる生理学的作用を超えて十分な症候群に達してそれが続く場合は、躁病エピソード、つまり双極Ⅰ型障害の診断とするのがふさわしいとする証拠が存在する。（注：基準A~Dが躁病エピソードを構成する、少なくとも生涯に一度の躁病エピソードがみられることが、双極Ⅰ型障害の診断には必要である。）

注) ?は対応が取れているか今後の精査が必要なことを表している。

ICD-11	DSM-5の項目との対応	CIDI変数
双極性Ⅰ型障害、精神病症状を伴わない現在の躁病エピソードは、双極性Ⅰ型障害の定義要件を満たし、現在のエピソードが躁病であり、そのエピソード中に妄想または幻覚が存在しない場合に診断される。躁病エピソードとは、治療介入によって短縮されない限り、少なくとも1週間続く極端な気分状態のこと		
多幸感、過敏性、または膨張性、活動性の増大またはエネルギー増加の主観的経験(B(6?))によって特徴づけられ、	B6?	HM_Ene
急速または高圧的な発話(B(3))、	B3	HM_Tlk
思いつき(B(4?))、	B4 ?	HM_ThoRac
自尊心または大仰さの増大(B(1))、	B1	HM_Conf
睡眠欲求の減少(B(2))、	B2	HM_Slp
注意散漫(B(5))、	B5	HM_Conc
衝動性または無謀な行動(B(7))、	B7	HM_BadDec
異なる気分状態間の急速な変化（すなわち気分不安定）		
などの他の特徴的の症状をとまうものです。過去に躁病または混合性エピソードを経験したことがある場合、他のすべての診断要件を満たしていれば、現在のエピソードを診断するために1週間の期間は必要ない。		

表 3

HYP : Hypomanic Episode 軽躁エピソード

DSM-5	
A1	A-1. 気分が異常かつ持続的に高揚し、開放的または易怒的となる。加えて、異常にかつ持続的に充進した目標指向性の活動または活力がある。このような普段とは異なる期間が、少なくとも1週間、ほぼ毎日、1日の大半において持続する（入院治療が必要な場合はいかなる期間でもよい）。
A2	A-2. A-1の状態が少なくとも4日間、ほぼ毎日、1日の大半において持続する
B	B.気分が障害され、活動または活力が充進した期間中、以下の症状のうち3つ（またはそれ以上）気分が易怒性のみ場合は4つ）が有意の差をもつほどに示され、普段の行動とは明らかに異なった変化を象徴している。
B1	(1)自尊心の肥大、または誇大
B2	(2)睡眠欲求の減少（例：3時間眠っただけで十分な休息がとれたと感じる）
B3	(3)普段より多弁であるか、しゃべり続けようとする切迫感
B4	(4)観念奔逸、またはいくつもの考えがせめぎ合っているといった主観的な体験
B5	(5)注意散漫（すなわち、注意がありながらも容易に、重要でないまたは関係のない外的刺激によって他に転じる）が報告される、または観察される。
B6	(6)目標指向性の活動（社会的、職場または学校内、性的のいずれか）の増加、または精神運動性焦燥（すなわち、無意味な非目標指向性の活動）
B7	(7)困った結果につながる可能性が高い活動に熱中すること（例：制御のきかない買いあさり、性的無分別、またはばかげた事業への投資などに専念すること）
C1	C-1.この気分の障害は、社会的または職業的機能に著しい障害を引き起こしている。あるいは自分自身または他人に害を及ぼすことを防ぐため入院が必要であるほど重篤である。または精神病性の特徴を伴う C1が「はい」→Maniaの診断へ C1が「いいえ」→C-2へ
C2	C-2.本エピソード中は、症状のないときのその人固有のものではないような、疑う余地のない機能的変化と関連する C2が「はい」→D-2へ C2が「いいえ」→該当しない
D	D-2.気分の障害や機能の変化は、他者から観察可能である。
E	E.本エピソードは、社会的または職業的機能に著しい障害を引き起こしたり、または入院を必要とするほど重篤ではない、もし精神病性の特徴を伴えば、定義上、そのエピソードは躁病エピソードとなる。
F	F.本エピソードは、物質（例：乱用薬物、医薬品、あるいは他の治療）の生理学的作用によるものではない。注：抗うつ治療（例：医薬品、電気けいれん療法）の間に生じた完全な軽躁病エピソードが、それらの治療により生じる生理学的作用を超えて十分な症候群に達して、それが続く場合は、軽躁病エピソードと診断するのがふさわしいとする証拠が存在する。しかしながら、1つまたは2つの症状（特に、抗うつ薬使用後の、易怒性、いらいら、または焦燥）だけでは軽躁病エピソードとするには不十分であり、双極性の素因を示唆するには不十分であるという点に注意を払う必要がある注：基準A-Fにより軽躁病エピソードが構成される。軽躁病エピソードは双I型障害ではなくみられるが、双極I型障害の診断には必ずしも必須ではない。

