

## 第 104 回日本精神神経学会総会

## シンポジウム

## ICD-11 作成の動き

丸田 敏雅, 松本 ちひろ, 飯森 眞喜雄 (東京医科大学精神医学講座)

## 1. はじめに

世界保健機関 (WHO) が, 第 10 回国際疾病分類 (ICD-10)<sup>9)</sup> を刊行してから既に 20 年近くが過ぎており, 現在その改訂作業が行われつつある。本稿では, まず, ICD-11 全体に関する WHO の動向を概説した上で, 精神および行動の障害分野の改訂作業を中心的に行っている WHO 「ICD-10 精神および行動の障害の改訂のための国際アドバイザー・グループ」の動向, その作業部会の一つであるグローバルな科学的協力ネットワーク・グループの動向および国内の ICD-11 への取り組みについて報告する。

## 2. ICD 改訂に関する WHO の動向

国際疾病分類 (ICD) は, 1900 年に第 1 回国際疾病分類 (ICD-1) が発表された後, 概ね 10 年ごとに改訂され, 現行の ICD-10 は 1990 年に世界保健総会で批准された後, 1994 年から WHO 加盟国で使用されている (図 1)。しかし, 既にその登場から 18 年が過ぎ WHO でも改訂の作業が準備されている。WHO の ICD の改訂作業は 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, 現在のところその分科会として, 精神, 外因, 腫瘍, 稀な疾患及び内科の 5 つの分野別専門委員会 (Topical Advisory Group : TAG) が設置されている。これらの他, 「母子の保健, 周産期」, 「眼科」及び

「医療情報システム」などの分野別専門委員会の設置も予定されている。

また, WHO は国際疾病分類 (ICD), 国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF) 及び作成中の医療行為の分類 (International Classification of Health Interventions : ICHI) の 3 つ分類を中心とする国際分類ファミリー (Family of International Classifications : FIC) を用いて, 各国の保健業務, 臨床業務, 管理業務, 報告業務を総合的に行っていくという保健情報システム (Health Information System : HIS) の構築を目指している。このような大きな構想の中で, ICD-11 の改訂が準備されているため, 各国の ICD 改訂に対する関心は従来の改訂作業の時よりも高く, ICD-11 全体を指揮する WHO 「分類と用語部」の Üstün 専門官によれば, ICD-11 草案は, 様々な意見を盛り込みより良い分類とするため Hi-Ki と命名されたウィキペディアのような体系的共同編集ツールを用いて準備

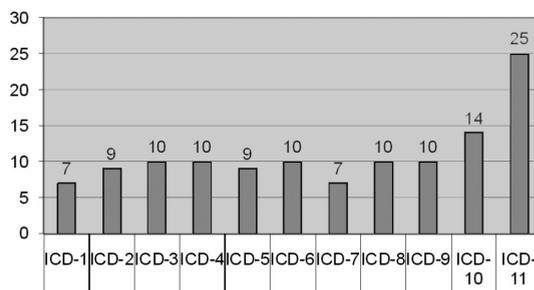


図 1 ICD 改訂 (WHO 資料)

されることとなっている<sup>7)</sup>。

精神部門は、WHOの精神保健及び薬物乱用部が中心になり、分野別専門委員会が設けられた。現在まで3回のアドバイザー・グループ (Advisory Group; AG) による会議が開催されている。「精神および行動の障害」の改訂作業は、このAGが改訂の骨子を決定し、改訂作業を行う構成となっている(これについては後述する)。

### 3. 「ICD-10 精神および行動の障害の改訂のための国際アドバイザー・グループ」の動向

精神部門のTAGは、「ICD-10 精神および行動の障害の改訂のための国際アドバイザー・グループ (International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioral Disorders)」と命名され、座長にはハーバード大学のHyman教授が就任している。その他のメンバーの構成は、精神医学の有識者、及び各文化圏及び言語圏の代表者として、Gavin Andrews (オーストラリア)、David Goldberg (英国)、Oye Gureje (ナイジェリア)、Maria Elena Medina-Mora (メキシコ)、Karen Ritchie (フランス)、Khaled Saeed (パキスタン)、Norman Sartorius (元WHO精神保健部部長、元世界精神医学会会長)、Rangaswamy Thara (インド) 及びXin Yu (中国) が選任され、また、精神保健の関連団体の代表としてRolf Blicke-Ritter (国際ソーシャル・ワーカー連盟)、Amy Coenen (国際看護師協会)、Michael Klinkman (世界家庭医機関)、Juan Mezzich (世界精神医学会) 及びGeoffrey Reed (国際心理学的科学連合) が選任された(敬称略、これらの委員を以下AG委員とする)。

