

## 第 106 回日本精神神経学会総会

## 教育講演

## ICD-11 作成の動向

丸田 敏雅<sup>1)</sup>, 松本 ちひろ<sup>1,2)</sup>, 飯森 眞喜雄<sup>1)</sup>

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

世界保健機関 (World Health Organization : WHO) は, 2015 年から導入の第 11 回国際疾病分類 (International Classification of Disease 11th Revision : ICD-11) に向けて改訂作業を行っている。本稿では, 現在までの「精神および行動の障害」の進行状況について報告した。

特に, その改訂作業の最高意志決定機関である「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」やその下部組織であるコーディネーティング・グループ, 各ワーキング・グループの活動について概説した。

さらに, 世界精神医学会より本学会にも協力要請のあった WHO-WPA Survey についても報告した。

**The Development of the ICD-11**

The ICD-10 will have been used for approximately twenty years by the time the new revision of the ICD (ICD-11) is completed, and the revision process is being implemented. Accordingly, the WHO has organized groups of experts designated to deal with issues in each field, and the International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioral Disorders has been launched for the field of psychiatry. Regarding the revision, this group is responsible for ultimate decision-making in establishing a framework for the new version.

We reported processes of the ICD-11 by the above mentioned group and its coordinating groups and working groups. In addition, we reported the WHO-WPA Survey which was distributed to 500 members of the Japanese Society for Psychiatry and Neurology.

**1. はじめに**

世界保健機関 (World Health Organization : WHO) は, 2015 年から導入の第 11 回国際疾病分類 (International Classification of Disease 11th Revision : ICD-11) に向けて改訂作業を行っている。ICD は, ICD-10 まで概ね 10 年おきに改訂されてきたが, 今回の改訂には ICD-10 から約 20 年の間隔がある。ICD-11 の改訂作業に

については, 既に本雑誌等<sup>2~5)</sup>で紹介しているが, 本稿では, その後 WHO が行っている改訂作業を中心に報告する。

**2. ICD 改訂に関する WHO の動向**

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、内科、母子の保健、周産期、眼科および医療情報システムなど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、いくつかの TAG も今後設置される予定である。

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) および作成中の医療行為の分類 (International Classification of Health Interventions : ICHI) の3つの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は、従来の紙媒体のみならずiCatと呼ばれる電子媒体でも提供されるという。

精神部門は、WHOの精神保健および薬物乱用部が中心になり、「精神および行動の障害」のための分野別専門委員会が設けられて、改訂作業が行われている。

WHOのICD-11のタイムテーブルは下記のようにになっているが、若干遅れているのが現状である。

2010年	α版のレビューおよびフィールドスタディ
2011年	β版発表 (→後2年間フィールドトライアル)
2013年	最終版を発表
2014年	世界保健総会 (WHA) 承認
2015年	導入

### 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 : 以下AGとする)」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。その他のメンバー構成は、専門家としての貢献度のほか、地政学的配慮や男女構成比などを配慮して選されている。精神分野は比較的早期から改訂作業に関わり、AGの会議 (Advisory Group Meeting : AGM) も2007年から行われている。AGのメンバーの任期は2年であり、2007年～2008年 (第1期)、2009年～2010年 (第2期) の2期のAGMが計6回行われている。

#### ・第1期

第1回会議 2007年1月11～12日

第2回会議 2007年9月24～25日

第3回会議 2008年3月11～12日

第4回会議 2008年12月1～2日

#### ・第2期

第1回会議 2009年9月28～29日

第2回会議 2010年6月21～22日

第1期では、ICD-11に期待される機能、ICD-11における精神障害の定義、ICD-11における付加的情報の包含、ICD-10における問題点・ICD-11に向けた課題、臨床場面での使用、研究での使用、教育およびトレーニングツールとして使用、公衆衛生を目的とする使用、統計報告目的での使用等が議論された。これらの会議を通じ、定義により、何が分類されるのか (i.e. 何をもって精神障害とするのか) を明確にすべきである、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、機能障害や能力障害は、文化的影響を受けることを考慮すべきである、障害の分類であって、「人」を評価するツールではない、他軸システムの採用は推奨しない、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、医学的狀態、有病率、経過、家族歴などの付加的情報