ICD-11	DSM-5の項目との対応	CIDI変数
	双極性II型障害、現在のエピソードの軽躁病は、双極性II型障害の定義要件が満たされ、現在のエピソードが軽躁病である場合に診断されます。	
	軽躁病エピソードとは、少なくとも数日間持続する持続的な気分状態であり、軽度の気分の上昇、過敏性の増加および活動の増加、またはエネルギーの増加の主観的な経験(A?)を特徴とし、	A1?
	急速な会話(B(3)?)、	B3?
	急速な思考またはレーシング思考(B(4))、	B4
	自我の増加などの他の特徴的な症状を伴う-自尊心(B(1))、	B1
	性的衝動または社交性の向上(B(6))、	B6
	睡眠の必要性の減少(B(2))、	B2
	注意散漫(B(5))、	B5
	または衝動的または無謀な行動(B(7)?)。	B7?
	症状は、職業的機能、通常の社会活動、または他者との関係に顕著な障害を引き起こすほど深刻ではなく、入院を必要とせず、付随する妄想や幻覚もありません(E)。	E
		dsm5_hyp_a
		dsm5_hyp_b3
		dsm5_hyp_b4
		dsm5_hyp_b1
		dsm5_hyp_b6
		dsm5_hyp_b2
		dsm5_hyp_b5
		dsm5_hyp_b7
		dsm5_hyp_e

注) ?は対応が取れているか今後の精査が必要なことを表している。

表 4

AGO : Agoraphobia 広場恐怖症

DSM-5	
A	A.以下の5つの状況のうち2つ（またはそれ以上）について著明な恐怖または不安がある。
A1	A(1)公共交通機関の利用（例：自動車、バス、列車、船、航空機）
A2	A(2)広い場所にいること（例：駐車場、市場、橋）
A3	A(3)開かれた場所にいること（例：店、劇場、映画館）
A4	A(4)列に並ぶまたは群衆の中にいること
A5	A(5)家の外に1人でのこと
B	B.パニック様の症状や、その他耐えられない、または当惑するような症状（例：高齢者の転倒の恐れ、失禁の恐れ）が起きたときに、脱出は困難で、援助が得られないかもしれないと考え、これらの状況を恐怖し、回避する。”
C	C.広場恐怖症の状況は、ほとんどいつも恐怖や不安を誘発する”
D	D.広場恐怖症の状況は、積極的に避けられ、仲間の存在を必要とし、強い恐怖または不安を伴って耐えられている”
E	E.その 恐怖または不安は 、広場恐怖症の状況によってもたらされる現実的な危険やその 社会文化的背景に釣り合わない 。”
F	F.その恐怖、不安、または回避は持続的で、典型的には6カ月以上続く。”
G	G.その恐怖、不安、または回避は、臨床的に意味のある苦痛または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こす”
H	H.他の医学的疾患（例：炎症性腸疾患、パーキンソン病）が存在すれば、恐怖、不安、または回避が明らかに過剰である。
I	I.その恐怖、不安、または回避は、他の精神疾患の症状ではうまく説明できない—例えば、症状は、「限局性恐怖症、状況」に限定されない。（社交不安症の場合のように）社会的状況のみに関連するものではない。（強迫症の場合のように）強迫観念、（醜形恐怖症のように）想像上の身体的外見の欠陥や欠点、（心的外傷後ストレス障害の場合のように）外傷的な出来事を想起させるもの、（分離不安症の場合のように）分離の恐怖、だけに関連するものでない。注：広場恐怖症はパニック症の存在とは関係なく診断される。その人の症状提示が、パニック症と広場恐怖症の基準を満たしたならば、両方の診断が選択されるべきである。

ICD-11	DSM-5の項目との対応	CIDI変数
広場恐怖症は、		
公共交通機関の利用(A(1))、	A1	AG_Veh
人混み(A(4))、	A4	AG_Line
家の外に一人での(A(5))	A5	AG_Alone
(例：店、劇場(A(3))、列に並ぶ) など、	A3	AG_ClosSpa
逃げるのが困難であったり、助けを得られないかもしれない複数の状況に反応して起こる 顕著で過剰な恐怖や不安 によって特徴づけられる。	E?	
このような状況に対して、特定の否定的な結果（例えば、パニック発作、その他の無力化または恥ずかしい身体症状）を恐れて(B)、	B	dsm5_ago_b
一貫して不安(C)を抱えています。	C	dsm5_ago_c
これらの状況は、積極的に回避されるか、信頼できる仲間がいるときなど特定の状況下でのみ行われるか、強い恐怖や不安とともに耐えられます(D)。	D	dsm5_ago_d
その症状は少なくとも数ヶ月間持続し(F)、	F	(Not operationalized)
個人、家族、社会、教育、職業、またはその他の重要な分野の機能に著しい苦痛または重大な障害をもたらすほど深刻である(G)。	G	dsm5_ago_g

