

ICD-11 の直近の動向 ——線形構造 (Linear Structure) 草案を中心に——

丸田 敏雅

今回、ICD-11 の 2013 年 5 月 22 日現在の線形構造 (Linear Structure) 草案が発表されたので、それについて概説した。この線形構造草案での大きな変更点は、「睡眠障害」と「性関連障害」は「精神および行動の障害」には含まれないことになった点である。つまり、WHO は「睡眠障害」と「性関連障害」を精神障害と見なさないことになった。また、認知症も症状はこの線形構造草案には分類されているが、アルツハイマーや脳血管性などの認知症そのものの分類は「精神および行動の障害」には含まれないことになった。線形構造草案の大分類で分類されているのは、神経発達障害、会話と言語の障害、統合失調スペクトラムおよび他の一次性的精神病性障害、カタトニア、双極性および関連障害、抑うつ性障害、不安および恐怖関連障害、強迫性および関連障害、ストレスと特に関連する障害、解離性障害、身体苦悩性障害、および他のどこにも分類されない障害や疾病と関連する心理的および行動的な因子、哺育および摂食障害、排泄障害、物質中毒、物質の有害な使用、物質依存、物質離脱症候群、物質誘発性精神および行動の障害、衝動制御の障害、破壊的行動および非社会的障害、パーソナリティの障害、パラフィリア、虚偽性障害、神経認知障害、および他のどこにも分類されない障害や疾病で精神および行動の障害に関連するものの 25 の上位カテゴリーである。また、WHO は臨床実践グローバルネットワーク (GCPN) というネットワークを構築し現在作業を進めているが、これについても紹介した。

＜索引用語：ICD-11, 診断分類, 診断基準＞

はじめに

第 11 回国際疾病分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision: ICD-11) の作業がようやくわが国の精神科医にも目に見える形で進みつつある。今回の「精神および行動の障害」の改訂では、① WHO 加入国の精神および行動の障害の疾病負荷の軽減、② clinical utility に焦点を絞る：世界中の最前線で活動しているヘルスワーカーの診断と治療を促進、③ 様々な分野の stakeholder と協力、④ 改訂作業からの製薬会社および商業的関与の排除、などが目的および理念として挙げられている。そして、WHO は今回の改訂が

clinical utility を改善する好機と捉えている⁶⁾。

I. 線形構造 (Linear-Structure) 草案

今回、WHO から ICD-11 の 2013 年 5 月 22 日現在の線形構造 (Linear-Structure) 草案が発表されたので、それについて概説する。ここでいう線形構造とは、精神障害の大分類〔第 10 回国際疾病分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision: ICD-10)⁷⁾での F0~F9 に相当〕とそれらに含まれる各障害の大枠のことである。表 1 に線形構造草案の大分類を示す。

線形構造草案での大きな変更点は、「睡眠障害」

表1 ICD-11 線形構造草案の大分類

05 A	神経発達障害
05 B	会話と言語の障害
05 C	統合失調スペクトラムおよび他の一次性的精神病性障害
05 D	カタトニア
05 E	双極性および関連障害
05 F	抑うつ性障害
05 G	不安および恐怖関連障害
05 H	強迫性および関連障害
05 I	ストレスと特に関連する障害
05 J	解離性障害
05 K	身体苦悩性障害、および他のどこにも分類されない障害や疾病と関連する心理的および行動的な因子
05 L	哺育および摂食障害
05 M	排泄障害
05 N	物質中毒
05 O	物質の有害な使用
05 P	物質依存
05 Q	物質離脱症候群
05 R	物質誘発性精神および行動の障害
05 S	衝動制御の障害
05 T	破壊的行動および非社会的障害
05 U	パーソナリティの障害
05 V	パラフィリア
05 W	虚偽性障害
05 X	神経認知障害
05 Y	他のどこにも分類されない障害や疾患で精神および行動の障害に関係するもの