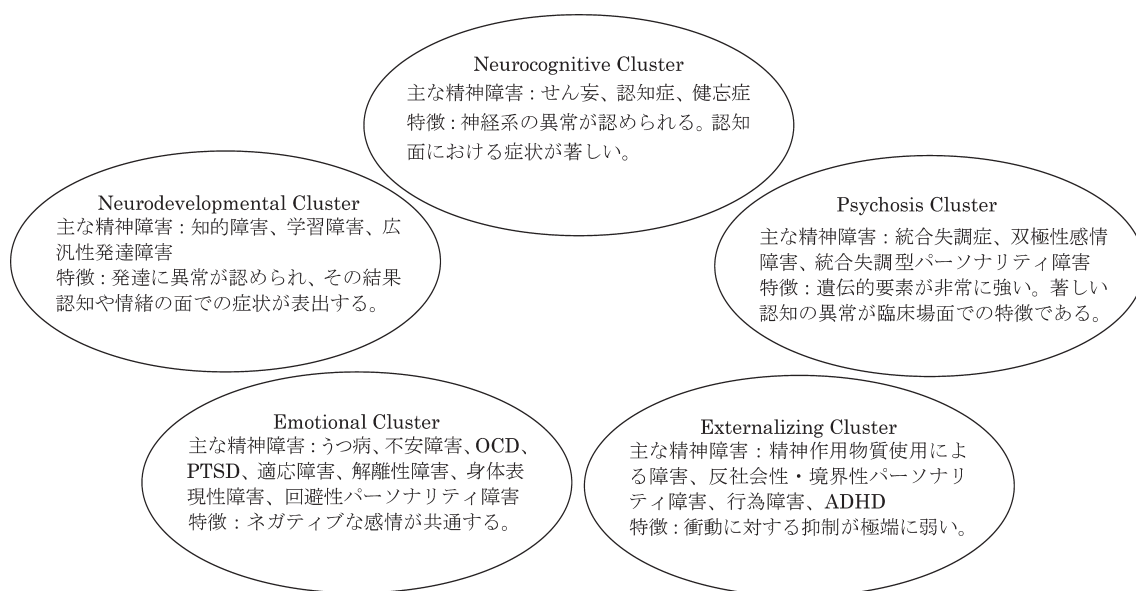


図1 5つのClusterによるLarge Grouping

を診断分類の一部として取り入れることを推奨しない、予防的な役割に有用であることは推奨する、臨床閾値以下の状態、危険因子および保護的因子の包含は推奨しない、危険因子および保護的因子については、精神およ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、などが決まった。また、AGMの回を重ねるにつれ、NOS (Not Otherwise Specified) が、現状では診断が非常に多い、この現実をより臨床的に的確に反映するにはどうすべきか、Comorbidityも非常に問題であり、現状では複数の診断名がつく状態が多いなどの指摘が多く出され、Robert KruegerやRobert Kesslerといった診断分類に大きな影響を与えた研究者もAGMに招待され、白熱した議論がなされた。第1期の結論として、1) ICD-10には診断に影響を与えるような大きな生物学的指標（バイオマーカー）がないこと、2) 現行のICD-10には上記のような問題点があり、日常臨床やサービスを行う上でその有用性に改善の余地があること、3) 大分類の大枠を決めるのはKruegerの研究<sup>1)</sup>を根拠とする図1に示した5つのクラスターモデルが有益ではないかと

いう結論に至った。

第2期のAGMは、メンバー構成も再考され開始されたが、まず、第1期の結論であった5つのクラスターモデルについては、その根拠となる研究が少ない、全ての精神障害を5つで分類するには無理があるなどのかかなりの反論があり採用は見送られた。さらに、より日常臨床やサービスを行う上でその有用性 (clinical utility) を追求すべきであるという方針が確認された。そして、実際に、clinical utilityの向上を目指す研究を行う目的で、Formative Field Study Coordinating Group (FFSCG) が設立されることとなった。そして、WHO側から、FFSCGに期待されるミッションとして、

1. 障害カテゴリーはどのように組織化されるべきか
2. 様々な臨床場面を想定した場合、どの障害、状態もしくは問題が診断分類システムに含まれていれば最も有効に活用されるか
3. 各障害についての情報は、どのように提供されるべきか

の3つが提起された。

#### 4. 現在進行中の作業

##### a) FFSCG を中心として

このグループには、WHO 側から担当責任者として Geoffrey Reed 氏が参加し、メキシコの Maria Elena を座長として、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、現在、現行の F0~F9 まで 10 ある大分類をどのようにすべきであるか Study A と Study B という調査が行われている。両者とも 60 の精神障害をグループ化する調査であるが、Study A は Web 調査であり、一方 Study B はテスターが行う対面調査である。これらの詳細については、誌幅もあり文献を参考して頂きたい<sup>6)</sup>。