注) ?は対応が取れているか今後の精査が必要なことを表している。

表 5

SO : Social Anxiety Disorder 社交不安障害

DSM-5	
A	A.他者の注視を浴びる可能性のある1つ以上の社交場面に對する、著しい恐怖または不安。例として社交的なやりとり（例：雑談すること、よく知らない人に会うこと）、見られること（例：食べたり飲んだりすること）、他者の前でなんらかの動作をすること（例：談話をすること）が含まれる。注：子どもの場合その不安は成人との交流だけでなく、仲間達との状況でも起きるものでなければならぬ。
B	B.その人は、ある振る舞いをするか、または不安症状を見せることが、否定的な評価を受けることになると恐れている（すなわち、恥をかいたり恥ずかしい思いをするだろう、拒絶されたり、他者の迷惑になるだろう）。
C	C.その社交的状況はほとんど常に恐怖または不安を誘発する
D	D.その社交的状況は回避され、または、強い恐怖または不安を感じながら耐え忍ばれる
E	E.その恐怖または不安は、その社交的状況がもたらす現実の危険や、その社会文化的背景に釣り合わない。
F	F.その恐怖、不安、または回避は持続的であり、典型的には6か月以上続く。
G	G.その恐怖、不安、または回避は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
H	H.その恐怖、不安、または回避は、物質（例：乱用薬物、医薬品）または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない。
I	I.その恐怖、不安、または回避は、パニック症、醜形恐怖症、自閉スペクトラム症といった他の精神疾患の症状では、うまく説明されない。
J	J.他の医学的疾患（例：パーキンソン病、肥満、熱傷や負傷による醜形）が存在している場合、その恐怖、不安、または回避は、明らかに医学的疾患とは無関係または過剰である。

ICD-11	DSM-5の項目との対応	CIDI変数
社会不安障害は、社会的交流（例：会話をする）、観察を感じながら何かをする（例：他人の前で飲食する）、他人の前でパフォーマンスをする（例：スピーチをする）など、一つまたは複数の社会的状況において、顕著かつ過度の恐怖または不安が(A)	A	dsm5_so_a
一貫して生じる(C)ことを特徴とします。	C	dsm5_so_c
本人は、自分が他人から否定的に評価されるような行動をとったり、不安症状を示したりすることを心配している(B)。	B	dsm5_so_b
関連する社会的状況は一貫して回避されるか、さもなければ強い恐怖または不安をもって耐え忍ばれる(D)。	D	dsm5_so_d
その症状は少なくとも数ヶ月間持続し(F)、	F	Not operationalized
個人、家族、社会、教育、職業、またはその他の重要な分野の機能において、重大な苦痛または重大な障害をもたらすほど十分に深刻である(G)。	G	dsm5_so_g

表 6

PA :Panic Disorderパニック障害

DSM-5	
A	A. 繰り返される予期しないパニック発作。パニック発作とは、突然、激しい恐怖または強烈な不快感の高まりが数分以内でピークに達し、その時間内に、以下の症状のうち4つ（またはそれ以上）が起こる。注：突然の高まりは平穏状態、または不安状態から起こりうる。
A1	(1)動悸、心悸亢進、または心拍数の増加
A2	(2)発汗
A3	(3)身震いまたは震え
A4	(4)息切れ感または息苦しさ
A5	(5)窒息感
A6	(6)胸痛または胸部の不快感
A7	(7)嘔気または腹部の不快感
A8	(8)めまい感、ふらつく感じ、頭が軽くなる感じ、または気が遠くなる感じ
A9	(9)寒気または熱感
A10	(10)異常感覚（感覚麻痺またはうずき感）
A11	(11)現実感消失（現実ではない感じ）または離人感（自分自身から離れている）
A12	(12)抑制力を失うまたは“どうかになってしまう”ことに対する恐怖
A13	(13)死ぬことに対する恐怖 注：文化特有の症状（例：耳鳴り、首の痛み、頭痛、抑制を失った叫びまたは号泣）がみられることもある。この症状は、必要な4つの症状の1つと数え上げるべきではない
B	B.発作のうち少なくとも1つは、以下に述べる1つまたは両者が1カ月（またはそれ以上）続いている。
B1	(1)さらなるパニック発作またはその結果について持続的な懸念または心配（例：抑制力を失う、心臓発作が起こる、“どうかになってしまう”）
B2	(2)発作に関連した行動の意味のある不適応的変化（例：運動や不慣れた状況を回避するといった、パニック発作を避けるような行動）
C	C.その障害は、物質の生理学的作用（例：乱用薬物、医薬品）、または他の医学的疾患（例：甲状腺機能亢進症、心肺疾患）によるものでない。
D	D.その障害は、他の精神疾患によってうまく説明されない（例：パニック発作が生じる状況は、社交不安症の場合のように恐怖する社会的状況に反応して生じたものではない；限局性恐怖症のように、限定された恐怖対象または状況に反応して生じたものではない；強迫症のように、強迫観念に反応して生じたものではない；心的外傷後ストレス障害のように、外傷的出来事を想起させるものに反応して生じたものではない；または、分離不安症のように、愛着対象からの分離に反応して生じたものではない）。

