

ICD-11 プライマリ・ケア版の動向 ——新たな診断カテゴリ導入の可能性——

中根 秀之

現在、2015年の総会での承認に向けてICD-11の改訂作業が進行している。精神科領域においてICD改訂の影響は重大であると考えられる。プライマリ・ケアとの連携を考える上で、現在作成されているICD-11-PHCのドラフトの動向に注目した。ICD-11-PHCの改訂については、一般医療においてみられるコモンメンタルディスオーダーに密接に関連した分類であること、身体疾患と精神疾患の間における“co-morbidity”を検討すること、さらにコモンメンタルディスオーダーの治療を要する事例であるか否かあるいは、重症度の評価が行えることを目的としている。ICD-11-PHCドラフトは、28のカテゴリとその詳細な臨床記述から構成されている。現段階のICD-11-PHCドラフトは、ICD-10-PHCに比べカテゴリ数が増加した。神経衰弱、恐怖症性障害やパニック障害などの不安障害は削除されている。一方で、自閉症スペクトラム、PTSD、パーソナリティ障害などの新たな診断カテゴリが導入されている。さらに、anxious depression と bodily stress syndrome、健康不安や持続性精神病性障害などの呼称変更が提案されている。我々は、このような新たな診断概念について知り、今後現れるICD-11へ理解を深めていくことが必要であると思われる。

<索引用語：ICD-10-PHC, ICD-11-PHC, anxious depression, bodily stress syndrome, プライマリ・ケア>

はじめに

現在、2015年の総会での承認に向けてICD-11の改訂作業が進行している。医学のすべての分野を網羅し、世界の医療専門職や一般住民が利用できるよう整備するため、その作業の膨大さは想像に難くない。精神科領域においては、先ごろ米国精神医学会によりDSM-5の出版が行われ、精神医学への影響は少なくはない。今後改訂が控えるICD-11の果たす影響・役割もまた大きいことが予想される。ICD-11については、アルファ版の公開はなされているものの、いまだ全貌を把握することはできない。そのため、現在作成されているICD-11-PHCのドラフトについて注目し、その

先にみえるICD-11を考えてみたい。

精神障害の中でも、精神科医あるいは心療内科医といった精神医学的専門領域にかかわる医師だけでなく、いわゆる一般診療科医、プライマリ・ケア医、開業医など、さらにはコメディカル・スタッフを含めて、彼らが出会うことの多い精神疾患を「コモンメンタルディスオーダーズ(Common mental disorders: CMDs)」と称することが知られている。CMDs研究で著明な成果を上げたGoldberg, D. は、先行研究の成果をもとに、一般人口集団における精神保健上に問題を抱える人の頻度を人口1,000人対260~315人の有病率として、彼らの医療へのアプローチについて、「five

levels and four filters」仮説を呈示した⁵⁾。

歴史的には、Minor psychiatric morbidity^{2,3,8,19)}や Minor psychiatric disorder^{6,7)}などと呼ばれたこともあるが、1990年に入った頃から英国のグループを中心に、それまでの成果をもとに Common mental disorders⁴⁾という呼称にまとまった。国内的には、臨床各科の日常診療で遭遇する機会の多いうつ病、不安障害、パニック障害、転換性・解離性障害、身体表現性障害、パーソナリティ障害、および様々な心身症など、かなり多くのものがCMDsとしてカバーされると考えられる。しかし、既記したCMDsがさらに広い概念になっているのか、たとえばPubMedで「common mental disorders」と「definition」をキーワードで検索すると600件以上がリストアップされてくる。これらのうち、確かに精神医学関連のCMDs範疇で理解できるものが少なくない、しかし、ICD-10 G神経疾患を含む身体疾患の中でも、精神疾患ないし異常な精神状態とほとんど関係がうかがえないものがあるだけでなく、また必ずしも頻繁に遭遇する疾患とは考えられないものも含まれている。CMDsの範囲で考えられた疾患の中に、精神医療と直接的には関係のないものが含まれた背景には、そうした疾患が生物学的異常性を中心であるとしながらも、心理社会的な配慮の必要性が要請されたからかもしれない。

いずれにしても、プライマリ・ケアで使用される精神障害に関するICD-11-PHCの重要性は増しており、WHOもこのことを強く認識していることから、Goldbergを中心に、改訂作業を進めている。

I. ICD-10-PHC

精神医学的診断システムについては、ICD-10ファミリー^{16,17)}において、先述のCMDsを対象とした世界保健機関 (World Health Organization: WHO) によるICD-10精神障害のプライマリ・ケア版 (以下、ICD-10-PHC) が開発され1996年に出版 (日本語版1998年)¹⁸⁾された。ICD-10-PHCについては、その後のフィールド・トライアルに

