

特集 ICD-11 作成の最近の動向

ICD-11 プライマリケア版の動向

中根 秀之

WHO は、プライマリケアで活用される精神医学診断システムの重要性について十分認識しており、今回の ICD-11 への改訂については、本体の改訂に加え、ワーキンググループが組織され、プライマリ・ケア版について積極的な活動展開が行われている。現在まで ICD-11-PHC としてドラフトが作成されている。その中では、anxious depression, bodily stress syndrome (BSS) などのいくつか新たな興味深い診断名が取り扱われている。さらに、国際的な Field Trial が予定されており、日本からの参加も期待されている。ICD-11 への改訂が進められる中、その全貌は少しずつ明らかとなってきた。プライマリケア医における精神科的問題への対応の重要性が確認されている現在、興味深い新たな知見も含まれており、我々精神科医もその動向を慎重に注視していく必要があると思われる。

<索引用語：ICD, DSM, プライマリケア, 精神医学診断, ICD-11-PHC>

はじめに

わが国では、1998 年以降の 3 万人超の自殺者問題といった社会的な背景から自殺予防に向けて診療報酬の改定も行われ、ストレスを感じる勤労者の増加といった厚生労働省の調査結果などから、プライマリケアにおける精神科診断の重要性が指摘されている。1991 年に行われた世界保健機関 (World Health Organization: WHO) による「一般診療科における精神的問題の WHO 共同研究」では、世界的には 24% の外来患者において何らかの精神障害を認めるということが報告された。プライマリケアの分野において遭遇する精神障害については、コモンメンタルディスオーダーと考えられ、これらの診断と治療の技術向上が求められている。

WHO による ICD 精神医学診断システム (Fコード) については、ICD-10 になり、ICD-10 ファミリーとしては、ICD-10 精神と行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン⁸⁾と、ICD-10 精神と行

動の障害 DCR 研究用診断基準⁹⁾に加え、プライマリケア医の使用を考慮したプライマリケア・バージョンが出版された。わが国でも、「ICD-10 プライマリケアにおける精神疾患の診断と診療指針」¹⁰⁾が作成されている。この他 WHO は、プライマリケア分野でのメンタルヘルスについて、教育用のガイドラインとして「Mental Disorders in Primary Care—プライマリケアにおける精神障害」を発表している。さらに、アメリカ精神医学会 (American Psychiatric Association: APA) による DSM-IV¹⁾の Primary Care version (以下、DSM-IV-PC) などが日本語版⁷⁾も作成され導入されている。さらに、WHO の ICD-10-PC と、APA の DSM-IV-PC 以外にも、世界家庭医機構 (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians: WONCA) による、ICPC-2 がある。この活動の歴史は古く、ICD-8 に基づいて世界の家庭医 (一般医、総合診療医)

に受け入れられるための分類項目を開発し、1975年にプライマリケア健康問題国際分類 (International Classification of Health Problems in Primary Care: ICHPPC) 初版が発行されたことから始まる。その後、ICD-9への改訂に伴い、ICHPPC第2版⁵⁾が作成された。さらに、受診理由国際分類 (RFEC) を開発し、診療行為と診断病名も同時に分類することができるICPCへと発展させ、1987年にICPC初版として発行した。1992年のICD-10の出版とともに、重症度評価と機能・適応状態を評価できるICPC-2と発展している。この他、診断システムとは若干異なるが、内科診療の現場における精神科疾患の診かたを学ぶ教育訓練システムとしてPIPC (Psychiatry In Primary Care)⁶⁾の活動もわが国に広がりつつある。このように、プライマリケア分野においても、精神保健・精神医療への関心が高まってきている現状がある。しかし残念ながら、現在わが国においてこれらの診断システムや治療ガイドラインが、十分に活用されているとは言い難い。

2007年秋頃から国際疾病分類の新たな改訂ICD-11への動きが徐々に進行しているが、臨床現場で活用できるまでにはさらに相当の期間を要すると考えられる。今あらためてプライマリケア分野での精神保健の普及向上を図る上で、プライマリケアにおける精神障害の診断について現状の把握と問題点を整理したい。そして今後、ICD-11への改訂に向けて、プライマリケア医に対する適切な精神科医療の教育資料の提供という観点からも、わが国におけるプライマリケア分野の精神障害の診断システムについて考察し、これまでの診断システムおよびプライマリケアにおける精神医学診断について考察し、現在進行しているICD-11-Primary Health Care Version (ICD-11-PHC)の動向について報告する。