ICD-11	DSM-5の項目との対応	CIDI変数
パニック障害は、特定の刺激や状況に限定されない、予期せぬパニック発作の再発を特徴とします。パニック発作は、いくつかの特徴的な症状		
（例えば、動悸または心拍数増加(A(1))、	A1	PA_PndHrt
発汗(A(2))、	A2	PA_Sweat
震え(A(3))、	A3	PA_Shake
息切れ(A(4))、	A4	PA_ShrtBr
胸痛(A(6))、	A6	PA_ChstPn
めまいまたはふらつき(A(8))、	A8	PA_Dizzy
寒気、ほてり(A(9))、	A9	PA_Chills
切迫した死の恐怖(A(13))	A13	PA_AfDie
の急速かつ同時の発症を伴う強い恐怖または不安の個別のエピソードである。		
さらに、パニック障害は、		
パニック発作の再発または重大性に対する持続的な懸念(B(1))、	B1	PA_WryAtt
またはその再発を回避するための行動(B(2))によって特徴付けられ、	B2	PA_ActAtt
その結果、個人、家族、社会、教育、職業、または他の重要な領域の機能に著しい障害をもたらす。		
この症状は、他の医学的状態の現れではなく、中枢神経系に対する物質や薬物の影響によるものでもありません(C)。	C	dsm5_pd_c

表 7

GAD : Generalized Anxiety Disorder 全般性不安障害

DSM-5		ICD-11	DSM-5の項目との対応	CIDI変数
A	A. (仕事や学業などの) 多数の出来事または活動についての過剰な不安と心配 (予期憂慮) が、起こる日のほうが起こらない日より多い状態が少なくとも6カ月間にわたる。	全般性不安障害は、少なくとも数ヶ月間、毎日持続する顕著な不安症状によって特徴付けられ、		
B	B. その人は、その心配を抑制することが難しいと感じている。	一般的な不安 (すなわち、「自由浮動性不安」) または複数の日常の出来事、最も頻繁に家族、健康、財政、および学校または仕事に関することに焦点を当てた過度の心配のいずれか(A)、	A	temp_dsm5_gad_a
C	C. その不安および心配は、以下の6つの症状のうち3つ (またはそれ以上) を伴っている (過去6カ月間、少なくとも数個の症状が起こる日のほうが起こらない日より多い)。	ならびに筋肉の緊張または運動の落ち着かなさ(C(5))、	C5	dsm5_gad_c5
C1	(1) 落ち着きのなさ、緊張感、または神経の高ぶり	交感神経の自律神経過剰活動、緊張の自覚体験(C(1))、	C1	dsm5_gad_c1
C2	(2) 疲労しやすいこと	集中力の維持困難(C(3))、	C3	dsm5_gad_c3
C3	(3) 集中困難、または心が空白になること	いらいら(C(4))または	C4	dsm5_gad_c4
C4	(4) 易怒性	睡眠障害(C(6))などの追加の症状とともに示される。	C6	dsm5_gad_c6
C5	(5) 筋肉の緊張	その結果、個人的、家族的、社会的、教育的、職業的、またはその他の重要な領域において、著しい苦痛または著しい機能障害を生じている(D)。	D	temp_dsm5_gad_d
C6	(6) 睡眠障害 (入眠または睡眠維持の困難、または、落ち着かず熟感のない睡眠)	その症状は、他の健康状態の現れではなく(F)、	F	Not operationalized
D	D. その不安、心配、または身体症状が、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。	物質または薬物の中枢神経系への影響によるものでもない(E)。	E	Not operationalized
E	E. その障害は、物質 (例: 乱用薬物、医薬品) または他の医学的疾患 (例: 甲状腺機能亢進症) の生理学的作用によるものではない			
F	F. その障害は他の精神疾患ではうまく説明されない (例: パニック症におけるパニック発作が起こることの不安または心配、社交不安症 (社交恐怖) における否定的評価、強迫症における汚染 または他の強迫観念、分離不安症における愛着の対象からの分離、心的外傷後障害ストレス障害における外傷的出来事を思い出させるもの、神経性やせ症における体重が増加すること、身体症状症における身体的訴え、醜形恐怖症における想像上の外見上の欠点の知覚、病氣不安症における深刻な病氣をもつこと、または、統合失調症または妄想性障害における妄想的信念の内容、に関する不安または心配)。			