「ICD-10 精神および行動の障害の改訂のための国際アドバイザー・グループ」会議の第1回目から3回目までの会議要旨はWeb Siteで公表されている<sup>8)</sup>。以下に3回のこの会議の要旨を述べる。

第1回AG会議は2007年1月11、12日にジュネーブのWHO本部で開催された。まず、

ICD-11の機能として、1) 臨床場面での使用、2) 研究での使用、3) 教育及びトレーニングでのツールとして使用、4) 公衆衛生を目的としての使用、5) 統計報告目的での使用の5つの機能が確認された。ICD-11で精神障害をどのように定義するのかに関しては、その定義により、何が分類されるのかが決まること、機能障害や能力障害を個々の障害の診断基準に含めないこと、機能障害や能力障害は文化的な影響を受けることを考慮することなどがまとめられた。付加的な情報をどのように包含するかに関しては、障害の分類であって、“人”を評価するツールではないこと、ICD-11が多軸システムを採用することを推奨しないこと、診断基準としてでなければ、関連病像や関連疾患、検査所見、身体所見、医学的状态、有病率、経過、家族歴などの付加的情報を診断分類の一部として取り入れることを推奨しないことなどが取り決められた。臨床閾値以下の状態、危険因子及び保護的因子の包含については、予防的な役割に有用であることは認めるものの、しかし、これらを含めることは推奨しないこと、危険因子及び保護的因子については、精神及び行動の障害ではなく、ICD全体として取り組むべきであるなどが決められた。ICD-11 精神および行動の障害には複数の版が準備されることが決定され、プライマリ・ケアのための版、臨床的な使用のための版及びICD-10にもある研究用診断基準のような研究用のための版を作成することが決められた。

また、AGの下に、ICD-DSM 調和コーディネーター・グループ (ICD-DSM Harmonization Coordinating Group)、グローバルな科学的協力コーディネーター・グループ (Global Scientific Participation Coordinating Group)、ステークホルダー (中立的な有識者) 参加グループ (Stakeholder Input and Participation Group) 及び資源流動化コーディネーター・グループ (Resource Mobilization Coordinating Group) の4つのコーディネーター・グループ (Coordinating Group) を設置することが決定された。

第2回AG会議は、2007年9月24、25日に

WHO 本部で開催された。参加者は、前述の座長の Hyman 教授、14 名の AG 委員、筆者の一人である丸田を含む 6 名の特別招聘者、WHO から精神保健および物質乱用部の Saraceno 部長ほか 8 名のスタッフであった。まず、ICD 全般の改訂過程に関して、Üstün 専門官がその進捗状況を報告し、疾患 (disease)、障害 (disorder)、症候群及び他の用語に関しても ICD 全般の改訂と歩調を合わせなければならない、また、精神障害の章においては互いに相容れた構造、すなわちプライマリ・ケア版を作成し、その後精神保健の専門家により使用される版、次いで研究用の版が作成されるべきであることなどが強調された。第 1 回会議で組織されることが決定した 4 つのコーディネート・グループについては、この間に座長が決まり、ICD-DSM 調和コーディネート・グループは Saraceno 部長 (WHO 精神保健及び薬物乱用部) と Kupfer 教授 (米国精神医学会 DSM-V 実行委員会委員長)、グローバルな科学的協力コーディネート・グループは Sartorius 教授、ステークホルダー参加グループは Mezzich 教授と Saraceno 部長、資源流動化コーディネート・グループは Hyman 教授に決まった。そして、各座長より進捗状況と今後の活動予定について報告された。

次いで、第 1 回会議で宿題とされた「ICD-10 と DSM-IV-TR の完全な相違リスト」については、特別招待者の First 教授 (コロンビア大学) が論文を準備し、ICD-10 と DSM-IV-TR とには概念的差違があると思われる障害が 36 あり (Flx.1 有害な使用など)、ICD-10 には包含されているが、DSM-IV には包含されていない障害が 25 (F06.5 器質性解離性障害など)、そして、DSM には包含されているが、ICD-10 には包含されていない障害が 11 (窃触症など) あるなどの報告をした。「診断と分類における文献検索」について、特別招待者の Sharan 氏 (全インド医学研究所、精神保健部) が、Medline による検索で ICD の改訂に関連する文献が 1,132 文献あると報告した。しかし、Medline で検索できない文献で有益な情報を与えてくれる文献 (英文誌で