I. プライマリケア版の重要性と必要性

本来精神医学診断について、専門医療者が使用できるシステムがあれば十分なはずである。しかし、現在WHOはプライマリケア版について多く

の労力を割いてその完成を目指している。現在のWHOの大きな関心事は、No health without mental healthという言葉にも表されるように、医療リソースに乏しい発展途上国において整備されていないメンタルヘルスの充実・向上を図ることにある。このことは、WHO mental health Gap Action Programme (mhGAP)¹¹⁾の活動を見れば歴然としている。

Goldberg²⁾は、プライマリケアにおける「身体疾患と精神疾患との関係」について、以下のように分類して示している。精神疾患との関わりから大きく4つに分けている。

- (1) 精神疾患を二次的に伴ってくる身体疾患：1.8%
 - ①発現する身体症状はすべて身体疾患に起因しており、
 - ②精神疾患に対して治療を行ったからといって身体症状は軽減されることなく、
 - ③その精神疾患そのものが身体疾患なしには発症してこない。
- (2) 無関係の精神疾患を偶然に併発した身体疾患：5.4%

ここでは両者の間に病因的な関連性はなく、一方の治療が他に影響することもない。
- (3) 身体化した精神疾患：9.4%、この場合、
 - ①明らかな精神疾患 (ICD-10/DSM-IVといった国際的な疾病分類に見られるようなもの) が存在しているものの、
 - ②患者は全ての問題をそうした身体症状を呈するような身体疾患に帰したり、逆に発現してきた症状が何らかの精神的問題を惹起したと考えたりしているために、
 - ③身体症状に対して精神的なコンサルテーションをする必要があり、
 - ④精神疾患の治療によって初めて、身体症状を消退させたり軽減したりできる。
- (4) 完全に精神疾患：7.8%、この場合、身体症状は全く存在しないか、たとえあっても患者はそれを精神疾患の一部であると見なし得るほどであることが多い。

以上を合わせると 24.4%にものぼっている。

これ以外のものとして、身体疾患だけ：45.6%，子どもの病気についての相談：16.8%，少し神経質ではあるが身体疾患だけに罹患：8.3%，その他：4.9%であった。このように、プライマリ・ケアで遭遇する精神疾患の問題が示されている。

WHO が主導した国際的大規模精神医学的疫学調査である WMH2000 (World Mental Health 2000) において我が国でも相談・受診行動について ICD-10F コードによる生涯診断による何らかの精神障害を考える場合の相談先として、精神科医は 14.8%，一般医 13.1%であった。ICD-10F 生涯診断による疾患別で見ると、何らかの気分障害の場合には、精神科医 20.3%，一般医 13.9%，何らかの神経症圏障害では、精神科医 15.4%，一般医 16.8%と逆転していた。

最近では、厚生労働省が行った患者調査においてアルツハイマー病、感情障害などの精神障害の外来患者が増加傾向にあり、特にうつ病・躁うつ病については2008年には100万人を超えたことが指摘されている。このことは、精神疾患有病率の総体的上昇、高齢者医療での新たな精神的問題の発現などによる精神疾患における変化も関連があると示唆される。また一方で、最近では、比較的「うつ」「うつ病」については、様々な教育・啓発あるいは報道が行われ、精神疾患への偏見・差別意識が緩和され、受診行動に結びつきやすくなってきていることも1つの要因と考えることもできるだろう。

以上のことから、精神的問題を抱えた患者の受診頻度が高いこと、精神疾患が認識されず、未治療のまま放置されると膨大な損失を来すこと、身体疾患に伴う精神疾患は心理社会的障害を増強させ、身体疾患に新たなリハビリテーションや治療を付加すること、身体疾患への治療と精神疾患は並行して治療されるべきであること、精神疾患による自殺率は特定の身体疾患では高まることなども併せて考えるに、プライマリケア医における精神的問題への対応の重要性が改めて確認できる。