表 8

OCD : Obsessive-Compulsive Disorder 強迫性障害

DSM-5		ICD-11	DSM-5の項目との対応	CIDI変数
A	A.強迫観念、強迫行為またはその両方の存在	強迫性障害は、持続的な強迫観念または強迫行為、あるいは最も一般的にはその両方の存在によって特徴付けられます。強迫観念は、侵入的で望ましくない、一般に不安に関連する反復的で持続的な思考、イメージ、衝動/衝動です(強迫観念A(1))。	観念A1	
	強迫観念は以下の (1)と(2)によって定義される：	本人は強迫観念を無視または抑制しようとしたり、強迫行為を行うことで強迫観念を中和しようとする(強迫観念A(2)、	観念A2	
観念A1	(1)繰り返される持続的な思考、衝動、またはイメージで、それは障害中の一時期には侵入的で不適切なものとして体験されており、たいいていの人においてそれは強い不安や苦痛の原因となる。	強迫行為A(2)?)。	行為A2?	
観念A2	(2)その人はその思考、衝動、またはイメージを無視したり抑え込もうとしたり、または何か他の思考や行動(例：強迫行為を行うなど)によって中和しようと試みる。	強迫行為とは、強迫観念に反応して、厳格な規則に従って、あるいは「完全」という感覚を得るために、本人が行うよう駆り立てられると感じる反復的な精神的行為を含む反復的な行動のことです(強迫行為A(1))。	行為A1	
	強迫行為は以下の (1)と(2)によって定義される：	強迫性障害と診断されるためには、強迫観念や強迫行為が時間を要する(例：1日に1時間以上かかる)か、個人、家族、社会、教育、職業、その他の重要な領域の機能に著しい苦痛や著しい障害をもたらしていることが必要です(B)。	B	dsm5_ocd_b
行為A1	(1)繰り返しの行動(例：手を洗う、順番に並べる、確認する)または心の中の行為(例：折る、数える、声を出さずに言葉を繰り返す)であり、その人は強迫観念に対応して、または厳密に適用しなくてはならないある決まりに従ってそれらの行為を行うよう駆り立てられているように感じている。			
行為A2	(2)その行動または心の中の行為は、不安または苦痛を避けるかまたは緩和すること、または何か恐ろしい出来事や状況を避けることを目的としている。しかしその行動または心の中の行為は、それによって中和したり予防したりしようとしていることは現実味のあるものではつながらず、または明らかに過剰である。			
B	B.強迫観念または強迫行為は時間を浪費させる(1日1時間以上かかる)、または臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。			
C	C.その障害は、物質(例：乱用薬物、医薬品)または他の医学的疾患の直接的な生理学的作用によるものではない。			
D	D.その障害は他の精神疾患の症状ではうまく説明できない(例：全般不安症における過剰な心配、醜形恐怖症における容貌へのこだわり、ためこみ症における所有物を捨てたり手放したりすることの困難さ、抜毛症における抜毛、皮膚むしり症における皮膚むしり、常同運動症における常同症、摂食障害における習慣的な食行動、物質関連障害および嗜癖性障害群における物質やキャンブルへの没頭、病氣不安症における疾病をもつことへのこだわり、パルフィリア障害群における性的衝動や性的空想、秩序破壊的・衝動制御・素行症群における衝動、うつ病における罪悪感の反響、統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害群における思考吹入や妄想的なこだわり、自閉スペクトラム症における反復的な行動様式)。			

注) ?は対応が取れているか今後の精査が必要なことを表している。

表 9

PTS : Post-traumatic Stress Disorder 心的外傷後ストレス障害 (PTSD)

