

第 104 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

ICD-11 に向けて：統合失調症関連の課題

針間 博彦 (都立松沢病院)

ICD における統合失調症概念の変遷を簡単に述べ、ICD-10 の統合失調症診断とその問題点を検討し、DSM-V の動向に触れたうえで、ICD-11 に向けた課題について検討する。

I. ICD における統合失調症概念の変遷

A. ICD における精神障害とその診断基準

国際疾病分類 (ICD) では、ICD-6 (1948) で初めて精神障害の章が加わり、1965 年の ICD-8 (1965) までは精神障害の診断分類が並べられたものであった。米国では 60 年代後半から診断基準を作成する気運が高まり、1972 年に Feighner の基準が、1975 年に研究用診断基準 (RDC) が作成されたのち、これらの作成者が中心となって

1980 年、操作的診断基準を精神障害全体に用いた最初のものとして DSM-III が発表された。ICD-9 (1975) は主として障害の概念に関する叙述的な診断基準であったが、DSM-III-R (1987) が発表されたのちの ICD-10 (1989) では、初めて操作的診断基準が導入された。ICD-11 は 2015 年の発表が予定されている。

B. ICD-9, 10 における統合失調症概念 (表1)

ICD-9 における統合失調症の概念は「人格の基本的障害、思考の特徴的なゆがみ、しばしば外力によって影響されるという感覚、奇異な妄想、知覚障害、実際の状況にそぐわない異常な感情および自閉が存在する一群の精神病」というもので

表 1 統合失調症診断：ICD-9 vs. ICD-10

ICD-9	ICD-10
295.0 単純型	F20.6 単純型統合失調症
295.1 破瓜型	F20.1 破瓜型統合失調症
295.2 緊張型	F20.2 緊張型統合失調症
295.3 妄想型	F20.0 妄想型統合失調症
295.4 急性分裂病性挿話	F23.0 急性一過性精神病性障害
295.5 潜伏分裂病	F21 統合失調型障害
295.6 残遺分裂病	F20.5 残遺型統合失調症
295.7 分裂情動型	F25 統合失調感情障害

あり、Bleuler, E. の統合失調症概念に影響を受けたものであった。「思考、知覚、気分、行為、人格の特徴的な障害のうち、できれば少なくとも2つ」という一応の診断基準が設けられているが、経過は考慮されず、統合失調症概念は広いものであった。

ICD-10 では、DSM-III 以降と同様に包含基準と除外基準による操作的診断基準が設けられた。統合失調症については、精神病症状は陰性症状と比べて「全か無か」という診断基準に適した性質があると考えられたため、DSM-III 以降と同様に Schneider, K⁶⁾ の1級症状など精神病症状が重視された。一方、思考形式障害のみに基づいて統合失調症と診断しないなど、Bleuler 的な統合失調症概念は一定の制限を受けた。ICD-9 にはなかった1ヶ月という症状の持続期間の基準が設けられ、除外基準として器質性疾患および中毒、そして気分障害が挙げられた。したがって、ICD-10 では、症状の持続期間の基準によって急性分裂病性挿話が「F23 急性一過性精神病性障害」として、明らかな統合失調症状を呈さない潜伏分裂病は、「F21 統合失調型障害」として統合失調症とは別のカテゴリーとなり、また分裂情動型も統合失調症の下位分類ではなく別のカテゴリーとなった。こうして、ICD-10 における統合失調症は ICD-9 よりも制限されたものとなった。

その結果、ICD-10 では、統合失調症関連の障害である F2 が統合失調型障害、妄想性障害も含め、8項目もの下位診断にカテゴリー分類されている。

II. ICD-10 の統合失調症診断とその問題点

A. ICD-10 と階層原則

ICD-10 における精神障害の大分類は階層構造を有している。これは Jaspers の階層原則に従ったものであり、器質性障害、統合失調症、気分障害、神経症性障害の順に並べられている。ここで Jaspers の階層原則とは、1人の患者にさまざまな精神症候群が同時あるいは継時的に出現する場合、器質性、統合失調症性、躁うつ病性、精神病

表2 ICD-10 (DCR) F20 統合失調症の包含基準 (要約) と Schneider の等級付け

-
- (1) 以下のうち少なくとも1項
- a) 妄想化声、妄想の被影響体験 (妄想吹入、妄想奪取、妄想伝播)
 - b) 被支配・被影響・させられの妄想、妄想知覚
 - c) 実況解説する幻声、対話性幻声、身体から聞こえる幻声
 - d) 奇異な妄想
- (2) あるいは以下のうち少なくとも2項
- a) 他の幻覚 (妄想を伴う、あるいは伴わない)
 - b) 思考形式障害
 - c) 緊張病性行動
 - d) 陰性症状