##### b) WHO-WPA Survey

国際アドバイザー・グループには、世界精神医学会、国際ソーシャル・ワーカー連盟、国際看護師協会、世界家庭医機関) および国際心理学的科学連合などのステークホルダーの代表者も参加している。このうち、世界精神医学会 (World Psychiatric Association: WPA) は、精神科医から最も多くの意見が聴取できる団体として、WHO から特に要請があり、WHO-WPA Survey を行っている。本学会にも WPA から協力の要請があり、2009 年 11 月から本学会員 500 名を無作為に抽出し、Web 調査にご協力を頂いた。2010 年 12 月の段階で、312 名 (回答率 62.4%) の学会員からご協力を頂いた。資料として実際の質問内容を本稿に追加した。

##### c) ワーキンググループについて

第 2 期の AG の下位組織として、上記の FFSCG の他、ステークホルダー、および ICD-DSM Harmonization の 3 つのコーディネーティング・グループがあり、さらに、現在まで「精神病性障害」、「パーソナリティ障害」、「児童および思春期」、「知的/学習障害」、「物質関連」、「プライマリケア」の 6 つのワーキング・グループが設立されている。最近、Mario Maj を座長として

「気分および不安障害」のワーキング・グループもメンバーの選任が開始されている。

上記の各ワーキング・グループに対しては、AG メンバーを通して適任者を推薦するよう指示があり、日本からもそれぞれのワーキング・グループに推薦している。

各ワーキング・グループの活動は、今のところまだ公表されていないが、FFSCG により行われた調査の結果が出次第、より活動が活発化するものと思われる。

#### 5. 終わりに

以上、ICD-11 の動向について報告した。上述したように、今のところ ICD-11 の骨格は、FFSCG による調査の結果により大きく影響されるものと思われる。DSM-5 草案が 2010 年 2 月に Web 上で公開され<sup>7,8)</sup>、米国精神医学会はかなり大胆な改訂を構想として抱いていることを明らかにしており、ICD-11 がその影響を受けることも考えうる。しかし ICD-11 は clinical utility を改訂の主眼とする、また国際的規模での使用に耐える診断分類とするなど DSM との方向性の違いを明確に打ち出しており、特に臨床上およびサービスを提供する上での有益性向上が期待される。

#### 文 献

- 1) Krueger, R.F.: The structure of common mental disorders. Archives of General Psychiatry, 56; 921-926, 1999
- 2) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄: ICD-11 に向けての動向. 精神科診断学, 1; 48-57, 2008
- 3) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄: ICD-11 作成の動き. 精神経誌, 110; 813-818, 2008
- 4) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄: ICD-11 「精神および行動の障害」作成の動向. 精神科診断学, 2 (1); 3-27, 2009
- 5) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄: ICD-11 作成に向けて. 精神科, 14 (2); 1-11, 2009
- 6) 松本ちひろ: ICD-11 作成における Clinical Utility について. 精神科診断学, 3 (1) (掲載予定)
- 7) 松本ちひろ, 丸田敏雅, 飯森眞喜雄: DSM-5 の

動向. 精神医学, 52 (7); 634-645, 2010

稿 (ドラフト) の概要. 精神科治療学, 25 (8); 1117-

8) 松本ちひろ, 丸田敏雅, 飯森真喜雄: DSM-5 草

1123, 2010

資 料

WHO-WPA Survey for WPA Member Societies on the Revision of the ICD-10  
FINAL TRANSLATION FORM

*After completion, please save this document as both a Word file (.doc) and a PDF file (.pdf).*

*Please return BOTH versions of the completed document to :*

*Dr. Patricia Esparza, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO : [esparzap@who.int](mailto:esparzap@who.int)*

*Country :*

*Name of Psychiatric Society :*

*Name of Forward Translator :*

*Telephone and e-mail :*

*Name of Backward Translator :*

*Telephone and e-mail :*

QUESTION NUMBER	ENGLISH VERSION	FORWARD TRANSLATION
INTRO	<p>Paragraph 1: Dear Colleague, Our Society is collaborating with the World Psychiatric Association (WPA) and the World Health Organization (WHO) in order to provide input into the revision of the ICD-10, currently underway. The WPA and the WHO are engaging in a truly international and multilingual process in order to assess the views and opinions of psychiatrists around the world regarding the problems with current classification systems and how their clinical utility can be improved.</p>	<p>Paragraph 1: 学会員各位 現在改訂作業が進行中である ICD において、本学会は WPA および WHO と協力関係にあります。現在の診断分類システムにおける問題に世界中の精神科医の視点から取り組み、またその臨床的有用性を向上させるべく WPA と WHO は国際的かつ多言語による協力を進めています。</p>
	<p>Paragraph 2: The WHO expects to publish the ICD-11 in 2014. During the revision process, our Society will work with its members to provide scientific and clinical input to strengthen, broaden, and improve the revision process.</p>	<p>Paragraph 2: WHO は 2014 年の ICD-11 出版を予定しています。本学会は、科学のおよび臨床の見地からこの改訂作業に関し提言および活動を行っていくものです。</p>
	<p>Paragraph 3: The first way in which we are collaborating is through this on-line survey. This is only the first of a series of opportunities for our Society to participate in the revision of the ICD-10, which will involve a systematic program of surveys and field studies. The WPA and the WHO are taking advantage of technology that did not exist at the time the ICD-10 was developed in order to make this survey available and accessible throughout the world.</p>	<p>Paragraph 3: 上記の活動の一環としてまず施行されるのが、本オンライン調査です。今後様々な調査およびフィールド・スタディが計画されており、本調査は ICD-10 改訂への本学会の協力活動の第一歩にすぎません。WPA と WHO は ICD-10 作成当時には存在しなかったテクノロジーを利用し、本調査を全世界に広めようとしています。</p>