注：これらの日本語訳は仮訳である

と「性関連障害」は「精神および行動の障害」には含まれないことになった点である。つまり、WHOは「睡眠障害」と「性関連障害」を精神障害と見なさないことになった。

また、認知症も症状はこの線形構造草案には分類されているが、アルツハイマーや脳血管性などの認知症そのものの分類は「精神および行動の障害」には含まれないことになった。

II. ICD-11 の構造

ICD-11 は紙媒体での提供のみならずデジタル媒体での提供が中心となることが改訂の早期から決定されていた。したがって、今までのように各分野別の障害が10個の枠組みにとられる必要

がなくなった。ICD-10では「精神および行動の障害」は、第V章ということで、ICD-11では「05」というコードがまず与えられた（第1レベル、ICD-10のFコードに該当）。次いでアルファベットが精神および行動の障害の大分類に使用されることとなった(第2レベル)。各障害のコードがその次に00~99までコードが準備され（第3レベル）、亜型分類や現在の状態にも同様に00~99までコードが準備され（第4レベル）、さらに下位分類が必要であれば第5レベルが用意されている(図1)。

III. 個別のカテゴリーについて

1. 05 A 神経発達障害 (Neurodevelopmental disorders)

ここには、知的発達の障害、自閉症スペクトラムおよび関連障害、特異的学習障害、発達の運動調整障害、チック障害、注意欠陥障害、常同運動障害、親のアルコール暴露による神経発達の障害および他のどこにも分類されない神経発達の障害および疾患などが含まれている。しかし、詳細については現在も協議が続いている。

2. 05 B 会話と言語の障害 (Disorders of speech and language)

ここには、会話音声障害 (Speech sound disorder)、音声障害 (Voice disorder)、会話流暢性障害 (Speech fluency disorder)、表現性/受容性言語障害、表現性言語障害、社交コミュニケーション障害などが含まれている。しかし、詳細については現在も協議が続いている。

3. 05 C 統合失調症スペクトラムおよび他の一次性的精神病性障害 (Schizophrenia spectrum and other primary psychotic disorders)

ここには、統合失調症、統合失調感情障害、統合失調症型障害、急性および一過性精神病性障害、妄想性障害、他のどこにも分類されない障害や疾患による精神病性障害、物質誘発性精神病性

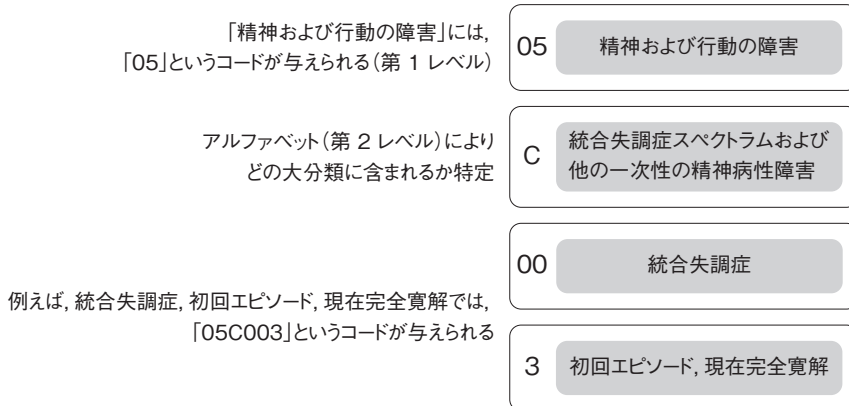


図 1 ICD-11 の階層的構造

障害が含まれる。感応性妄想性障害は有病率が非常に低く、妄想性障害との鑑別が困難ということから独立したカテゴリーは与えられず、妄想性障害の中に含まれることになった。米国精神医学会による診断と統計のためのマニュアル、第 5 版 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition : DSM-5)¹⁾の Section III の Conditions for further study に含まれている Attenuated psychosis syndrome については ICD-11 では採用されないこととなった²⁾。