Schneider の等級付け

- 1級症状
 - 2級症状
 - 3級症状 (表出症状)
-

質性-神経症性の症候群という順で、経過中に最も深く到達した「層」が診断にとって決定打となる、というものである。Schneider の診断学は、明言していないものの、この Jaspers の階層原則に基づいており、1級症状が存在し、身体的基礎疾患を見いだすことができない場合、臨床上、統合失調症と呼ぶ、という基準はこのことを示している。Schneider のこうした包含基準と除外基準による診断が、のちに発展する操作的診断学の第一歩となった。

B. 統合失調症診断に関する Schneider の影響と相違点

ICD-10 研究用診断基準 (DCR)⁷⁾ による、統合失調症の全般基準では、包含基準は1つあれば十分なものと、ふたつ以上必要なものに大別され、各項目の具体的症状が挙げられている。これを要約すると、表2のようになる。

(1)の a から c までの症状群は、Schneider の1級症状全体を含むものであり、これらが1つでも存在し、基礎疾患が除外されれば統合失調症と診断されるという点は、Schneider に従っている。症状群 (1) d と (2) a の現象は、Schneider に

表3 Schneider vs. ICD-10：統合失調症診断の相違点

	シュナイダー	ICD-10
考想化声	幻声の1種	思考の障害
1級の妄想	妄想知覚	妄想知覚 奇異な妄想
1級の幻覚	3種の幻声	2種の幻声 身体からの幻声
持続期間	要件なし	1ヶ月以上
感情症状	2級症状	感情症状が先に出現すれば感情障害と診断

よれば2級症状である。2のbからdの症状群はSchneiderの意味での表出症状，すなわち思考形式障害，緊張病症状，陰性症状である。このように，症状の診断的重要性に関して，身体から聞こえる幻声，奇異な妄想が1級症状と同等の扱いをされているほかは，Schneiderに従っていることになる（表2）。

ICD-10とSchneiderの相違点をあげると（表3），症状面では，Schneiderが幻声の1種として挙げた考想化声が，考想吹入などと共に(1)aの思考の障害群に含まれている。Schneiderの1級症状に数え入れられる妄想は妄想知覚のみであるが，ICD-10ではこれに加えていわゆる奇異な妄想が1つあればよい症状とされている。また，(1)bの中では被影響体験・させられ体験が妄想の1種とされている。幻覚については，Schneiderのあげた3種の幻声（考想化声，言い合う形の幻声，自身の行動と共に発言する幻声）に加えて，ICD-10では身体から聞こえる幻声も1つあればよい症状としてあげられている。

Schneiderは「診断は経過ではなく状態像に基づく」と述べ，症状の持続時間を診断の要件にしていないが，ICD-10ではこれらの症状が1ヶ月以上続くという持続期間の要件がある。

気分障害との関連について，Schneiderは抑うつおよび愉快気分変調を2級症状としてあげ，これらは統合失調症にも気分障害にもみられるとしているが，ICD-10ではこうした感情症状が統合失調症状に先行する場合，気分障害と診断される。

C. DSM-IV との比較

次に，比較のためにDSM-IV¹⁾の統合失調症診断に触れておく。DSM-IVにおける統合失調症の診断基準は，AからFまでの基準をすべて満たす必要があり，ICD-10との相違は，Bの社会機能の低下，Cの前駆期・残遺期を含めた障害の持続期間という基準が主なものである。

Aの特徴的症状として，(1)妄想，(2)幻覚，(3)まとまりのない会話，(4)ひどくまとまりのないまたは緊張病性の行動，(5)陰性症状，すなわち感情の平板化，思考の貧困，または意欲の欠如があげられ，注として，1つあればよい症状があげられている。これら5つの項目は，(1)(2)の精神病症状，(3)(4)の解体，(5)の陰性症状という精神病理の次元別に配列されている。しかし，各次元の重症度の基準は示されていない。

ICD (DCR)-10とDSM-IVにおける統合失調症の診断基準を比較すると（表4），精神病症状の面では，ICD-10では考想化声を取り上げられていること，身体から聞こえる幻声も1級症状と同等の扱いになっていること，妄想の面では，ICD-10では妄想知覚が1つあればよい症状として取り上げられていること，自我障害がICD-10では「被支配・被影響・させられの妄想」という表現で取り上げられているが，DSM-IVでは「奇異な妄想」に含まれていることなどの相違がある。解体症状の取り上げられ方は，両者で同じである。陰性症状としては，DSM-IVではICD-10にはない「意欲の障害」が取り上げられてい