<p>Paragraph 4:</p> <p>We are asking you to complete this survey, answering each question as honestly and as accurately as possible. The survey should take approximately 20 minutes to complete. Most of the questions relate to your own views and opinions, based on your day-to-day clinical experience. There are no right or wrong answers.</p>	<p>Paragraph 4:</p> <p>本調査施行にあたり、できるかぎり率直かつ正確にお答え頂くようお願いいたします。回答に要する時間は20分程度です。ほとんどの質問項目はあなたの視点や意見に関するものであり、ご自身の毎日の臨床経験に基づいてお答え頂くものです。正解や不正解はありません。</p>
<p>Paragraph 5:</p> <p>Your participation in this survey is strictly voluntary. The information you provide will be used for the purposes of this study only and will be reported only in aggregated form. This survey contains no questions that can potentially identify you or your patients, and your name will not be associated in any way with the research findings. It is possible, however, with internet communications, that through intent or accident someone other than the intended recipient may see your response.</p>	<p>Paragraph 5:</p> <p>本調査への参加はあくまで任意です。回答内容は、本調査の目的のみに用いられるものであり、個人単位で公表されることはありません。またご自身および患者さんの身元特定に繋がる情報に関する質問項目は含まれていません。なお、インターネット上における調査の特質上、回答が意図した以外の人の目にふれる可能性が皆無ではないことは、ご理解ください。</p>
<p>Paragraph 6:</p> <p>The content of the questionnaire should cause no more discomfort than you would experience in your everyday life. Although participation may not benefit you directly, we believe that the information obtained from this study will help us gain a better understanding of psychiatrists' views of ICD and issues related to classification.</p>	<p>Paragraph 6:</p> <p>質問項目には、日常生活レベルを超えるような不快な内容は含まれていません。また本調査への参加による直接的利益はありませんが、本調査から得られる知見は精神科医の皆さまのICDに対する見方および分類に関する問題点を理解する上で非常に重要であると思われまます。</p>
<p>Paragraph 7:</p> <p>We are grateful for your interest and your participation in this study. If you have questions or comments, please send them to Dr. Patricia Esparza, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization at <a href="mailto:esparzap@who.int">esparzap@who.int</a>.</p>	<p>Paragraph 7:</p> <p>本調査へのご協力に感謝いたします。ご質問やご意見などがございましたら、WHO Department of Mental Health and Substance Abuse のパトリシア・エスパルサ博士 (<a href="mailto:esparzap@who.int">esparzap@who.int</a>) までご連絡をお願い致します。</p>
<p>Paragraph 8:</p> <p>Thank you very much for your participation and support.</p> <p>Exempted from review by the World Health Organization Research Ethics Review Committee, 26 March 2010. Protocol ID RPC 394.</p>	<p>Paragraph 8:</p> <p>ご回答・ご支援に御礼申し上げます。</p> <p>2010年3月26日にWHO倫理審査委員会により承認審査不要と判断 (Protocol ID RPC 394)</p>
<p>Paragraph 9:</p> <p>If you agree to participate in this WHO sponsored survey, and wish to proceed, please</p>	<p>Paragraph 9:</p> <p>本調査への参加に同意され、ご回答いただける場合は、「はい」をクリックしてください。これ</p>

