

## 第 104 回日本精神神経学会総会

## シンポジウム

ICD-10 「臨床記述と診断ガイドライン」および「研究用診断基準」の  
気分（感情）障害における有用性と問題点について

車 地 暁 生（東京医科歯科大学大学院精神行動医科学分野）

## 1 はじめに

ICD-10 「精神および行動の障害」の「臨床記述と診断ガイドライン」<sup>1)</sup>と「研究用診断基準」<sup>2)</sup>は、それぞれ、1992年と1993年にWHOから発刊され、その日本語訳も、1年ほどで出版されており、1995年からは、日本国内の公的利用が始まっている。この内容は、アメリカ精神医学会から1994年に出版されたDSM-IV、その後2000年に改訂されたDSM-IV-TRとの比較検討など、これまでも評価されてきたが、今後数年後に予定されているICD-11に向けての改訂作業が始動され、さらに大きな関心を集めるようになっていく。

ICD-10のひとつの使命とも考えられる世界的な規模での使用に関しては、WHO世界健康調査において、世界の全地域60カ国で参加者約25万人を対象とし、うつ病が単独あるいは併存疾患として健康状態に及ぼす影響について調査し、うつ病が与える多大な健康被害を報告しており<sup>3)</sup>、まずその役割を果たしている。また、世界的な規模での文化的な背景の相違を視野にいれた診断基準の作成についても、その研究対象とする特色がある。

本稿においては、特に気分障害に関して、これまで議論されてきたICD-10の長所と欠点について、当科でのICD-10の使用経験も提示しながら概説し、今後の課題に関しては、私見も交えて二つの問題点を提起したい。

## 2 有用性と長所について

## 1) ICD-10の長所について

ICD-10の気分障害の診断基準の長所については、Paykelがその論文<sup>4)</sup>の中で指摘しているように、①気分障害のほとんどが、F3にまとめられている、②重症度分類、精神病病像および身体性症候群の分類が、コード化され、かつ優れた内容である、③双極性障害が明確に分類されている、④気分変調症（F34.1）と反復性短期うつ病性障害（F38.10）が規定されている、⑤DSM-IIIの内容を取り入れている、などを列挙することができる。

①については、「精神および行動の障害」全体はFコード下に、F0からF9までに分類されており、気分（感情）障害はF3のカテゴリーに包括されている。また、ICD-9においては、数字コード（001～999）が用いられており、ICD-10のアルファベットコードを用いた分類は、その分類機能を高めている。しかしながら、器質性気分障害はF06.3、産褥期関連精神障害はF53に分類されているなどの一部の例外を含んでいる。

②の重症度分類であるが、うつ病エピソードにおいては、その診断基準に列挙されている症状（表1）を用いた簡明な基準によって、軽症、中等症および重症が分けられている（表2）。このうつ病エピソードの重症度分類を用いたデンマークでの予後調査において、Kessingは、その有用性の高さを示す報告をしている<sup>5)</sup>。つまり、1994年から1999年までに、うつ病エピソード（F32）

表1 うつ病エピソードの診断基準

- A) うつ病エピソードの全般基準(略)
- B) 1) 患者にとって確実に異常な程度の抑うつ気分が、ほとんど一日中、ほとんど毎日、ほとんど状況に影響されることなく、2週間以上持続する。  
2) 通常なら快楽をもたらす活動に対する、興味あるいは喜びの喪失  
3) エネルギーの低下、あるいは易疲労性の亢進
- C) 1) 自信喪失、あるいは自己評価の低下  
2) 不合理な自責感、あるいは過剰で不適切な罪責感  
3) 死あるいは自殺に関する反復思考、あるいはなんらかの自殺行動  
4) 決断困難あるいは優柔不断といった、思考力や集中力低下の訴えあるいは証拠  
5) 焦燥あるいは制止を伴う、精神運動性の変化(主観的あるいは客観的)  
6) 何らかの型の睡眠障害  
7) 食欲の変化(低下あるいは亢進)とそれに相応する体重変化