発表されてなかったり、診断に関するものであっても心理学系の雑誌で報告されたものなど) もあるのではないかという指摘があり、それらに関しては、引き続き検索し、また、上記の科学的協力コーディネート・グループでも取り上げていくことが決まった。「プライマリ・ケアのための診断と分類」に関して、Gask 教授 (マンチェスター大学プライマリ・ケア部) は、ICD-10 や DSM システムにおいて、プライマリ・ケアにおける精神障害の分類は、専門家の使用を前提とした分類から作成されたものであり、プライマリ・ケアで遭遇する典型的な患者を診断する際に困難なことが多い、そこでは、閾値下の障害、合併例及び複数の障害が混在した症候群なども多く、現行の ICD-10 では不十分である。また、文化的要因が強い障害や障害の重症度、慢性化や機能障害を評価するのに不十分である点などを報告し、AG としてもそれらの点を加味して改訂作業を行っていくことが決められた。

「研究のための診断対臨床診断」に関して、Andrews 教授 (AG 委員) は、DSM-IV と ICD-10 の不安障害や気分障害の診断基準は伝統的な患者面接の最中には、想起することが難しい。そして、多くの障害では閾値の定義や除外診断が不十分である。個々の障害のプロトタイプを明確にして、簡素化すべきであると主張した。「ICD と DSM の重症度基準」に関しては、Goldberg 教授 (AG 委員) 及び Reed 氏 (AG 委員) の両氏から報告があり、気分 (感情) 障害、認知症、知的障害などの重症度について、ICD-10 と DSM-IV の相違や、特に発展途上国においては重症例の発見が遅れたり、無視されたりする場合が少なくなく、ICD-10 ではこれらが考慮されておらず、ICD-11 においては、このような観点も考慮し、重症度を再考すべきであると報告された。

その他、各国の ICD-10 の使用状況について、特別招待者の Mellsoop 教授 (オークランド大学)、丸田及び Xin 教授 (AG 委員) がそれぞれ、ニュージーランド、日本、中国の状況について報告した。また、ICD 改訂には疫学調査のデータ

やその解析によっても有益な情報が得られるため、AGの作業の一つとしてそれらを行っていくべきであることが採択された。さらに、研究と教育のための米国精神医学協会 (American Psychiatric Institute for Research and Education: APIRE) が行った会議の資料も参考とすることなどが決定された。他に、知的障害や睡眠障害を「精神および行動の障害」に包含すべきかどうかに関して議論がなされ、これらを「精神および行動の障害」に含めるには再考の余地があるのではないかと、特に「知的障害は、ICFで分類すべきではないか」などの意見があった。また、2日間の会議を通じ、Categorical分類とDimensional分類の議論も多くなされた。

第3回会議は、2008年3月11、12日にWHO本部で開催された。参加者は、座長のHyman教授、14名のAG委員、5名の特別招聘者、WHOから精神保健および物質乱用部のSaraceno部長ほか9名のスタッフであった。まず、「診断と疾患単位の大分類及びスペクトラム」と題されたセッションでは、ICD-10で分類されている障害の再概念化について、Krueger教授（ミネソタ大学心理学部）が、現在存在する精神障害は内面化（内在化）障害（Internalizing Disorder）と外面化（外在化）障害（Externalizing Disorder）と名称されるような2つの大きな群に大別でき、さらに内面化障害は苦痛を伴う群（例えばうつ病、気分変調症、全般性不安障害など）と不安を主体にする群（例えば、恐怖症やパニック障害など）から構成されている。外面化障害のエビデンスは、現象学的類似性に加え、遺伝的関連性、成人早期での経過、神経系の関連などにより示されており、外面化群に属する障害のプロトタイプ例として、アルコールや薬物使用、行為障害、成人の反社会性人格障害及びおそらくADHDの過活動性の要素が挙げられると報告した（Krueger,<sup>2)</sup> Hicks, et al.<sup>1)</sup>, Krueger, et al.<sup>3)</sup>, Markon & Krueger<sup>5)</sup>, Krueger, et al.<sup>4)</sup> 参照）。

Carpenter教授（メリーランド医科大学、米国精神医学会DSM-V実行委員会「精神病性障害」

座長）は、現在の分類体系における精神病性障害（Psychotic Disorder）では、そこに含まれる障害の類似性や相違性の定義が不十分であり、研究の阻害因子となっている。その群の水準における治療の概念化やその群に含まれる障害の鍵となるような類似性と相違性を特定することが、研究や治療に関わる諸問題をより明確化できる。精神病性障害のエビデンスは、生物学的マーカー、環境因及び遺伝的影響、統合失調症スペクトラムにおける家族研究、神経伝達物質、認知及び感情的な要因、合併及び治療反応性などから得られており、これに含まれるものとして、現在精神病性障害に分類されているものに加え、双極性障害やパーソナリティ障害のいくつかの障害があると報告した。