また、伝統的に用いられてきた統合失調症の妄想型、破瓜型、緊張型の亜型についてはこれらは採用されず、第 4 レベルで、初回エピソード、現在急性エピソード、急性発症、初回エピソード、現在急性エピソード、潜行性発症、初回エピソード、現在部分寛解、初回エピソード、完全寛解、多重エピソード、現在急性エピソード、多重エピソード、現在部分寛解、多重エピソード、現在完全寛解、持続性の経過、特定不能という経過分類を用い、第 5 レベルで陽性症状を伴う、陰性症状を伴う、うつ症状を伴う、躁症状を伴う、精神運動症状を伴うおよび認知症状を伴う、というように分類される。

4. 05 D カタトニア (Catatonia)

カタトニアはうつ病など他の障害でも認められる病態であるという見解から、「カタトニア」とし

て分類することになった。ここには、他の精神障害と関連するカタトニアおよび他のどこにも分類されない障害や疾患によるカタトニアが分類されている。

5. 05 E 双極および関連障害 (Bipolar and related disorders)

当初、統合失調症と双極性障害を精神病性障害として、1つの群にすることも検討されたが、分子遺伝学的にこの2つの障害は近似しているという研究はあるものの、日常臨床では分子遺伝学的な視点を検討して診療している実態がないという反論があり、また、うつ病とは薬物療法をはじめとする治療法が異なるという意見が多数を占めた。この結果、うつ病と双極性障害を気分 (感情) 障害と一括りにする ICD-10 までの分類が見直され、より clinical utility を重視した、うつ病と双極性障害に独立した章を割りあてる分類が採用される予定である。

ここには、双極 I 型障害、双極 II 型障害、気分循環症、躁症状や混合症状を伴う他のどこにも分類されない障害や疾患による気分障害および躁症状や混合症状を伴う物質誘発性気分障害が分類された。

6. 05 F 抑うつ性障害 (Depressive disorders)

ここには、うつ病エピソード、反復性うつ病性

障害、気分変調症、混合抑うつ不安障害、月経前不機嫌障害 (Premenstrual dysphoric disorder : PMDD)、うつ症状を伴う他のどこにも分類されない障害や疾患による気分障害およびうつ症状を伴う物質誘発性気分障害が分類された。PMDDは長年疾患単位として認知するかどうか議論がなされてきたが、今回の改訂ではカテゴリーが与えられた。DSM-5では1つのカテゴリーを与えられた不機嫌を伴う破壊的気分失調障害 (Disruptive mood dysregulation disorder : DMDD) については今回の草案では取り上げられていない。

7. 05 G 不安および恐怖関連障害 (Anxiety and fear-related disorders)

ここには、全般性不安障害、パニック障害、広場恐怖、特異的恐怖症、社交不安 (社会不安障害)、分離不安障害、選択的緘黙、他のどこにも分類されない障害や疾患による不安障害および物質誘発性不安障害が含まれる。分離不安障害や選択的緘黙は、今まで幼児期、小児期および思春期の障害に含まれていたが、今回からは不安および恐怖関連障害の中に分類されることになった。

8. 05 H 強迫性および関連障害 (Obsessive-compulsive and related disorders)

ここには、強迫性障害、身体醜形性障害、Olfactory reference disorder、心気症 (疾病不安障害)、トゥレット障害、一次性あるいは特発性慢性運動性/音声チック、溜め込み障害 (Hoarding disorder)、身体焦点性反復性運動障害、他のどこにも分類されない障害や疾患による強迫性障害が分類された。心気症 (Hypochondriasis) という呼称には stigma をはらんでいるという理由から、疾病不安障害 (Illness anxiety disorder) という呼称に変更される予定であるが、心気症は、後述する「05 K 身体苦悩性障害、および他のどこにも分類されない障害や疾患と関連する心理的および行動的な因子」にも分類されており、これをどこに分類するかについては現在協議中である。