ICD-10 DCR 研究用診断基準<sup>12)</sup>からの抜粋であり、軽症、中等症および重症の診断に用いられる。

表2 うつ病エピソードの重症度分類

	B項目	B+C項目
軽症	2項目以上	4項目
中等症	2項目以上	6項目
重症	3項目すべて	8項目

各重症度は、表1の診断基準にある症状に準拠して、その基準を満たす項目数によって、分類される。

と診断された入院患者7199名に関して、退院後5年間の予後調査を行ったところ、再発率や自殺などの長期予後や転帰は、この重症度によって、統計学的に有意に異なっていたことを報告している。また、ICD-10においては、精神病症状を伴う重症うつ病エピソードでは、気分一致したあるいは一致しないものに対して、それぞれ、5桁目のコードにおいて、0あるいは1で分類し、身体性症候群の有無については、軽症と中等うつ病エピソードにおいて、5桁目のコードによって分類しており、DSM-IV分類ではこれらのコードは存在しない。

③に関しては、ICD-9においては、気分障害

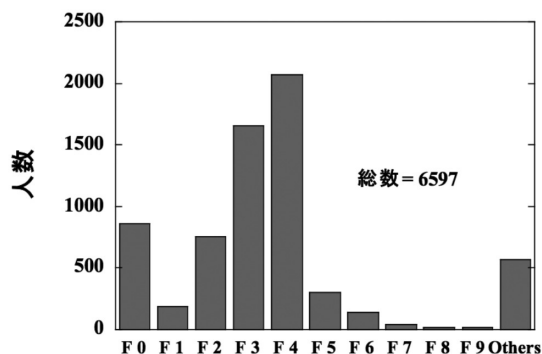


図1 東京医科歯科大学医学部附属病院精神科の初診患者の ICD-10 分類

東京医科歯科大学医学部附属病院精神科に、2003年10月1日から2008年3月31日までの初診した患者を、ICD-10の診断基準に準拠して診断し、各カテゴリーごとに、その患者数を集計して表示してある。

は「躁うつ病」と分類され、さらに、躁型、循環型とうつ型に大きく分けられており、その点、ICD-10ではうつ病と双極性障害を明確に二分しているが、後述するように双極性障害I型とII型の区別はなされていない。

④気分変調症はDSM-IVにおいても、同様にひとつの障害としてその分類コードを与えられている。一方、反復性短期うつ病障害に関しては、DSM-IVでは、特定不能のうつ病性障害に内包され、DSM-IV-TRにおいて、初めて研究用基準案が提案されている。この点、ICD-10はこの障害にF38.10の特定コードを与えており、この特定化によって、この障害に関する臨床的研究を活性化した可能性がある<sup>10)</sup>。

## 2) 東京医科歯科大学医学部附属病院精神科の外来初診患者

2003年10月1日から2008年3月31日までの期間に東京医科歯科大学医学部附属病院精神科の外来に初診した延べ6597名の患者のICD-10に準拠した診断分類ごとのその数を図1に示した。このうち、F3に分類された患者は1656名で、全体の約25パーセントであった。Othersには、Gコードに分類されるてんかんなどが含まれており、

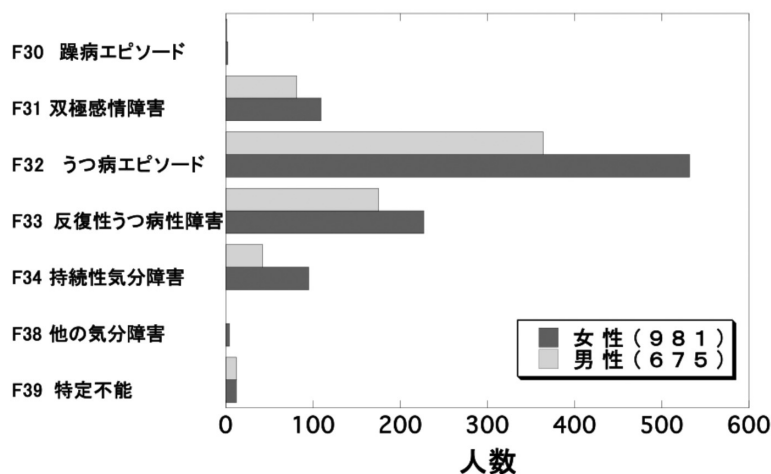


図2 東京医科歯科大学医学部附属病院精神科の初診患者の気分（感情）障害（F3）患者の内訳

東京医科歯科大学医学部附属病院精神科に、2003年10月1日から2008年3月31日までの初診した患者を、ICD-10の診断基準に準拠して診断し、そのうちF3カテゴリーに診断された患者を、その下位カテゴリーごとに分類し、その患者数を集計し表示してある。