Goldberg教授（AG委員）は、内面化（内在化）障害の群は、不安、抑うつ及び恐怖における感情に関連して精神的な内面で体験される苦痛により特徴づけられる。現在、個々の障害には個別の診断基準が与えられているが、多くの症状は共通しており、このため、表層的なスクリーニングでは非常に幅広い障害が捉えられているかもしれない。症状の重症度が増すことにより、障害間で異なっていた症状が現れている。この群に含まれる障害は、共通の環境的危険因子、認知的及び感情的な過程における本質的な類似点（例えば、高い否定的な感情性や“神経症的傾向”など）を共有している。この群に含まれる障害は治療法（例えば、SSRIや認知行動療法）も一般的に効果的である。内面化障害には、全般的不安障害、パニック障害、特定の恐怖症、社会不安、強迫状態、気分変調症、神経衰弱、身体表現性障害、PTSD及び非精神病のうつ病などが含まれると報告した。

Andrews教授（AG委員）は、通常永久的な神経系の喪失と関連する神経認知的欠陥により特徴付けられる障害群について、これらの障害を一つの群としてまとめることは、1) 診断を容易にし、2) 治療過程を改善させ、3) 早期診断や治療の介入による予後の改善にも貢献でき、4) 研究にも貢献できる利点がある。この群に含まれる障

害群はいくつかの遺伝的・環境的要因を共有している。この群に含まれる障害に効果的な治療法は、個々の障害に特異的ではなく、この群に含まれる他の障害にも効果的な治療法である（例えば、抗コリン酵素阻害薬、抗精神病薬、認知行動療法など）。同時にこの群は、上記3つの群〔外面化（外在化）障害、精神病性障害及び内面化（内在化）障害〕とは本質的に異なる群であると報告した。

これらの報告の後 AG 内で議論が行われ、上記の再概念化に関しては、今後診断分類を作成していく上で、有益な素地となるとしながらも、特に神経認知的障害の群に関しては、その限界や一つの群として認識することに対して留保する指摘もみられた。

第3回会議を通じて最も議論されたのは、前述した内面化（内在化）障害、外面化（外在化）障害、精神病性障害及び神経認知的障害などのグループ化をどうすべきかであり、会議の合間にもかなり議論された。結局、次の会議までにより多くの科学的文献を準備し継続審議することとなった。また、早期の神経学的発達、個々の精神障害にどのような影響を与えているのか、あるいは一生を通じて精神障害がどのような経過（特に児童及び思春期の精神障害）をたどるのかなども考慮して、分類すべきであるなどの意見も出され、これらについては今後考慮していく課題となった。

#### 4. グローバルな科学的協力ネットワーク・グループについて

前述したように第1回の AG 会議において、本グループの設置が決定された。グローバルな科学的協力コーディネイト・グループは、ICD 改訂において世界中の科学者から意見を求め、それらを AG に提供し ICD 改訂に有益な情報を与えることを目的としている。このため、グローバルな科学的協力ネットワーク・グループ（Global Scientific Partnership Network Group : GSPN）という組織を作り活動を開始している。このグループの大きな特徴は、ICD は国際的な分類であ

るため、改訂への根拠になる科学的論文に関しては英文で出版されたものに限らず、各言語圏や文化圏から多くの意見を求めることにある。Sartorius 教授を座長として、中核メンバーは WHO の6大公用語である英、仏、西、露、中国、アラビア語圏のほか、ドイツ語圏、ポルトガル語圏、日本、また各地域としてマダガスカル、オセアニアから選ばれた。中核メンバーは、Goldberg 教授（前出 AG 委員）、Pull 教授（ルクセンブルグ中央病院）、López-Ibor 教授（ロペツ・イボール・クリニック）、Krasnov 教授（ロシア精神科医協会）、Xin 教授（北京大學）、Okasha 教授（アインシャムス大学）、Gaebel 教授（ハイネリッヒ・ハイネ大学）、Rohde 教授（リオグランデ・ド・ソル連邦大学）、丸田、Moussaoui 教授（カサブランカ医科大学）、Mellsop 教授（ワイカト臨床大学）及び WHO からの代表として Saxena 専門官である。