また、トゥレット障害、一次性あるいは特発性

慢性運動性/音声チックは今まで、幼児期、小児期および思春期の障害に含まれていたが、今回からここに分類された点も大きな変更点である。

9. 05 I ストレスと特に関連する障害 (Disorders specifically associated with stress)

ここには、外傷後ストレス障害、複雑外傷後ストレス障害、遷延性悲嘆障害、適応障害、反応性アタッチメント障害および脱抑制社会エンゲージメント障害が含まれる。DSM-5には、複雑外傷後ストレス障害というカテゴリーはなく、一方、急性ストレス障害は存続した。

急性ストレス反応で認められる症状は、時に薬物療法が使用されるかもしれないが疾病というよりは正常な反応であるという意見が多く、今回疾病コードは与えられなかった。また、複雑心的外傷後ストレス障害は、外傷後ストレス障害と破局的体験後の持続的パーソナリティ変化が加わった病態であり、今回このような名称が与えられた³⁾。

10. 05 J 解離性障害 (Dissociative disorders)

ここには、運動や感覚の解離性障害、認知解離性障害、混合性解離障害および他のどこにも分類されない障害や疾患による解離性障害が分類された。

ICD-10では解離性 (転換性) 障害とカッコ書きされていた転換性障害については、どこに位置づけられるのか協議されている模様である。

11. 05 K 身体苦悩性障害、および他のどこにも分類されない障害や疾患と関連する心理的および行動的な因子 (Bodily distress disorders, and psychological and behavioural factors associated with disorders or diseases classified elsewhere)

ここには、身体苦悩障害、重症身体苦悩障害、心気症 (疾病不安障害)、および他のどこにも分類されない障害や疾患と関連する心理的および行動的な因子が分類された。

ICD-10の身体表現性障害が身体苦悩障害

(bodily distress disorder) と呼称変更された。ICD-10 の身体表現性障害には、身体化障害、鑑別不能型身体表現性障害、心気障害、身体表現性自律神経機能不全、持続性身体表現性疼痛障害、他の身体表現性障害および身体表現性障害、特定不能などが分類されていたが、今回の草案では「身体表現性 (somatoform)」や「身体化 (somatization)」などの用語は見あたらない。

一方、DSM-5では、このカテゴリーに該当するものは、「身体症状および関連障害 (Somatic symptom and related disorders)」となっており、そこに転換性障害も含まれている⁴⁾。

12. 05 L 哺育および摂食障害 (Feeding and eating disorders)

ここには、神経性無食欲症、神経性大食症、むちゃ食い障害、回避的/制限的食物摂取障害 (avoidant/restrictive food intake disorder)、異食症、反芻障害 (regurgitation disorder) などが含まれる。むちゃ食い障害は長年疾患単位として認知するかどうか議論がなされてきたが、今回の改訂ではカテゴリーが与えられた。

13. 05 M 排泄障害 (Elimination disorders)

ここには、遺尿症および遺糞症が含まれることになる。遺尿症には、夜間の遺尿症 (夜尿)、日中の遺尿症、夜間と日中の遺尿症の下位分類があり、遺糞症には、腸のコントロールの欠乏、汚れを伴った便秘、糞便の不適切な配置などが下位分類された。

14. 05 N 物質中毒 (Substance intoxication)

物質としては、アルコール、オピオイド、大麻、鎮静剤、睡眠剤あるいは抗不安薬、コカイン、アンフェタミンおよび他の精神刺激剤、カフェイン、幻覚剤、ニコチン、揮発性吸入剤、MDMA (エクスタシー) あるいは関連物質、ケタミン、PCP あるいは他の解離性薬物、他の特定された精神作用物質による、不明の物質などを特定するようになっている。第4レベルでは、外傷を伴う、

意図的な自己破壊を伴う、せん妄を伴う、発作を伴う、認知的欠陥を伴う、明らかな躁、うつあるいは混合状態を伴う、他の精神病症状を伴う、昏睡を伴う、他の医学的愁訴を伴う、臨床的に有意な他害に起因する物質誘発性の行動を伴うなどを特定するような構造になっている。