DSM-5	
A	A.実際にまたは危うく死ぬ、重症を負う、性的暴力を受ける出来事への、以下のいずれか1つ（またはそれ以上）の形による曝露：
A1	(1)心的外傷的出来事を直接体験する、
A2	(2)他人に起こった出来事を直に目撃する、
A3	(3)近親者または親しい友人に起こった心的外傷的出来事を耳にする、家族または友人が実際に死んだ出来事または危うく死にそうになった車の出来事の場合、それは暴力的なものまたは偶発的なものでなくてはならない、
A4	(4)心的外傷的出来事の強い不快感をいだく細部に、繰り返しまたは極端に曝露される体験をする（例：遺体を収集する緊急対応要員、児童虐待の詳細に繰り返し曝露される警官）、注：基準A4は、仕事に関連するものでない限り、電子媒体、テレビ、映像、または写真による曝露には適用されない、
B	B.心的外傷的出来事の後に始まる、その心的外傷的出来事に関連した以下のいずれか1つ（またはそれ以上）の侵入症状の存在：
B1	(1)心的外傷的出来事の反復的、不随意的、および侵入的で苦痛な記憶、注：6歳を超える子どもの場合、心的外傷的出来事の主題または側面が表現された遊びを繰り返すことがある、
B2	(2)夢の内容と情動またはそのいずれかが心的外傷的出来事に関連している、反復的で苦痛な夢、
B3	(3)心的外傷的出来事が再び起こっているように感じる、またはそのよう行動する解離症状（例：フラッシュバック）（このような反応は1つの連続体として生じ、非常に極端な場合は現実の状況への認識を完全に喪失するという形で現れる）、
B4	(4)心的外傷的出来事の側面を象徴するまたはそれに類似する、内的または外的なきっかけに曝露された際強烈なまたは遅延する心理的苦痛
B5	(5)心的外傷的出来事の側面を象徴するまたはそれに類似する、内的または外的なきっかけに対する顕著な生理学的反応
C	C.心的外傷的出来事に関連する刺激の持続的回避、心的外傷的出来事の後に始まり、以下のいずれか1つまたは両方で示される、
C1	(1)心的外傷的出来事について、または密接に関連する苦痛な記憶、思考、または感情の回避、または回避しようとする努力"
C2	(2)心的外傷的出来事についての、または密接に関連する苦痛な記憶、思考、または感情を呼び起こすことに結びつくもの（人、場所、会話、行動、物、状況）の回避、または回避しようとする努力"
D	D.心的外傷的出来事に関連した認知と気分の変化、心的外傷的出来事の後に発現または悪化し、以下のいずれか2つ（またはそれ以上）で示される、
D1	(1)心的外傷的出来事の重要な側面の想起不能（通常は解離性健忘によるものであり、頭部外傷やアルコール、または薬物など他の要因によるものではない）"
D2	(2)自分自身や他者、世界に対する持続的で過剰に否定的な信念や予想（例：「私が悪い」、「誰も信用できない」、「世界は徹底的に危険だ」、「私の全神経系は永久に破壊された」）"
D3	(3)自分自身や他者への非難につながる、心的外傷的出来事の原因や結果についての持続的でゆがんだ認識"
D4	(4)持続的な陰性の感情状態（例：恐怖、戦慄、怒り、罪悪感、または恥）"
D5	(5)重要な活動への関心または参加の著しい減退
D6	(6)他者から孤立しているまたは疎遠になっている感覚"
D7	(7)陽性の情動を体験することが持続的にできないこと（例：幸福や満足、愛情を感じるできないこと）"
E	E.心的外傷的出来事に関連した、覚醒度と反応性の著しい変化、心的外傷的出来事の後に発現または悪化し、以下のいずれか2つ（またはそれ以上）で示される、
E1	(1)人や物に対する言語的または肉体的な攻撃性で通常示される、（ほとんど挑発なしで）のいらだたしさと激しい怒り"
E2	(2)無謀なまたは自己破壊的な行動"
E3	(3)過度の警戒心
E4	(4)過剰な驚愕反応
E5	(5)集中困難
E6	(6)睡眠障害（例：入眠や睡眠維持の困難、または浅い眠り）
F	F.障害（基準B,C,DおよびE）の持続が1カ月以上
G	G.その障害は、臨床的に意味のある苦痛または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている、
H	H.その障害は物質（例：医薬品またはアルコール）または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない、