	click on the 'Yes' button below. Clicking on the 'Yes' button indicates your willingness to participate in this survey, that you are a psychiatrist, and that you have completed your training. If you do not want to participate, please close this browser window to leave the survey website.	により、あなたに本調査への参加意思があること、あなたが精神科医であること、あなたが専門家としてのトレーニングを終了していることと見なします。 本調査への参加を希望されない場合は、ブラウザのウィンドウを閉じ、終了してください。
QUESTION : AGREEMENT TO PARTICIPATE	Q: I agree to participate in this study.	Q: 本調査への参加に同意します。
	A1: Yes	A1: はい
	A2: No	A2: いいえ
QUESTION 1	Q1: Country of residence	Q1: 居住国
	A1: ( <i>NOTE TO TRANSLATOR: Please provide the name of your country in your language.</i> )	A1: 日本
	A2: Other (specify):	A2: その他 (具体的に):
QUESTION 2	Q2: Year of birth	Q2: 出生年
	A1: ( <i>NOTE TO TRANSLATOR: If your language does not use Arabic numerals for dates, as in English, please provide the numbers in your language corresponding to every year from 1924 to 1988.</i> )	A1:
QUESTION 3	Q3: Gender	Q3: 性別
	A1: Male	A1: 男
	A2: Female	A2: 女
QUESTION 4	Q4: Years of professional experience (after training in psychiatry)	Q4: 経験年数 (精神医学のトレーニング終了後)
	A1: None	A1: なし
	A2: 1 year	A2: 1年
	A3: 2 years	A3: 2年
	... ( <i>NOTE TO TRANSLATOR: Please provide the intervening years if necessary for clarity.</i> ) A4: 60 years	... A4: 60年
QUESTION 5	Q5: Do you currently see patients as part of your regular professional activities?	Q5: あなたは現在精神科医の職務として、患者さんの診察および治療を行っていますか？
QUESTION 6	Q6: During a typical week, how many hours do you spend seeing patients?	Q6: 一週間に平均何時間程度を患者さんの診察もしくは治療にあてていますか？
	A1: None	A1: なし
	A2: Between 1 and 9 hours	A2: 1時間から9時間
	A3: Between 10 and 19 hours	A3: 10時間から19時間

	A4: Between 20 and 40 hours	A4: 20 時間から 40 時間
	A5: More than 40 hours	A5: 40 時間より多い
QUESTION 7	Q7: As part of your <u>day-to-day clinical work</u> , how much of the time do you use a formal classification system for mental disorders, such as the ICD, the DSM, or a national classification?	Q7: <u>日常臨床</u> において、ICD, DSM, および国内分類法 (もしあれば) などの正式な診断分類システムをどの程度の頻度で用いますか?
	A1: Almost always/Always	A1: ほぼ日常的に用いる/日常的に用いる
	A2: Often	A2: しばしば用いる
	A3: Sometimes	A3: ときどき用いる
	A4: Rarely	A4: ほとんど用いない
	A5: Never	A5: まったく用いない
QUESTION 8	Q8: In your <u>day-to-day clinical work</u> , which classification system for mental disorders do you use most?	Q8: <u>日常臨床</u> において、以下のうちどの診断分類システムを最もよく用いますか?
	A1: ICD-10	A1: ICD-10
	A2: ICD-9 or ICD-8	A2: ICD-9 または ICD-8
	A3: DSM-IV	A3: DSM-IV
	A4: Other diagnostic system (specify)	A4: その他の診断分類システム (具体的に)
QUESTION 9	Q9: From your perspective, which is the <u>single, most important</u> purpose of a diagnostic classificatory system?	Q9: 診断分類システムの最も重要な目的はご自身の観点から何であると思いますか? <u>一つだけ</u> 選択してください。
	A1: To serve as a reliable tool for communication between clinicians	A1: 臨床家間のコミュニケーションを助ける信頼性の高いツールとしての機能
	A2: To facilitate communication between clinicians and service users/patients	A2: 臨床家と患者間のコミュニケーションを円滑にする機能
	A3: To inform decisions about treatment and clinical management	A3: 治療や臨床的マネジメントに関する決定を助ける機能
	A4: To facilitate research	A4: 研究を補助する機能
	A5: To serve as a basis for generating national health statistics	A5: 国の厚生および医療関連の統計の基を提供する機能
	A6: Other (please describe):	A6: その他 (具体的に):
QUESTION 10	Q10: In clinical settings, how many diagnostic categories should a classificatory system contain to be most useful for mental health professionals?	Q10: メンタルヘルスの専門家にとって、診断分類システムに含まれる診断カテゴリーがいくつ程度であれば最も用い易いと思いますか?
	A1: 10 to 30 diagnostic categories	A1: 10 から 30 のカテゴリー
	A2: 31 to 100 diagnostic categories	A2: 31 から 100 のカテゴリー
	A3: 101 to 200 diagnostic categories	A3: 101 から 200 のカテゴリー
	A4: More than 200 diagnostic categories	A4: 200 より多いカテゴリー