表 1 ICD-10-PC の構造

コード	疾患名
F00#	痴呆 (認知症)
F05	せん妄
F10	アルコール使用による障害
F11#	薬物使用による障害
F17.1	タバコの使用による障害
F20#	慢性精神病
F23	急性精神病
F31	双極性障害 (双極性感情障害, 躁うつ病)
F32#	うつ病
F40	恐怖症性障害
F41.0	パニック障害
F41.1	全般性不安
F41.2	不安・うつ病混合状態
F43.2	適応障害
F44	解離性障害 (転換ヒステリー)
F45	説明不能な種々の身体症状
F48.0	神経衰弱
F50	摂食障害
F51	睡眠障害 (不眠)
F52	性機能障害
F70	精神遅滞
F90	多動性 (注意欠陥) 障害
F91#	行為障害
F98.0	遺尿症
Z63	喪失体験後症候群
F99	精神疾患, 特定困難
U50#	未使用/どのカテゴリーに割り当てるか一時的に未定

II. ICD-10-PC と DSM-IV-PC について

まず、ICD-10-PC の構造について、表 1 に示す。

プライマリで遭遇するであろうと考えられた 27 の精神障害が取り上げられている。各精神障害に関する臨床的記述が示されており、これらをもとに診断し、初期における治療的介入を行うことができるように構成されている。特に、ICD-10-PC は精神医療リソースの少ない地域でも利用できるように配慮されている。

次に、DSM-IV-PC の構造を、表 2 に示す。

DSM-IV-PC では、精神障害をカテゴリとして扱うものではなく、障害の視点から診断に結び付けていく形をとっている。このため、表面上は精

表2 DSM-IV-PCの構造

コード	アルゴリズム	
一般にプライマリ・ケアで提示される症状のアルゴリズム		Algorithms for Common Primary Care Presentations
4.1	抑うつ気分アルゴリズム	Depressed Mood Algorithm
4.2	不安アルゴリズム	Anxiety Algorithm
4.3	説明不能の身体症状アルゴリズム	Unexplained Physical Symptoms Algorithm
4.4	認知障害アルゴリズム	Cognitive Disturbance Algorithm
4.5	問題物質使用アルゴリズム	Problematic Substance Use Algorithm
4.6	睡眠障害アルゴリズム	Sleep Disturbance Algorithm
4.7	性機能不全アルゴリズム	Sexual Dysfunction Algorithm
4.8	体重変化または異常摂食アルゴリズム	Weight Change or Abnormal Eating Algorithm
4.9	精神病性症状アルゴリズム	Psychotic Symptoms Algorithm
心理社会的問題		Psychosocial Problems
5.1	健康管理に影響を及ぼす心理的および行動的要因	Psychological and Behavioral Factors That Affect Health Care
5.2	対人(家族)関係の問題	Relational (Family) Problems
5.3	虐待や無視に関係した問題	Problems Related to Abuse or Neglect
5.4	個人の役割に関係した問題	Problems Related to Personal Roles
5.5	社会的問題	Social Problems
5.6	他のセクションに記載されている問題	Problems Listed in Other Section
その他の精神障害		Other Mental Disorders
6.1	躁病性症状	Manic Symptoms
6.2	衝動制御の症状	Impulse-Control Symptoms
6.3	逸脱した性的興奮	Deviant Sexual Arousal
6.4	解離性症状	Dissociative Symptoms
6.5	異常運動/音声化	Abnormal Movements/Vocalizations
6.6	機能不全型パーソナリティ特性	Dysfunctional Personality Trait
通常, 幼児期, 小児期または青年期に初めて診断される障害		Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, Childhood or Adolescence
7.1	その他の章で分類されている一般的な小児期/青年期の症状提示	Common Childhood/Adolescence Presentations Classified in Other Chapters
7.2	平均値以下の知的機能に関連した障害/状態	Disorders/Conditions Associated With Subaverage Intellectual Functioning
7.3	学習能力に関連した障害	Disorders Associated With Academic Skills
7.4	運動能力/協調運動問題に関連した障害/状態	Disorders/Conditions Associated With Motor Skills/Coordination Problems
7.5	衝動/多動または不注意な行動に関連した障害	Disorders Associated With Impulsive/Hyperactive or Inattentive Behavior
7.6	拒絶症的/反社会性行動に関連した障害/状態	Disorders/Conditions Associated With Negativistic/Antisocial Behavior
7.7	哺育, 摂食または排泄問題に関連した障害/状態	Disorders/Conditions Associated With Feeding, Eating, or Elimination Problems
7.8	コミュニケーションの問題に関連した障害/状態	Disorders/Conditions Associated With Communication Problems
7.9	社会的相互作用の障害に関連した障害/状態	Disorders/Conditions Associated With Impairment in Social Interaction
7.10	性同一性の問題に関連した障害/状態	Disorders/Conditions Associated With Issues of Gender Identity