ICD-11	DSM-5の項目との対応	CIDI変数
心的外傷後ストレス障害 (PTSD) は、非常に脅威的な、あるいは恐ろしい出来事や一連の出来事にさらされた後に発症することがあります(A(1)のみ?)。	A1	
PTSDは、次のような特徴を持っています。		
1) ト라우マとなった出来事または出来事を、鮮明な侵入記憶(B(1))、	B1	dsm5_pts_b1
フラッシュバック(B(3))、	B3	dsm5_pts_b3
悪夢の形で現在も再体験する(B(2))。	B2	dsm5_pts_b2
再体験は、1つまたは複数の感覚モダリティを介して起こり、典型的には、強いまたは圧倒的な感情(B(4))、	B4	dsm5_pts_b4
特に恐怖またはホラー、および強い身体感覚(B(5))を伴う；	B5	dsm5_pts_b5
2) その出来事または出来事に関する考えや記憶の回避(C(1))、	C1	SELT_AvMem
またはその出来事を想起させる活動、状況または人の回避(C(2))；	C2	SELT_AvExt
および3) 例えば、過警戒(C(3))	E3	dsm5_pts_e3
または不意の音などの刺激に対する驚愕反応の増強(E(4))で示される、現在高まっている脅威の永続的な知覚。	E4	dsm5_pts_e4
この症状は少なくとも数週間持続し(F)、	F	Not operationalized
個人的、家族的、社会的、教育的、職業的、またはその他の重要な分野の機能に著しい障害をもたらすものである(G)。	G	dsm5_pts_g

表 10

ANX : Anorexia Nervosa 神経性無食欲症

DSM-5		ICD-11	DSM-5の項目との対応	CIDI変数
A	A.必要量と比べてカロリー摂取を制限し、年齢、性別、成長曲線、身体的健康状態に対する有意に低い体重に至る。有意に低い体重とは、正常の下限を下回る体重で、子どもまたは青年の場合は、期待される最低体重を下回ると定義される	神経性食欲不振症は、身長、年齢、発育段階に対して著しく低い体重を特徴(A)とし、他の健康状態や食べ物が手に入らないことが原因ではありません。一般的に用いられる基準値は、成人では肥満度 (BMI) 18.5kg/m ² 未満、小児および青年では年齢に対するBMIが5パーセンタイル未満とされています。他の診断要件を満たす限り、急速な体重減少 (例: 6ヵ月以内に総体重の20%以上) は低体重ガイドラインに取って代わることがある。	A	dsm5_anx_a
B	B.有意に低い体重であるにもかかわらず、体重増加または肥満になることに対する強い恐怖、または体重増加を妨げる持続した行動がある。	小児および青年は、体重減少ではなく、個々の発達の軌跡に基づく予想通りの体重増加の失敗を示すことがある。低体重は、正常な体重の回復を妨げる行動の持続的なパターンを伴い、これには、エネルギー摂取量を減らすことを目的とした行動 (食事制限)、排出行動 (例: 自己誘発性嘔吐、下剤の誤用)、および消費エネルギーを増やすことを目的とした行動 (例: 過剰運動)、一般的に体重増加への恐怖に関連した行動が含まれる場合がある(B)。	B	dsm5_anx_b
C	C.自分の体重または体型の体験の仕方における障害、自己評価に対する体重や体型の不相応な影響、または現在の低体重の深刻さに対する認識の持続的欠如	低体重または体型は、その人の自己評価の中心であるか、正常または過剰でさえあると不正確に認識されている(C)。	C	dsm5_anx_c

表 11

BUL : Bulimia Nervosa 神経性過食症

DSM-5	
A	A.反復する過食エピソード。過食エピソードは以下の両方によって特徴づけられる。
A1	(1)他とはっきり区別される時間帯に（例：任意の2時間の間の中で）、ほとんどの人が同様の状況で同様の時間内に食べる量よりも明らかに多い食物を食べる。
A2	(2)そのエピソードの間は、食べることを抑制できないという感覚（例：食べるのをやめることができない、または、食べる物の種類や量を抑制できないという感覚）。
B	B.体重の増加を防ぐための反復する不適切な代償行動。例えば、自己誘発性嘔吐：緩下剤、利尿薬、その他の医薬品の乱用；絶食：過剰な運動など
C	C.過食と不適切な代償行動がともに平均して3か月間にわたって少なくとも週1回は起こっている。
D	D.自己評価が体型および体重の影響を過度に受けている。
E	E.その障害は、神経性やせ症のエピソードの期間にのみ起こるものではない。

ICD-11	DSM-5の項目との対応	CIDI変数
神経性過食症は、過食の頻繁で再発性のエピソード（例えば、少なくとも1ヶ月の期間にわたって週1回以上）によって特徴づけられる(C)。	C	dsm5_bul_c
むちゃ食いエピソードは、食べることに對する主観的なコントロールの喪失を経験し、通常よりも著しく多くまたは異なって食べ(A(1))、	A1	dsm5_bul_a1
食べることを止めることができない、または食べる食品の種類または量を制限することができない(A(2))と感ずる明確な期間である。	A2	dsm5_bul_a2
むちゃ食いには、体重増加を防ぐことを目的とした不適切な代償行動（例：自己誘発性嘔吐、下剤または浣腸の乱用、激しい運動）が繰り返し伴う(B)。	B	dsm5_bul_b
本人は体型または体重にこだわり、それが自己評価に強く影響する(D)。	D	dsm5_bul_d
むちゃ食いや不適切な代償行動のパターンについて著しい苦痛がある、または個人、家族、社会、教育、職業、またはその他の重要な分野の機能に著しい障害がある。この患者は、神経性食欲不振症の診断要件を満たしていない(E?)。	E?	