QUESTION 11	Q11: Primary care practitioners should have:	Q11: プライマリ・ケア医が用いるには、以下のうちいずれのシステムがより適していると思いますか？
	A1: A modified/simpler classification system of mental disorders	A1: より簡易に修正された分類システム
	A2: The same classification system as specialist mental health professionals	A2: メンタルヘルスの専門家が用いるものと同じ分類システム
QUESTION 12	Q12 a): Please rate the extent to which you agree with the following statement:	Q12 a): 以下の文章に対し、どの程度賛同できるか示してください。
	Q12 b): “A diagnostic classification system should serve as a useful reference not only for psychiatrists but also for other mental health professionals? (e.g., psychologists, social workers, psychiatric nurses).”	Q12 b): 「診断分類システムは、精神科医のみではなくメンタルヘルスに関わる他の専門家(心理士, ソーシャルワーカー, 精神科看護師など)にとっても役立つものであるべきだ」
	A1: Do not agree	A1: 賛同しない
	A2: Agree somewhat	A2: いくらか賛同
	A3: Mostly agree	A3: おおむね賛同
	A4: Agree completely	A4: 完全に賛同
QUESTION 13	Q13: “A diagnostic classification system should be understandable to service users, patient advocates, administrators, and other relevant people as well as to health professionals.	Q13: 「診断分類システムは、専門家のみでなく、患者本人、後見人や保護者、行政担当者などにとっても理解できるものであるべきだ」
QUESTION 14	Q14: For maximum utility in clinical settings, a diagnostic manual should contain:	Q14: 臨床において最も使いやすいものになるために、診断マニュアルは以下を含むべきである:
	A1: Clear and strict (specified) diagnostic criteria for all disorders	A1: すべての障害に関する明確かつ厳密な(具体的な)診断基準
	A2: Diagnostic guidance that is flexible enough to allow for cultural variation and clinical judgment	A2: 文化的差異や臨床評価を許容するだけの柔軟性のある診断指針
QUESTION 15	Q15: The best way for a diagnostic system to address the concept of <u>severity</u> would be:	Q15: 重症度の概念を示すのに最も適している診断システムとは:
	A1: To provide subtypes of relevant diagnostic categories (e.g., mild, moderate or severe depressive episode), based on the number and/or severity of symptoms present.	A1: 患者の呈する症状の数および/または重症度に基づき、当該診断カテゴリーのサブタイプ(例: うつ病エピソードの軽度, 中程度, 重度など)を提供する
	A2: To provide subtypes of relevant diagnostic categories, based on the degree of functional impairment (e.g., impairment in self-care or occupational functioning).	A2: 機能的な障害の程度(例: 日常生活におけるセルフケアまたは職業機能など)に基づき、当該診断カテゴリーのサブタイプを提供する
	A3: To provide a separate axis allowing an overall assessment of severity that could be	A3: すべての診断名に用いることができるような重症度の包括的評価尺度を、独立した軸と

	used for all diagnoses.	して提供する
	A4: Not to try to include it; severity is an important part of clinical assessment but does not need to be part of the diagnostic classification.	A4: 含める必要はない; 重症度は臨床評価において重要であるが, 診断分類の中に取り入れる必要はない
QUESTION 16	Q16: What is the best way for a diagnostic system to conceptualize the relationship between diagnosis and <u>functional status</u> (e.g., impairment in self-care or occupational functioning)?	Q16: 診断基準において, 診断と機能状態(例: セルフケアまたは職業機能などの障害)の関係はどのように概念化されるべきでしょうか?
	A1: Functional impairment should be a diagnostic criterion for most mental disorders; if there is no functional impairment, then a disorder should not be diagnosed.	A1: 大部分の精神障害において機能不全を診断基準に含むべきである; もしも機能不全がまったく見られなければ, 障害と診断されるべきでない
	A2: Functional status should be a diagnostic criterion for some mental disorders, when it is necessary to infer the presence of a disorder from its functional consequences.	A2: いくつかの精神障害においては, 機能状態を診断基準に含むべきである; 機能状態が障害の有無を推測するのに必要な場合があるからである
	A3: Functional status should not be included in diagnostic criteria; functional impairments are more properly viewed as consequences or outcomes of mental disorders.	A3: 機能状態は診断基準に含まれるべきでない; 機能不全は精神障害の結果であると考えるのが妥当である
QUESTION 17	Q17: Should a diagnostic system incorporate a <u>dimensional component</u> , where some disorders are rated on a scale rather than just as present or absent?	Q17: 障害の有無のみにとどまらず, 尺度上で評価がなされるようなディメンショナルな要素が診断システムにおいて必要ですか?
	A1: YES, because this would make the diagnostic assessment more detailed and personalized.	A1: はい。なぜなら, 診断評価がより詳細かつ個々の状態を的確に反映したものとなるから。
	A2: YES, because this would more accurately reflect the continuous nature of the underlying psychopathology.	A2: はい。なぜなら, 根底にある病理の持続的性質が, より正確に反映されるから。
	A3: NO, because this would be too complicated for use in most clinical settings.	A3: いいえ。なぜなら, ほとんどの臨床現場で用いるのに複雑すぎるから。
	A4: NO, because there is insufficient research evidence regarding the reliability of a dimensional approach.	A4: いいえ。なぜなら, ディメンショナルなアプローチの信頼性に関するエビデンスが不足しているから。
QUESTION 18	Q18: Should the diagnosis of depression be assigned when the depressive symptoms are a proportionate response to an adverse life event (e.g., loss of job or home, divorce)?	Q18: 不幸なライフイベント(職や家を失う, 離婚など)に対し抑うつ的な反応が見られた場合, ライフイベントの重大さに対し了解可能な程度の反応であっても, うつ病の診断は下されるべきでしょうか?
	A1: NO, a proportionate response to an adverse life event should not be considered a mental disorder.	A1: いいえ。反応がライフイベントにたいし了解可能な程度の反応であるならば, 精神障害と見なされるべきでない。