表4 ICD(DCR)-10 と DSM-IV：統合失調症診断の相違点

	ICD-10	DSM-IV
より特徴的な幻覚	考想化声 解説幻声 対話性幻声 身体からの幻声	解説幻声 対話性幻声
より特徴的な妄想	妄想知覚 奇異な妄想	奇異な妄想
自我障害	考想被影響体験 被支配・被影響・させられの妄想	奇異な妄想に含まれる
解体	思考形式障害 緊張病性行動	まとまりのない会話 ひどくまとまりのないあるいは緊張病性の行動
陰性症状	無感情 会話の貧困 情動的応答の鈍麻	感情の平板化 思考の貧困 意欲の欠如
特徴的症状の期間	1ヶ月以上	1ヶ月以上(治療が成功すればそれ以下)
社会機能	規定なし	病前より低下
持続期間	規定なし	6ヶ月

る。これらの特徴的症状の期間は、ICD-10、DSM-IV ともに1ヶ月以上が必要とされている。

DSM-IV では、ICD-10 とは異なり、病前からの社会機能の低下と6ヶ月以上という障害の持続期間が要件とされており、経過を重視する Kraepelin の早発性痴呆概念の影響が残されている。この点において ICD-10 は、「診断は状態像に基づく」という Schneider の考え方により近いといえる。

D. ICD-10 による統合失調症診断の特徴と問題点

ICD-10 の統合失調症診断の特徴と問題点として、次の点を指摘しよう。診断分類は診断基準によるカテゴリー的分類であり、包含基準として精神病症状、とくに1級症状が重視されており、持続期間が要件とされている。除外基準として脳器質疾患と気分障害があげられており、統合失調症と気分障害は Kraepelin 的な二分法によって区別されている。重症度、病期の基準がなく、そのため基準すなわち閾値以下の障害は、別のカテ

グリーの診断が与えられるか、あるいは該当するカテゴリーがないことになる。

1. 持続時間の基準

ICD-10 では、ある症状が少なくとも1ヶ月間のうち「ほとんどの期間」存在する、あるいは「ある期間、ほとんど一日中」存在することが、統合失調症と診断し、急性一過性精神病性障害のうち統合失調症状を伴うものから鑑別する上で重要であるとされているが、これは臨床上、確実に決めることが困難である。また、1級症状が存在するのか、それとも2級症状しか存在しないのかという判断は、観察期間に依存しているため、長期の縦断的経過を把握していなければ、確実な分類が不可能である。

2. 気分障害との関連

ICD-10 では、いわゆる内因性精神病は Kraepelin 的二分法に従って F2 の統合失調症関連障害と F3 の気分障害という大カテゴリーに区別されている。さらに、統合失調症の除外基準として、患者が躁病エピソードやうつ病エピソードの基準も満たす場合、統合失調症の基準は気分障害より

も先に出現していなければならない、とされている (DSM-IV も同様である)。この除外基準の問題点として、第1に、統合失調症と気分障害の鑑別上、感情症状の確認が統合失調症状、とくに1級症状よりも優先されることは、先に述べた階層原則と矛盾している。第2に、古くから知られているように、多くの経過は統合失調症状が認められる前にうつ病エピソードで始まり、また長い経過中にうつ病エピソードや躁病エピソードを示すことが少なくないのであり、統合失調症と気分障害の間には臨床経過上の移行が存在する。この点に関して Schneider は、統合失調症と気分障害が臨床的な状態と経過による単位にすぎないことから、両者の間に鑑別診断はなく、鑑別類型学しないことを強調している。

3. 重症度、病期の不在

次に、統合失調症の重症度・病期が十分に規定されていないため、その変化によって診断が変わる可能性がある、という問題がある。たとえば、ICD-10 に従えば、統合失調症のいわゆる前駆期は気分障害、適応障害などの別の診断が与えられるか、あるいは診断閾値下の病態としかとらえられない。初回エピソード精神病が出現すると、まず急性一過性精神病性障害と診断され、統合失調症状が1ヶ月以上経過した場合、統合失調症と診断が変更されることになる。