て、修正が加えられている。またICDシステムとの容易な互換を目指して、一般診療医が使用できるように世界家庭医機構 (World Organization of Family Doctors: WONCA) によるプライマリ・ケア国際分類 (International Classification of Primary Care: ICPC) が作成された。2002年には、日本プライマリ・ケア学会からプライマリ・ケア国際分類第2版日本版¹⁴⁾が出版されている。一方、アメリカ精神医学会 (American Psychiatric Association: APA) によるDSM¹⁾についても、同様に Primary Care version (以下、DSM-IV-PC)¹⁵⁾が作成されている。残念ながら、わが国においてこれらプライマリ・ケア医向けのICD-10-PHCおよびDSM-IV-PCは、これまでほとんど使用されていない¹¹⁾。

ICD-10-PHCは、26の精神医学診断カテゴリーのうち、F6成人の人格および行動の障害、F8心理的発達の障害を除く、プライマリ・ケアで遭遇するであろう精神障害から構成されている (表1)。通常あまり使用されないZ項からZ63の喪失体験後症候群が取り上げられていることも特徴の1つである。各診断カテゴリーの構造は、臨床的記述として主訴、特徴、鑑別診断に加え、診療指針として、患者と家族への説明、患者や家族への助言・指導、治療、専門家への相談がまとめられている。

ICD-10-PHCは、精神医療リソースの十分ではない中・低所得国などで限られた運用であった。しかし、診断アルゴリズムを早期に導入し、医師だけではなく看護師をはじめとしたコメディカル・スタッフも利用できるようより簡便に精神医学的診断が可能なシステムを提示している。たとえば、質問は、アルコール、タバコ、薬物の使用の有無から開始され、F0認知症、F0せん妄、F2精神病へと連なる器質性精神障害と、適応障害から始まるF3、F4、F5へと展開している。このように今見返してみても、診断アルゴリズムなど、比較的ユーザーフレンドリーなインターフェイスをもつなどユニークな部分もあった。

表1 ICD-10-PHC の構成

コード	診断名 (英)	診断名 (和)
F0	F00# Dementia	痴呆 (認知症)
	F05 Delirium	せん妄
F1	F10 Alcohol use disorders	アルコール使用による障害
	F11# Drug use disorders	薬物使用による障害
	F17.1 Tobacco use problems	タバコの使用による障害
F2	F20# Chronic psychotic disorders	慢性精神病
	F23 Acute psychotic disorders	急性精神病
F3	F31 Bipolar disorder	双極性障害 (双極性感情障害, 躁うつ病)
	F32# Depression	うつ病
F4	F40 Phobic disorders	恐怖症性障害
	F41.0 Panic disorder	パニック障害
	F41.1 Generalized anxiety	全般性不安
	F41.2 Mixed anxiety and depression	不安・抑うつ混合状態
	F43.2 Adjustment disorder	適応障害
	F44 Dissociative (conversion) disorder	解離性障害 (転換ヒステリー)
	F45 Unexplained somatic complaints	説明不能な種々の身体症状
	F48.0 Neurasthenia	神経衰弱
F5	F50 Eating disorders	摂食障害
	F51 Sleep problems	睡眠障害 (不眠)
	F52 Sexual disorders	性機能障害
F7	F70 Learning disability	精神遅滞
F9	F90 Hyperkinetic (attention-deficit) disorder	多動性 (注意欠陥) 障害
	F91# Conduct disorder	行為障害
	F98.0 Enuresis	遺尿症
Z	Z63 Bereavement	喪失体験後症候群
F9	F99 Mental disorder, not otherwise specified	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-11-PHC 改訂の目的

先にも述べたが、ICD-10-PHC は、精神医療リソースの十分ではない中・低所得国などで限られた運用であり、残念ながら日本ではほとんど使用される機会はなかった。これは、わが国の医療リソース、医学教育の充実に関連するところも大きいと考える。しかし、自殺、がんなどの問題から、日本においては、精神科医と一般医との連携をより深く考えるために、ICD-11 への改訂に際し、プライマリ・ケア版の果たす役割は大きいものとする。今回、ICD-11-PHC の改訂については、一般医療においてみられる CMDs に密接に関連した分類であること、身体疾患と精神疾患の間における“co-morbidity”を検討すること、さらに CMDs の治療を要する事例であるか否かさらに

は、重症度の評価が行えることを目的としている。

III. ICD-11-PHC のドラフト

2007 年秋に入った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きたが、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。しかし、ICD-11-PHC のワーキンググループは、改訂作業開始当初より活発な活動を続けている。

2012 年に Lam ら⁹⁾が ICD-11-PHC に関連して anxious depression と bodily stress syndrome の導入の可能性について報告している。Anxious depression と bodily stress syndrome の新たな 2 つの診断カテゴリーについて、7カ所のプライマリ・ケアの専門家に対してフォーカスグループに

よる質的研究を行った。その結果、anxious depression については、診断のための症状の持続期間が2週間では短いことが指摘されたが、診断カテゴリとしては受け入れやすいものであった。一方、bodily stress syndrome については medically unexplained symptoms よりも良い診断カテゴリではあるが、診断基準の設定については統一した意見を得ることができなかった。このようなエビデンスを蓄積する形で、ドラフトが作成されてきた。ICD-11-PHC のドラフトで示される上記2つの診断カテゴリは、プライマリ・ケアでみられる SAD (Somatization, Anxiety, Depression) triad¹⁰⁾を整理する概念といえよう。