	A2: YES, if the full depressive syndrome is present, the diagnosis should be made regardless of whether there are life events that can potentially explain it.	A2: はい。もしも基準を完全に満たす抑うつ症状が認められるのであれば、考えられる環境要因に関わらず診断名が下されるべき。
QUESTION 19	Q19 a): Please rate the extent to which you agree with the following statement based on your <u>day-to-day clinical experience</u> :	Q19 a): あなたの <u>日常の臨床経験</u> にもとづいて、以下の文章に対し、どの程度賛同できるか示してください。
	Q19 b): “The diagnostic system I use is difficult to apply across cultures, or when the patient/service user is of a different cultural or ethnic background from my own.”	Q19 b): 「私が用いている診断システムは、異文化に対し適用するのが難しい、または自分とは異なる文化や民族性を背景にもつ患者に対して適用するのが難しい」
QUESTION 20	Q20 a): Please rate the extent to which you agree with the following statement based on your <u>day-to-day clinical experience</u> :	Q20 a): あなたの <u>日常の臨床経験</u> にもとづいて、以下の文章に対し、どの程度賛同できるか示してください。
	Q20 b): “The diagnostic system I use is problematic because it is over-embedded in U.S. and European culturally-derived concepts and values.”	Q20 b): 「私が用いる診断システムは、欧米文化に由来する概念や価値観の影響が強すぎるため、問題がある」
QUESTION 21	Q21 a): The following questions relate to your use of the ICD-10 diagnostic categories for mental and behavioural disorders.	Q21 a): 以下の質問は、ICD-10 における精神および行動の障害の診断カテゴリーの使用状況に関するものです。
	Q21 b): Of the ICD-10 diagnostic categories listed below, please indicate which ones you use <u>once a week or more</u> in your day-to-day clinical practice (that is, you see a patient with that diagnosis at least once a week).	Q21 b): 以下の ICD-10 診断カテゴリーのうち、日常臨床において <u>一週間に一度以上</u> 用いる（その診断名がつく患者を一週間にひとり以上診る）ものを挙げてください。
	(NOTE TO TRANSLATOR: Please translate the mental disorders listed in Table 1, using the official ICD-10 in your language.)	
QUESTION 22	Q22 a): Please <i>evaluate</i> the ICD-10 diagnostic categories you previously selected by making a rating of each category on two dimensions: 1) <u>ease of use</u> of the ICD-10 diagnostic guidelines for that category; and 2) <u>goodness of fit</u> or accuracy of the ICD-10 definition, clinical description, and diagnostic guidelines in describing the patients you see in clinical practice.	Q22 a): 選択された ICD-10 診断カテゴリーを、1) その障害に関する ICD-10 診断ガイドラインの使いやすさ、2) その障害に関する ICD-10 の定義および臨床的記述と、臨床場面でああなたがみる患者との <u>合致度</u> のふたつの観点から評価してください。
	Q22 b): Please use the following scales for making your ratings: <u>EASE OF USE</u> of the ICD-10 diagnostic guidelines: 0=Not at all easy to use in clinical practice 1=Somewhat easy to use 2=Quite easy to use	Q22 b): 評価に際し、以下の尺度を用いてください。 <u>ICD-10 診断ガイドラインの使いやすさ</u> 0=日常臨床において非常に使いづらい 1=まあまあ使いやすい 2=かなり使いやすい 3=非常に使いやすい