当院身体科入院中の患者で、精神科コンサルトを受け、せん妄と診断された症例がF0に入っており、F0は全体の約13パーセントを占めて比較的多くなっている。

図2には、上述のF3コードに分類された患者1656名の下位分類ごとの患者数の内訳を示してある。うつ病エピソード（F32）が、全体の54パーセントを占めるが、躁病エピソード（F30）は3名のみであり、後述するように、このように（軽）躁病エピソードから発症する比較的多い気分障害にひとつのカテゴリーを与えられていることは、ICD-10の問題点かも知れない。

### 3 ICD-10の欠点について

ICD-10の気分障害診断基準における問題点としては、①分類が複雑であり、反復性うつ病（F33）と単一うつ病エピソード（F32）、および比較的多い単一躁病エピソード（F30）が区分されているが、双極性障害I型とII型の区別がない、②「臨床記述と診断ガイドライン」と「研究用診断基準」の2種類がある、③季節性気分障害

害、産後発症、非定型の特徴、急速交代型などの特定用語の規定がない、④その他、検討課題（月経前緊張症、小うつ病）がある。

①については、前述した躁病エピソードに関する問題点もあるが、横断的な精神症状の診断基準である躁病およびうつ病エピソードと、縦断的に診断される双極性障害や反復性うつ病性障害が、並列の診断カテゴリーとして列挙されていることへの純粋な疑問を提起する意見もある。②に関しては、この2種類はもともとそれぞれの役割を持つものであり、その存在意義は十分にあるが、両者に微妙な記述上の相違があることも事実である。

③においては、DSM-IVで記述されている特定用語は、治療面における特異性をもつあるサブタイプを示唆するものであり、ICD-11においては、その治療面に関する有用性を考慮する上では、無視できないものと考えられる。

### 4 気分障害診断基準の課題

- 1) 単極性うつ病と双極性障害の区別と連続性  
この精神医学的な問題は、現在も盛んに議論さ

表3 双極スペクトラム障害の診断基準

- A) 少なくとも1回の大うつ病エピソード
- B) 自然発症的な躁・軽躁病相はこれまででない
- C) 以下のいずれか1つとDの少なくとも2項目 (または以下の2項目とDの1項目) が該当
  - 1) 第一度近親における双極性障害の家族歴
  - 2) 抗うつ薬によって惹起される躁あるいは軽躁
- D) Cの項目がなければ、以下の9項目のうち6項目が該当
  - 1) 発揚性パーソナリティ
  - 2) 反復性大うつ病エピソード (3回より多い)
  - 3) 短い大うつ病エピソード (平均3か月未満)
  - 4) 非定型うつ症状 (DSM-IVの診断基準)
  - 5) 精神病性うつ病
  - 6) 大うつ病性エピソードの若年発症 (25歳未満)
  - 7) 産褥期うつ病
  - 8) 抗うつ薬の効果減弱 (wear-off)
  - 9) 3回以上の抗うつ薬治療への非反応

Ghaemi, et al., 2001<sup>2)</sup>: 井上 猛訳より。

れている重要な問題であるが、精神障害の診断が、生物学的指標によらず、精神症状の現象学的な観点で行う方法論からすると、容易には解決できない問題であろう。

具体的には、①現在の診断基準では、うつ病性障害とも双極性障害とも確定診断できない言わばグレイゾーンとして、双極スペクトラム障害が存在すること、②軽躁病エピソードの診断基準においては、その持続期間を現在の4日より短期間に変更する可能性があること、また、③うつ病エピソード中に躁病症状が2~3個混在する状態“Mixed depression”<sup>1)</sup>の診断的意義なども、単極性うつ病と双極性障害の区別と連続性に関する議論に花を添えている。

①Ghaemiらは、多数の臨床研究をもとにして、双極スペクトラム障害の診断基準(表3)を提唱している<sup>2)</sup>。この診断基準は、(軽)躁状態を自然発症的に呈したことはないが、抗うつ薬などによって呈したことがある場合、また、双極性障害の家族歴があるうつ病性障害の場合において、双極性障害に近縁なものであることを認識する上で、有用性があると考えられる。しかしながら、この診断基準で診断される精神障害が、病因や病