15. 05 O 物質の有害な使用 (Harmful use of substances)

物質としては、05 N 物質中毒と同じものが挙げられている。第4レベルでは、エピソード性のもの、反復性のもの、持続性のものを特定する構造になり、第5レベルで、外傷を伴った、意図的な自己破壊を伴う、他の身体的健康を害するものを伴う、メンタルヘルスを害するものを伴う、臨床的に有意な他害に起因する物質誘発性の行動を伴うなどを特定するような構造になっている。

16. 05 P 物質依存 (Substance dependence)

物質としては、05 N 物質中毒と同じものが挙げられている。第4レベルで、持続的使用、初期の部分寛解、初期の完全寛解、持続性の (Sustained) 部分寛解、持続性の (Sustained) 完全寛解を特定し、第5レベルでアゴニストあるいはアゴニスト/アンタゴニストによる持続療法中、アンタゴニストあるいは嫌悪薬物による治療中、他の治療中、コントロールされた環境に置かれているなどを特定するようになっている。

17. 05 Q 物質離脱症候群 (Substance withdrawal syndrome)

物質としては、05 N 物質中毒の中で幻覚剤、MDMA (エクスタシー) あるいは関連物質、ケタミン、PCP あるいは他の解離性薬物以外のものが挙げられている。

18. 05 R 物質誘発性精神および行動の障害 (Substance-induced mental and behavioural disorders)

ここはまだ詳細が決まっていないが、第3レベ

ルで、せん妄、精神病性障害、気分障害、不安障害、性機能不全などが特定され、第4レベルで物質を特定するような構造になっている。この物質にはニコチンは含まれていない。

19. 05 S 衝動制御の障害 (Impulse control disorders)

ここには、病的賭博、病的放火（放火癖）、病的窃盗（窃盗癖）、強迫的性行動障害および間欠性爆発性障害などが含まれる。

20. 05 T 破壊的行動および非社会的障害 (Disruptive behaviour and dissocial disorders)

ここには、反抗挑戦性障害、素行/非社会的障害などが含まれる。これらは今までは、小児期または思春期の障害の中で分類されていたが、今回の改訂ではそこから抜け出た。

21. 05 U パーソナリティの障害 (Disorders of personality)

ここでは、第3レベルで軽度、中等度および重度を分類することになり、第4レベルで否定的な感情のドメインの傾向を伴うもの、非社会的なドメインの傾向を伴うもの、抑制的ドメインの傾向を伴うもの、強迫的ドメインの傾向を伴うもの、デタッチ的ドメインの傾向を伴うものを特定する構造になっている。DSM-5ではDSM-IV-TRがそのまま踏襲されたので、今後変更が加えられるかもしれない。

22. 05 V パラフィリア (Paraphilic disorders)

ここには、露出性障害、窃視性障害、小児性愛性障害、強制的 (Coercive) サディスティック障害、窃触性障害などが含まれる。

23. 05 W 虚偽性障害 (Factitious disorders)

ここには、自己を課する虚偽性障害と他者に課する虚偽性障害が含まれる。

24. 05 X 神経認知障害 (Neurocognitive disorders)

ここでは第3レベルで、せん妄、持続性健忘症候群、軽度認知障害、認知症症候群、脳震盪後症候群が特定され、第4レベルで、軽度、中等度および重度が分類される構造になっている。先にも述べたが、アルツハイマーや脳血管性などの認知症そのものの分類は「精神および行動の障害」には含まれないことになった。

25. 05 Y 他のどこにも分類されない障害や疾患で精神および行動の障害に関係するもの (Mental behavioural disorders associated with disorders or diseases classified elsewhere)