本グループの第1回会議が2008年2月22日に東京で開催され、中核グループが中心になり世界中から ICD 改訂に大きく寄与できる精神科医を推薦し、ICD 改訂に有益な情報を提供できるような組織を形成していくことが決定された。また、第1回会議では、1) エビデンス、実際の利用及び公衆衛生的な使用における ICD-10 を評価する、2) 改訂のために意見を蓄積する、3) ICD-11 草案のフィールド・トライアル、4) 各言語への翻訳の手助けなどの作業を行っていくことが決定された。このグローバルな科学的協力グループに、現在までのところ、我が国から25名の委員が選任されている。また、第161回米国精神医学会総会中の2008年5月3日にこの第2回会議が開催され、今後の活動方針がより具体化された。

この第1回グローバルな科学的協力グループ会議の前の2008年2月20、21日に、飯森眞喜雄、岡崎祐士先生（都立松沢病院院長）及び Sartorius 教授を会長として、厚生労働省及び日本精神神経学会の後援を得て、「国際シンポジウム、精神科診断と分類の最前線、ICD-11 にむけて」が開催された。WHO もこのシンポジウムの重要性

を理解し、上記の Üstün 専門官や精神保健及び薬物乱用部の Saxena 専門官も参加し、また、米国精神医学会 DSM-V 実行委員会からも Narrow 教授が参加した。

### 5. 国内の動向

一方、国内の動向としては、厚生労働省 ICD 室が中心となり、社会保障審議会統計分科会、疾病、傷害及び死因分類専門委員会の第1回会合が2006年7月28日に開催され、我が国としても ICD 改訂に積極的に関わっていくことが決定され、この会合を年2回開催し情報の共有をしていくこととされた(社会保障審議会統計分科会、疾病、傷害及び死因分類専門委員会の専門委員としては飯森眞喜雄が厚生労働省より選任されている)。

日本精神神経学会も、2006年12月より国際委員会の中に ICD-11 委員会を組織し、さらに日本精神科診断学会と協力し各分野の専門家からなる委員会を立ち上げ、ICD-11 が我が国の臨床や研究の現場に則したものとなるように現在活発に活動している。

### 6. ま と め

以上のように、2015年の ICD-11 の導入に向け WHO 及び国内の委員会が活動を開始している。今回の改訂の特徴としては、Üstün 専門官が強調しているように、IT を活用した改訂になる模様である。しかし、ICD は言わば共通言語体系 (Lingua Franca) であり、各国や各文化圏で使用されていくためには多くの意見や科学的エビデンスに基づいて作成されていくべきであることは言うまでもない。そのために、AG やグローバルな科学的協力ネットワーク・グループのように円卓会議を開催し大きな方向性を決定していくことの重要性も決してなくなったわけではないと思われる。

最後に、国内でも日本精神神経学会と日本精神科診断学会による ICD-11 委員会、及び厚生労働

省によるこの科学事業の「国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究」班を中心として ICD-11 に対する国内の意見をとりまとめる作業が開始されている。その作業のひとつとして、下記のウェブ・サイトを用いて国内の ICD-11 への意見を蓄積するものがあり、皆様から ICD 改訂に向けて有益なご意見を頂くことをお願いしたい。

<http://www.icd11mental.com>

### 文 献

- 1) Hicks, B. M., Krueger, R. F., Iacono, W. G., et al.: Family transmission and heritability of externalizing disorders: a twin-family study. *Arch Gen Psychiatry*, 61: 922-928, 2004
- 2) Krueger, R.F.: The structure of common mental disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 56; 921-926, 1999
- 3) Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., et al.: Externalizing psychopathology in adulthood: a dimensional-spectrum conceptualization and its implications for DSM-V. *J Abnorm Psychol*, 114, 537-550, 2005
- 4) Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., et al.: Linking antisocial behavior, substance use, and personality: an integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. *J Abnorm Psychol*, 116; 645-666, 2007
- 5) Markon, K. E., Krueger, R. F.: Categorical and continuous models of liability to externalizing disorders: a direct comparison in NESARC. *Arch Gen Psychiatry*, 62; 1352-1359, 2005
- 6) World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. World Health Organization, Geneva, 1992
- 7) World Health Organization: ICD Update and Revision Platform, <http://extranet.who.int/icdrevision/nr/login.aspx?ReturnUrl=%2fcdrevision%2fDefault.aspx> [10 Sep 2008 Cited]
- 8) World Health Organization: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/) [10 Sep 2008 Cited]