注) ?は対応が取れているか今後の精査が必要なことを表している。

表 12

AUD : Alcohol Use Disorder アルコール使用障害

DSM-5		ICD-11	DSM-5の項目との対応	CIDI変数
A	A.アルコールの問題となる使用様式で、臨床的に意味のある障害や苦痛が生じ、以下のうち少なくとも2つが、12カ月以内に起こることにより示される。	アルコール依存症は、アルコールの反復または継続的な使用によって生じる、アルコール使用の制御障害です。		
A1	(1)アルコールを意図していたよりもしばしば大量に、または長期間にわたって使用する	その特徴は、アルコールを使用したいという強い内的衝動(A(4))であり、	A4	dsm5_aud_a4
A2	(2)アルコールの使用を減量または制限することに対する、持続的な欲求または努力の不成功がある。	それは、使用をコントロールする能力の低下(A(2))、	A2	dsm5_aud_a2
A3	(3)アルコールを得るために必要な活動、その使用、またはその作用から回復するのに費やされる。	他の活動よりもアルコール使用を優先し(A(7))、	A7	dsm5_aud_a7
A4	(4)渴望、つまりアルコール使用への強い欲求、または衝動	害や否定的な結果にもかかわらず使用を継続する(A(6), A(9))ことによって現れます。	A6,A9	dsm5_aud_a6, dsm5_aud_a9
A5	(5)アルコールの反復的な使用の結果、職場、学校、または家庭における重要な役割の責任を果たすことができなくなる。	これらの体験は、しばしばアルコールを使いたいという衝動や渴望の主観的な感覚(A(4))を伴います	A4	dsm5_aud_a4
A6	(6)アルコールの作用により、持続的、または反復的に社会的、対人的問題が起こり、悪化しているにもかかわらず、その使用を続ける。	また、アルコールの作用に対する耐性(A(10))、	A10	dsm5_aud_a10
A7	(7)アルコールの使用のために、重要な社会的、職業的、または娯楽的活動を放棄、または縮小している。	アルコール使用の中止または減少に伴う離脱症状(A(11(a)))、	A11a	TAAL_Wdrl
A8	(8)身体的に危険な状況においてもアルコールの使用を反復する。	あるいは離脱症状を予防または緩和するためのアルコールまたは薬理学的類似物質の反復使用(A(11(b)))など、依存の生理学的特徴も存在する場合があります。依存の特徴は通常、少なくとも12ヶ月の期間にわたって明らかになりますが、少なくとも3ヶ月間、アルコールの使用が継続的（毎日またはほぼ毎日）であれば、診断されることがあります。	A11B	TAAL_AvWdrl
A9	(9)身体的または精神的問題が、持続的または反復的に起こり、悪化しているらしいと知っているにもかかわらず、アルコールの使用を続ける。			
A10	(10)耐性、以下のいずれかによって定義されるもの：			
A10a	(a)中毒または期待する効果にするために、著しく増大した量のアルコールが必要			
A10b	(b)同じ量のアルコールの持続使用で効果が著しく減弱			
A11	(11)離脱、以下のいずれかによって明らかとなるもの：			
A11a	(a)特徴的なアルコール離脱症候群がある(以下のアルコール離脱の基準AおよびBを参照)。			

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
特になし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
特になし					

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学
 所属研究機関長 職名 学長
 氏名 藤井 輝夫

次の職員の令和5年度 厚生労働科学研究費補助金 の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 世界精神保健調査に資する大規模疫学調査による精神疾患の有病率等を把握するための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医学系研究科・教授
 (氏名・フリガナ) 西 大輔・ニシ ダイスケ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 慶應義塾大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 伊藤 公平

次の職員の令和5年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合 研究事業
2. 研究課題名 世界精神保健調査に資する大規模疫学調査による精神疾患の有病率等を把握するための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部・特任教授
(氏名・フリガナ) 立森 久照・タチモリ ヒサテル

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京大学大学院医学系研究科・医学部	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学
 所属研究機関長 職名 学長
 氏名 藤井 輝夫

次の職員の令和5年度 厚生労働科学研究費補助金 の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 世界精神保健調査に資する大規模疫学調査による精神疾患の有病率等を把握するための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医学系研究科・講師
 (氏名・フリガナ) 佐々木 那津・ササキ ナツ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東京大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。