神障害が現れないもののアルゴリズムに沿って評価していくことで、ほとんどの精神医学診断に至ることができる。米国で開発されており、プライマリケア医や教育の分野での活用が想定されていると思われる。

このように、両診断システムを見てくると、それぞれ類似するところもあれば、大きく異なる部分もある。

Ⅲ. ICD-11-PHC ドラフトの作成

WHO も、プライマリケアで活用される精神医学診断システムの重要性について十分認識しており、今回の ICD-11 への改訂については、本体の改訂に加え、プライマリケア版について積極的な活動展開が行われている。

プライマリケア版については、Goldberg を中心に Working Group が構成され、昨年度ドラフト第 1 版を作成した。各国の専門家に意見を聞きながら、現在まで第 5 版の改訂が重ねられている。筆者にも連絡があり、このドラフトを目にする機会を得たので、このまま採用になるとは考えられないが興味深い知見もあるため、一部のみ紹介する。anxious depression, bodily stress syndrome (BSS) などのいくつか興味深い診断名が取り扱われている³⁾。不安と抑うつについては、精神科臨床において併存の多い症状である。anxious depression については、躁病エピソードはなく、不安と抑うつの基本となる症状を満たし、不安と抑うつ症状が混在する気分障害であり、著しい悲哀感、ひいては治療必須な機能障害をも引き起こすものと記述されている。BSS については、ICD-11 の精神障害との一致を図るためにその詳細が検討されている途上にあるが、新しい概念であるためその一部を示す。同時に存在する複数の慢性的な身体症状があり、症状は文化や時間の経過に影響を受けることがある。動悸、胸部不快感、過呼吸などの循環器系あるいは呼吸器系症状、腹痛、便秘、下痢などの消化器系症状、筋肉痛、四肢痛、麻痺などの筋骨格系症状、過度の疲労やめまいなどの非特異的症状、苦痛であり、患者の自

身の健康状態への懸念のため結果として重大な障害となっている。除外診断として、不安や抑うつは BSS と診断されるべきではないとされている。これら以外には、acute stress reaction と self harm もカテゴリに挙げられているが、いまだ流動的でおそらく今後改訂の際には変更が予想されている。さらに現在、国際的に anxious depression, BSS を含めた Field Trial が予定されており、日本からの参加も期待されている。

内科医は精神医学的診断の際には、ほとんどが伝統的・経験的診断を用いており、ICD は 9%、DSM も 10% 程度と、ほとんど使用していないことが明らかとなった。また、希望する精神障害の診断システムについては、プライマリケア用に修正されたものが 67% と最も多かった。適切と思われる精神科診断カテゴリ数については、11~30 個程度が 45% と最も多く、続いて 1~10 個が 35% であったと報告⁴⁾している。このドラフトから ICD-11 本体よりもプライマリケアでの運用を優先した構造と 27 のカテゴリ数を見る限りにおいては、我が国のプライマリケア従事者の希望する診断システムにある程度マッチしたものができないかということが期待される。