表4 軽躁病の診断基準

- A) 気分は高揚あるいは易刺激的であり、その程度は患者にとって確実に異常であり、かつ4日以上連続で持続すること。
- B) 次の徴候のうち3項目以上が存在し、日常の個人生活機能にある程度の支障をきたしていなければならない。
  - 1) 活動性の亢進、あるいは落ち着きなさ
  - 2) 会話量の増加
  - 3) 注意転導性、あるいは集中困難
  - 4) 睡眠欲求の低下
  - 5) 性的エネルギーの亢進
  - 6) 軽度の浪費、あるいは他の型の無謀ないし無責任な行動
  - 7) 社交性の亢進、あるいは過度の馴れ馴れしさ

ICD-10 DCR 研究用診断基準<sup>12)</sup>からの抜粋である。

態生理が同一あるいは近似した障害であることを想定できるものではなく、この診断基準に列挙されている項目のあるものは、将来的には、気分障害の診断において、その特定用語として用いることによって、その有用性があるかも知れない。

②ICD-10の軽躁病の診断基準を表4に示す。精神症状の持続期間は4日以上であり、躁病では、7日以上となるが、この診断基準では、軽躁病から躁病への診断基準において、そのほかの質的な違いがあることにも言及したい。まず、軽躁病では、診断基準に列挙してある症状が7項目であるが、躁病では2項目(観念奔逸と誇大性)が追加され、かつ、少なくとも3つの精神症状にはその悪化が組み込まれている。例えば、「性的エネルギーの亢進」は、「顕著な性的エネルギー、あるいは性的な逸脱」へ、「社交性の亢進、あるいは落ち着きのなさ」は、「正常な社会的抑制の喪失、その結果として状況に不適切な行動となる」などの悪化が記述されている。

躁状態も、気分、思考および行動においてその障害が明らかになるが、正常状態、軽躁状態、さらに、躁状態への悪化に伴って、各症状が質的にも量的にも変化するものであり、ICD-10の診断基準においては、その症状のひろがりや悪化が評価されており、独創性が感じられるが、この軽躁



病と躁病の診断基準に関する有用性に関して、DSM-IV との比較などについては、十分には研究されていない。

③ Mixed depression の診断基準の提唱<sup>1)</sup>にみられるように、うつ病エピソード中の躁病症状の有無やその症状の広がりに関する関心が高まっている背景には、言うまでもなく、うつ病性障害と双極性障害の連続性を強く意識し、こういった混合状態が存在することから、本来はこの両者は区別できない障害ではないかとする見解に通じている。また、その延長線上には、気分安定薬、抗うつ薬および非定型抗精神病薬などを用いた適切な治療指針の探求が存在する。

## 2) 統合失調症、統合失調感情障害との区別と連続性

ここ数十年にわたる精神障害の病因や病態に関与する遺伝子に関する研究は、皮肉にも、気分障害と統合失調症とが連続性のある障害ではないかとする問題提起をしている。つまり、気分障害と統合失調症は、もともと、遺伝要因の強い疾患であり、統合失調症家系において双極性障害の発症率が高いこと、両者に共通の感受性候補遺伝子が複数明らかになっていることによるものである<sup>4)</sup>。

この広角的な精神医学的問題もさることながら、ICD-10 などの操作的診断基準における実際的な問題は、この両障害の中間に位置している統合失調感情障害についてであろう。図3は、この統合失調感情障害に関する3種類のモデルを表している<sup>7)</sup>。ICD-10 においては、このエピソードは反復される場合でも、「明確な統合失調症症状と感情症状の両者が同時に、あるいはお互いが数日以上のお互いのずれがなく顕著となるが、その結果として病気のエピソードが統合失調症の診断基準もうつ病あるいは躁病エピソードの診断基準も満たさないとき」にこの診断をくださうように、その診断ガイドライン<sup>11)</sup>において定めており、モデル3で表されるような、独立した疾患を想定している。我が国の精神医学においては、満田久敏が提唱した「非定型精神病」<sup>9)</sup>の疾患概念があり、この疾患の