III. DSM-V における精神病診断の動向

A. カテゴリー方式と次元方式

すでに DSM-IV の序文のなかで、現行の診断分類のカテゴリー方式の限界と、それにかわる次元方式の可能性について触れられている。

カテゴリー方式の利点として、医学の診断システムすべてに用いられる基本的方法であること、またある診断分類の全員が均質で分類間の境界が明確であるとき、最も有効であることがあげられ、また限界として、精神障害の各カテゴリーは完全に分かれた単位ではないこと、同じ精神障害を持っていると記載されたすべての人が、すべての面で類似しているわけではないこと、診断の他に詳

しい付加的臨床情報を得る必要があることが指摘されている。

次元方式については、利点として、分散が連続的で明瞭な境界をもたない現象の記述に適していること、信頼性が高くなり、より多くの臨床情報を伝達でき、カテゴリー方式で閾値以下であった臨床的特性も記録できるようになることがあげられ、また限界として、なじみがないこと、生き生きとした描写に乏しいこと、どの次元が最良であるか合意が得られていないことが指摘されている。

B. DSM-V の動向

ICD-11 は DSM-V と協調して作成されることが決定しているため、近年開始された DSM-V 作成に向けた会議の内容について触れておく。

2006年2月に開催された精神病関連の会議は「精神病の脱構築 Deconstructing Psychosis」と題され、これまでのカテゴリーの分類を見直す動きが始まった。統合失調症、統合失調感情障害、妄想性障害、短期精神病性障害、双極性障害、精神病性うつ病を含む 'General psychosis syndrome' という概念が提唱された。また、統合失調症の持続期間の基準を1ヶ月にすること、次元的に特定された基準を設けることが提案され、基準として陽性症状、陰性症状、抑うつ症状、躁症状、認知の低下、機能障害が挙げられた。

次いで2006年7月に行われた「精神科的診断の次元側面 Dimensional Aspects of Psychiatric Diagnosis」に関する会議では、次元的アプローチによる精神病性障害の諸領域が提案され、診断特異的領域に加え、治療関連領域として感情障害、日常生活動作、社会的支援、生産的活動への参加、物質使用があげられた。

IV. ICD-11 に向けての課題

A. ICD改訂に関して取り上げられた問題

2007年、WHOはICD-11の精神障害に関する作業部会を発足させた。最初の会議では、subclinicalな病態、リスク要因と保護要因、関連する生物学的、心理学的研究所見、自然経過、治療

表5 統合失調症の異常体験 (Huber, 2005)

異常体験形式	1 級症状	2 級症状
幻声	対話性幻声 実況解説する幻声 考想化声 (命令幻声)	その他の幻声
身体幻覚	身体的被影響体験	狭義の体感症
他の感覚領域の幻覚	—	幻視 幻嗅 幻味
統合失調症性自我障害	考想吹入 考想奪取 考想伝播 意志被影響	—
妄想	妄想知覚	単純自己関係付け 妄想着想

反応を含めること、次元とカテゴリーのいずれか、あるいは両方を用いること、大カテゴリーを用いるのか、それとも障害を列挙するのが、現行のカテゴリーの数は妥当か、多軸診断を導入するか、そして DSM-V と調和させることなどが検討された。

2007 年 1 月に行われた ICD-10 改訂運営会議では、これらのテーマに関する論文作業が提案され、そのなかで、精神障害の分類と診断におけるカテゴリーに対比した次元の役割と、閾値の設定に焦点を当てることが挙げられた。

2007 年秋に行われた精神障害に関する ICD-10 改訂グループの第 2 回会議では、重症度の基準を設定するという提案が報告された。重症度が適応となる介入の形態に関連する場合、あるいは病態の初期段階における予防措置が適切である場合、診断過程内で重症度のレベルを同定できることが重要であるとされ、1つの方法は、診断システムの一部として、重症度レベルあるいは重症度次元を作成することであるとされた。

B. 次元方式による閾値の設定と病期分類

ところで、先に述べた 1 級症状について、Schneider 自身はその共通構造を想定しようとは

せず、すべての 1 級症状を自我障害に含めることに同意しなかった。むしろこれらは幻覚、自我障害、妄想という 3 つの次元に群別されるものであり、Huber³⁾ による統合失調症の異常体験の分類では (表 5)、1 級症状、2 級症状が次元別に配列されている。このように 1 級症状、2 級症状は次元別・重症度別に理解しうる面がある。

また重症度と関連して、ICD-11 では生涯-力動的分類も検討されている。統合失調症の表現型は通常重なり合い、生涯を通じて重症度と形態が変化することから、臨床病期分類が有用である可能性がある。しかし、ICD-10 では病期として統合失調症後抑うつと残遺期が挙げられているにすぎない。