おわりに

——適切な診断名とは？——

精神分裂病から統合失調症に呼称変更がなされて 10 年になる。この変化は病名告知をはじめとした治療場面での活用もなされており、スティグマの克服に役立っている。海外でも呼称変更のみではない、障害のコンセプトの変化は非常に高い注目を集めている。このため、今後 ICD-11 の改訂に向けても積極的な呼称の検討がなされている。特にプライマリケア分野においては、精神障害に関する正しい理解がなされないまま病名のイメージのみが先行する危険性がある。たとえば、適応障害については本来の「はっきりと確認できる大きなストレス、及び継続的、反復的にかかり続けるストレスによる症状」ではなく、「適応能力の低い素質がある個人的問題」という理解であるケー

スも経験される。このように、精神疾患の病名と病態の認識に、精神科医、身体科医の間に大きな差異があると思われる。今後プライマリケア領域に精神科医療が浸透していく際の弊害となる可能性があるため、日本語版作成にあたっては、正確な精神障害に関する知識と適切な診断名が必要であると考えられる。

ICD-11 への改訂が進められる中、その全貌は少しずつ明らかとなってきた。プライマリケア医における精神科的問題への対応の重要性が確認されている現在、興味深い新たな知見も含まれており、我々精神科医もその動向を慎重に注視しておく必要があると思われる。

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, 染矢俊幸ほか訳 : DSM-IV-TR 精神疾患の分類・統計マニュアル新訂版, 医学書院, 東京, 2004)
- 2) Goldberg, D., Huxley, P.: Common Mental Disorders, A Bio-Social Model, Routledge, 1992 (中根允文訳 : 一般心療科における不安と抑うつ, コモン・メンタル・ディスオーダーの生物・社会的モデル, 創造出版, 東京, 2000)
- 3) Lam, T. P., Goldberg, D. P., Dowell, A. C., et al.: Proposed new diagnoses of anxious depression and bodily stress syndrome in ICD-11-PhC : an international focus group study. Fam Pract, 2012 Jul 28 [Epub ahead of print]
- 4) 中根秀之, 大野 裕, 丸田敏雅 : プライマリ・ケア・バージョン ICD システムの開発のために, 精神科診断学, 4 (1) : 36-45, 2011
- 5) 重本洋定, 藤田伸輔, 山岡雅顕 : プライマリ・ケア国際分類第2版, 日本プライマリ・ケア学会, 東京, 2002
- 6) 杉山直也, 河西千秋, 井出広幸ほか : プライマリケア医による自殺予防と危機管理, 南山堂, 東京, 2010
- 7) 武市昌士, 佐藤 武訳 : DSM-IV-PC プライマリ・ケアのための精神疾患の診断・統計マニュアル—ICD-10 コード対応, 医学書院, 東京, 1998
- 8) WHO : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical Description and Diagnostic Guidelines. WHO, Geneva, 1992 (融 道男, 中根允文, 小見山実ほか訳 : 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)
- 9) WHO : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Diagnostic Criteria for Research. WHO, Geneva, 1993 (中根允文, 岡崎祐士, 藤原妙子訳 : 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)
- 10) WHO : Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care : ICD-10 Chapter V Primary Care Version. WHO, Geneva, 1996 (中根允文, 吉武和康, 園田裕香訳 : ICD-10 プライマリ・ケアにおける精神疾患の診断と診療指針, ライフサイエンス出版, 東京, 1998)
- 11) World Health Organization official Web site : http://www.who.int/mental_health/mhGAP/en/

Trends in Primary Health Version of ICD-11

Hideyuki NAKANE

*Department of Psychiatric Rehabilitation Sciences, Unit of Rehabilitation Sciences,
Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences*

The WHO recognizes the importance of a psychiatric diagnostic system in primary care. Regarding the revision of ICD-11 primary health care (ICD-11-PHC), a working group is organized and acts positively. The WG makes the draft of ICD-11-PHC. Some new and interesting disease names, such as ANXIOUS DEPRESSION and BODILY STRESS SYNDROME (BSS), are incorporated in ICD-11-PHC. Revision to ICD-11 continues, and an international Field Trial of ICD-11-PHC by the WHO is planned. Participation in the Field Trial of Japanese researchers is expected. We psychiatrists should closely follow trends in interesting new knowledge in ICD-11-PHC.

< Author's abstract >

< **Key words** : ICD, DSM, primary care, psychiatric diagnosis, ICD-11-PHC >