ここには、「どこにも分類されない障害や疾患で精神および行動の障害に関係するもの」が分類されることになる。

IV. 日本精神神経学会の取り組み

現在、日本精神神経学会はICD-11委員会を中心にICDの改訂作業に取り組んでいる⁵⁾。WHOは臨床実践グローバルネットワーク (Global Clinical Practice Network: GCPN) というネットワークを構築し現在作業を進めている。このGCPNのネットワークはWHOの6つの公用語の他、日本語とドイツ語で行われている。このため、WHOは日本からの貢献を大いに期待している。日本精神神経学会のホームページからこのネットワークへの参加が可能である。現在まで、「ストレスと特に関連する障害」のアンケート調査が行われており、今後も個別のカテゴリーについて引き続き行われる予定である。

WHOはICD-11のフィールド・トライアルを以下の3段階で行う予定である。① GCPNに登録した協力者にアンケートを送付、② 事例を用いてフィールド・トライアル (初期の診断基準を実際の患者に施行するには負担が重すぎるため)、③ 診断基準を改定し、実際の患者様に協力いただくフィールド・トライアル、である。

おわりに

ICD はわが国の国家統計として採用されており、わが国の精神科医にも日々の臨床業務、司法分野および行政分野で幅広く使用されている。わが国の精神科医や精神医療の現場で働く人々の知見を得て、ICD-11 がよりわが国で有益に使用されるために上記の GCPN には多くの方が参加していただきたいものである。

注：本稿での線形構造の中での大分類名およびそれらに含まれる各障害名の日本語訳は仮訳である。

なお、本論文に関して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Association, London, Washington, D. C., 2013
- 2) Gaebel, W. : Status of psychotic disorders in ICD-11. *Schizophr Bull*, 38 ; 895-898, 2012
- 3) Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., et al. : Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet*, 381 (9878) ; 1683-1685, 2013
- 4) 丸田敏雅, 松本ちひろ, 飯森眞喜雄 : ICD-11 および DSM-5 における身体表現性障害の動向. *こころの科学*, 167 (1) ; 19-22, 2012
- 5) Maruta, T., Matsumoto, C., Kanba, S. : Towards the ICD-11 : Initiatives taken by the Japanese Society for Psychiatry and Neurology to address needs of patients and clinicians. *Psychiatry Clin Neurosci*, 67 ; 283-284, 2013
- 6) Reed, G. M., Mendonça Correia, J., Esparza, P., et al. : The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. *World Psychiatry*, 10 ; 118-131, 2011
- 7) World Health Organization : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. World Health Organization, Geneva, 1992

Recent Development of the ICD-11 Focusing on the Draft of Its Linear Structure

Toshimasa MARUTA

Department of Psychiatry, Tokyo Medical University

I overviewed the draft of the linear structure (22nd May, 2013) of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision.

In this draft, sleep and sexual disorders were not included in mental and behavioural disorders. The World Health Organization decided not to regard them as mental disorders. The primary classification of neurocognitive disorders was also not included in mental and behavioural disorders.

In the draft of the linear structure, 25 major categories were classified : neurodevelopmental disorders, disorders of speech and language, schizophrenia and other primary psychotic disorders, catatonia, bipolar and related disorders, depressive disorders, anxiety and fear-related disorders, obsessive-compulsive and related disorders, disorders specifically associated with stress, dissociative disorders, bodily distress disorders, and behavioural factors associated with disorders or diseases classified elsewhere, feeding and eating disorders, elimination disorders, substance intoxication, harmful use of substances, substance dependence, substance withdrawal syndrome, substance-induced mental and behavioural disorders, impulse control disorders, disruptive behaviour and dissocial disorders, disorders of personality, paraphilic disorders, factitious disorders, neurocognitive disorders, and mental and behavioural disorders associated with disorders or diseases classified elsewhere.

I also introduced the Global Clinical Practice Network (GCPN), which is now being organized by the WHO to carry out field studies for the ICD-11. Over 700 members of the Japanese Society for Psychiatry and Neurology (JSPN) have registered in the GCPN. The ICD-11 committee of the JSPN is very actively building the GCPN and revising the ICD.

< Author's abstract >

< **Keywords** : ICD-11, diagnostic classification, diagnostic criteria >