McGorry⁴⁾ は精神病性障害および重症気分障害の臨床病期分類モデルを提唱している (表 6)。ここで、1b 期は超ハイリスク期であり、閾値下の症状によって規定され、初回エピソード精神病である 2 期の前段階として位置付けられている。これにより、従来のカテゴリー的分類では取りこぼされていた、あるいは別の診断が下されていた診断閾値下の状態に対しても、リスクに応じた対応が可能になると考えられている。

また、Andreasen ら²⁾ による「統合失調症の寛

表6 精神病性障害および重症気分障害の臨床病期分類モデル (McGorry, 2007)

病期	定義
0	精神病性障害あるいは重症気分障害のリスク亢進 現在, 症状なし
1 a	精神病性障害あるいは重症気分障害の軽度あるいは非特異的な症状 (神経認知的欠損を含む) 軽度の機能上の変化あるいは低下
1 b	超ハイリスク: 中等度の神経認知的変化および事例化に至る機能低下 (GAF < 70) を伴う, 中等度だが閾値下の症状
2	中等度から重度の症状を伴う完全閾値障害, 神経認知欠損および機能低下 (GAF, 30~50) を伴う, 精神病性障害あるいは重症気分障害の初回エピソード
3 a	初回エピソードからの不完全寛解
3 b	精神病性障害あるいは気分障害の再出現あるいは再発 治療によって安定するが, GAF 値, 残遺症状, あるいは神経認知が, 初回エピソードからの寛解後に得られた最高レベルに達しない
3 c	多数回の再発で, 疾病の臨床的な程度と影響の悪化が客観的に存在する
4	症状, 神経認知, 能力低下の基準によって判断される, 重症, 持続性の, あるいは寛解しない疾病

解に関する作業部会」は、精神病症状、解体、陰性症状という DSM-IV の統合失調症診断にそった精神病理学的次元別に、寛解 (remission) の基準を設定した。こうした寛解の定義作成は、社会機能の改善も考慮した回復という概念の前提として重要と考えられている。

C. 「人間中心の総合的診断」

最後に、ICD-11 では「人間中心の統合的診断」⁵⁾が提案されている。これは WPA の「人間の精神医学」を開発する運動と関係し、診断とは「人間の生活状況内で相互作用する健康の陽性および陰性の諸側面」と定義されている。その診断は、疾病、能力低下/機能、リスク要因と保護要因の領域について行われ、カテゴリー方式、次元方式、ナラティブ・記述方式が必要に応じて用いられるというものである。

V. ま と め

ICD-10 における統合失調症は、気分障害との二分法によるカテゴリー的分類であり、気分障害との移行や重症度・病期の不在という問題がある。ICD-11 では、現行のカテゴリー的分類を補完す

るものとして、次元的アプローチの併用が検討され、また重症度のレベルないし次元、生涯の経過を考慮した病期分類が検討されている。ICD-11 では、精神病の閾値下の病態が記述され、臨床病期の特定期が可能となることが望まれる。Schneider の 1 級症状はカテゴリー的分類の基準としてではなく、むしろ精神病の重症度を示す指標としての意義を有する可能性がある。

文 献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, Text Revision. APA, Washington, D.C., 2000 (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳: DSM-IV-TR 精神障害の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2002)
- 2) Andreasen, N.C., Carpenter, W.T., Jr., et al.: Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry*, 162 (3); 441-449, 2005
- 3) Huber, G.: Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung. 7. Aufl. Schattauer, Stuttgart, New York, 2005
- 4) McGorry, P.D., Purcell, R., et al.: Clinical staging: a heuristic model for psychiatry and youth mental

health. *Med J Aust*, 187 (7 Suppl) ; S40-42, 2007

5) Mezzich, J.E., Salloum, I.M. : Towards innovative international classification and diagnostic systems: ICD-11 and person-centered integrative diagnosis. *Acta Psychiatr Scand*, 116 (1) ; 1-5, 2007

6) Schneider, K. : *Klinische Psychopathologie*. 15. Aufl. mit einem aktualisierten und erweiterten Kommentar von Huber G und Gross G. Thieme, Stuttgart,

2007 (針間博彦訳：クルト・シュナイダー 新版 臨床精神病理学. 文光堂, 東京, 2007)

7) World Health Organization : *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research*. WHO, Geneva, 1992 (中根允文, 岡崎祐士, 藤原妙子ほか訳：ICD-10 精神および行動の障害—DCR 研究用診断基準, 新訂版. 医学書院, 東京, 2008)