	3=Extremely easy to use	
	Q22 c) : <u>GOODNESS OF FIT in clinical practice (accuracy in describing patients) :</u> 0=Not at all accurate 1=Somewhat accurate 2=Quite accurate 3=Extremely accurate	Q22 c) : 日常臨床における合致度 (患者の記述における正確さ) 0=まったく正確でない 1=まあまあ正確だ 2=かなり正確だ 3=非常に正確だ
QUESTION 23	Q23 : Are there diagnostic categories in ICD-10 with which you are <u>especially dissatisfied</u> , or that you believe are <u>especially problematic</u> in terms of their goodness of fit in clinical settings?	Q23 : 日常臨床における一致度の観点から、特に不満があったり、問題があると思われるような診断カテゴリーが ICD-10 にはありますか?
QUESTION 24	Q24 : If yes, please explain :	Q24 : もしあれば、説明してください。
QUESTION 25	Q25 : Are there any specific diagnoses in ICD-10 that you feel should be <u>removed or moved</u> to another section?	Q25 : 削除もしくは他のセクションに移動すべきと思われる診断カテゴリーが ICD-10 にはありますか?
QUESTION 26	Q26 : Are there any specific diagnostic categories that you feel should be <u>added</u> to the ICD-10?	Q26 : ICD-10 に新たに追加されるべきと思われる診断カテゴリーがありますか?
QUESTION 27	Q27 : Do you think that any of the <u>terms</u> used in current diagnostic systems are stigmatizing in your language or cultural context?	Q27 : あなたの言語もしくは文化的背景に照らし合わせて、現在の診断分類システムにおいてスティグマにつながりやすいと思われる用語がありますか?
QUESTION 28	Q28 : Do you see the need in your country for a <u>national classification</u> of mental disorders (i.e., a country-specific classification that is not just a translation of ICD-10)?	Q28 : あなたの国において、精神障害の <u>国独自の診断分類システム</u> (ICD-10 の単なる翻訳ではなく) は必要であると思われますか?
QUESTION 29	Q29 : Please use this space to provide any comments you have about this survey overall :	Q29 : 本調査全体に関してコメントがあればこの欄に記入してください。

\* Note : A refers to Answer

TABLE 1. LIST OF ICD-10 MENTAL DISORDERS TO BE TRANSLATED AS PART OF QUESTION 21  
Please refer to the official ICD-10 in your country and/or local language for the exact translation of the disorders.  
In some cases (i.e. F60.2, F7, F90 and F91), labels were slightly modified, please translate accordingly.

TRANSLATION	
F00	アルツハイマー病型認知症
F01	血管性認知症
F05	せん妄, アルコールおよび他の精神作用物質によらないもの
F10	アルコール使用による精神および行動の障害
F11	アヘン類使用による精神および行動の障害
F12	大麻類使用による精神および行動の障害
F13	鎮静薬あるいは睡眠薬使用による精神および行動の障害

F14	コカイン使用による精神および行動の障害
F15	カフェインおよび他の精神刺激薬使用による精神および行動の障害
F16	幻覚剤使用による精神および行動の障害
F18	揮発性溶剤使用による精神および行動の障害
F20	統合失調症
F21	統合失調型障害
F22	持続性妄想性障害
F23	急性一過性精神病性障害
F25	統合失調感情障害
F30	躁病エピソード
F31	双極性感情障害 [躁うつ病]
F32	うつ病エピソード
F33	反復性うつ病性障害
F40.0	広場恐怖
F40.1	社会 [社交] 恐怖 [症]
F40.2	特異的 (個別的) 恐怖症
F41.0	パニック障害
F41.1	全般性不安障害
F41.2	混合性不安抑うつ障害
F42	強迫性障害
F43.1	心的外傷後ストレス障害
F43.2	適応障害
F44	解離性 (転換性) 障害
F45	身体表現性障害
F50.0	神経性無食欲症
F50.2	神経性過食 [大食] 症
F51	非器質性睡眠障害
F52	性機能不全
F60.31	境界性パーソナリティ障害
F60.2	反社会性パーソナリティ障害
F63	習慣および衝動の障害
F7	精神遅滞 (知的障害)
F84.0	小児自閉症
F84.5	アスペルガー症候群
F90	多動性 (注意欠陥) 障害
F91	行為障害, 反抗挑戦性障害を含む

F95 チック障害
その他—具体的に：
上記のどれも該当しない

Unresolved translation issues/questions (add additional sheets if necessary) :

1. The definition of “home (see Q. 18) is unclear (i.e. whether to refer to the house or to the family members)
  - 2.
  - 3.
  - 4.
  - 5.
  - 6.
  - 7.
  - 8.
  - 9.
  - 10.
-