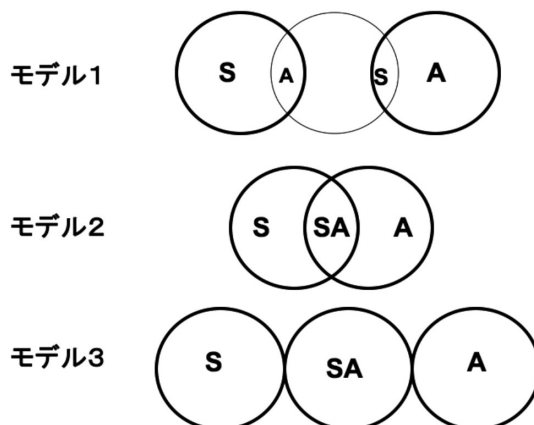


図3 統合失調感情障害のモデル (Lake & Hurwitz<sup>7)</sup>を改変)

モデル1では、統合失調感情障害は、統合失調症と気分障害にそれぞれ気分障害症状と精神病症状を伴うものとしてあらわしている。モデル2は、統合失調症と気分障害の合併を、統合失調感情障害として示し、モデル3では、統合失調感情障害は、特定の病態生理をもつ、分類学的にも独立したものであることを示している。S：統合失調症、SA：統合失調感情障害、A：気分障害。

位置づけは、ICD-10 の統合失調感情障害に近いが、言うまでもなく、その疾患概念や診断基準に関しては、この両者は一致していない。一方、DSM-IV の診断基準においては、統合失調感情障害 (295.70) は、統合失調症を基本症状とし、気分障害を伴うモデル1に近似する診断基準となっていると判断される。この点、両診断基準における解離があり、両者での比較検討も将来的な問題であろう。従って、統合失調感情障害および非定型精神病に関する問題は、その位置づけおよび診断基準において、今後の検討課題であることが明白である。

## 5 おわりに

ICD-11 に向けての始動の中で、ICD-10 の長所や有用性、ならびに欠点、さらにその課題について言及した。この時代的な変遷の中で、遺伝子研究をはじめとする生物学的精神医学の研究において目覚ましい進歩があり、現時点では、この情

報が精神障害の疾患概念についての混乱を多少もたらしている印象もあるが、今後の試行錯誤の中で、精神障害の診断基準がより科学的な研究結果をふまえたものとなり、精神医学の進歩と発展をもたらすことを期待する。従って、ICD-11においては、同一の病因や病態に帰属する障害が妥当性を持って記述され、かつ、治療的側面においても、有用性の高いものであること<sup>5)</sup>を期待し、我々もこの変遷に最大限に寄与し、関心を持ちたい。

#### 文 献

- 1) Bennazi, F.: Bipolar disorder—focus on bipolar II disorder and mixed depression. *Lancet*, 369; 935-945, 2007
- 2) Ghaemi, S.N., Ko, J.Y., Goodwin, F.K.: The bipolar spectrum and the antidepressant view of the world. *J Psychiatr Pract*, 7; 287-297, 2001
- 3) 林 拓二: 非定型精神病—内因性精神病の分類と診断を考える. 新興医学出版社, 東京, 2007
- 4) 岩田仲生: Bipolar Disorder と統合失調症はそもそも別の疾患か?—遺伝子研究の側面から. *Bipolar Disorder 5* (Bipolar Disorder 研究会編). アルタ出版, 東京, p. 95-101, 2007
- 5) Kendell, R., Jablensky, A.: Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnosis. *Am J Psychiatry*, 160; 4-12, 2003
- 6) Kessing, L.V.: Severity of depressive episode according to ICD-10: prediction of risk of relapse and suicide. *Br J Psychiatry*, 184; 153-156, 2004
- 7) Lake, C.R., Hurwitz, N.: Schizoaffective disorders are psychotic mood disorders; there are no schizoaffective disorders. *Psychiatry Res*, 143; 255-287, 2006
- 8) Mussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., et al.: Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370; 851-858, 2007
- 9) Paykel, E.S.: Mood disorders: review of current diagnostic systems. *Psychopathology*, 35; 94-99, 2002
- 10) Pezawas, L., Angst, J., Gamma, A., et al.: Recurrent brief depression—past and future. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 27; 75-83, 2003
- 11) World Health Organization (融 道男, 中根允文, 小見山実ほか監訳): ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン, 新訂版. 医学書院, 東京, 2005
- 12) World Health Organization (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