現在新たな ICD-11-PHC ドラフトは、28 のカテゴリから構成されている。28 それぞれのカテゴリについて、表面化している症状、臨床記述、診断に必要な症状、関連症状、重症度、小児期にみられる病態、鑑別診断が記載されている。

ICD-11-PHC については、まだドラフトであり、今後の修正の可能性もあるため、ここでは、ICD-11-PHC ドラフトのカテゴリの中で anxious depression (仮訳：不安抑うつ) と bodily stress syndrome (仮訳：身体ストレス症候群) について、表2、3に臨床記述の一部を示す。

ここに示した一部のように、ICD-11-PHC ドラフトでは、診断にかかわる質問の方法から、認められる精神症状とその持続期間や該当する症状数、重症度まで詳細な臨床的記述がなされているため、これらをもとに診断に至ることができる。これは、ICD-11-PHC ドラフトが、診断マニュアルとしての性格をもっているといえる。ICD-10 精神および行動の障害 DCR 研究用診断基準や DSM 診断システムでみられる操作的診断基準に通じるものである。

Anxious depression (仮訳：不安抑うつ) については、ICD-10-PHC においても Mixed anxiety and depression (不安・抑うつ混合状態)としてカテゴリ化されているものの、特徴は抑うつ気分、悲哀感、興味、喜びの喪失、強い不安と心配が挙げられているのみで、診断は困難であろう。

Bodily stress syndrome (仮訳：身体ストレス症候群) についても、ICD-10-PHC では Unexplained somatic complaints (説明不能な種々の身体症状)に近い概念と考えられるが、身体医学的には説明できない多彩な身体症状、異常所見がないにもかかわらず、医療機関を頻回に受診する、抑うつや不安の症状はよくみられることが特徴として挙げられ、診断カテゴリの印象は曖昧さが残り、Mixed anxiety and depression との鑑別はさらに困難である。

Anxious depression (仮訳：不安抑うつ) と bodily stress syndrome (仮訳：身体ストレス症候群) については連続する部分があるが、不安抑うつがある場合には bodily stress syndrome と診断しないことから、階層は anxious depression が上位にあると考えられる。

さらに、本ドラフトでは、今後修正される可能性のあるカテゴリとして、身体ストレス症候群、自傷行為、急性ストレス反応の3つが挙げられている。

IV. ICD-11-PHC ドラフトと ICD-10-PHC の比較

ICD-11-PHC ドラフトの大きな特徴の1つとして、カテゴリ数の増加が指摘できる。ICD-10-PHC では26であったものが、ICD-11-PHC ドラフトでは28に増えている。プライマリ・ケアにかかわる医療スタッフにより多くの疾患に関する理解を期待している表れであろう。

次に、新たな診断カテゴリの導入である。自閉症スペクトラム障害、特異的学習障害、心的外傷後ストレス障害 (PTSD)、急性ストレス反応、自傷行為、パーソナリティ障害が、新たなカテゴリとして登場している。今まで適応障害以外のストレス関連障害やパーソナリティ障害は、ICD-10-PHC には取り上げられていなかったが、ICD-11-PHC ドラフトから導入が示されている。ストレス関連障害が一般医の手に委ねられる可能性があることは、診断の運用については一般医にも十分な知識の提供が必要であると思われる¹²⁾。また知的障害と ADHD 以外に、自閉症スペクトラム障害

表2 anxious depression (仮訳：不安抑うつ) について

anxious depression (仮訳：不安抑うつ)	
<ul style="list-style-type: none"> ● 表面化している症状： <ul style="list-style-type: none"> — 身体的な症状を訴えて来院する 경우가多いが、診察の中で、身体面での症状に加えて不安と抑うつの症状もあることが明らかになる。少数であるが、抑うつの症状のみを訴える場合もある。プライマリケア現場において、これらの症状は、健康状態を社会的決定因子にしばしば依存し、また影響される。したがって、患者のアセスメントおよび治療にあたり、心理社会的問題を考慮する必要がある。また、体重減少などの身体的な症状を呈する患者もいる。 ● 臨床記述： <ul style="list-style-type: none"> — 不安抑うつとは不快気分障害であり、不安と抑うつ症状が混在する。これらによる著しい苦痛や機能不全は、機能障害を引き起こし、また受診の契機となる。“S”はスクリーニング項目を表し、どちらも該当しなければ、残りの項目を質問する必要はない。 ● 診断に必要な症状： <ul style="list-style-type: none"> — 躁エピソードの既往はない。以下のうち、不安と抑うつの症状が各3つ該当する期間が2週間以上継続していること。 ● 「不安」症状は： <ul style="list-style-type: none"> — 神経質、不安、またはいらいらしている (S) — 心配をコントロールできない (S) <ul style="list-style-type: none"> ・ リラックスできない ・ じっとしていられないほど落ち着かない ・ 何か恐ろしいことが起こるのではないかとの不安 ● 「抑うつ」症状は： <ul style="list-style-type: none"> — 持続的な抑うつ気分 (S) — 興味または喜びの著しい減退 (S) <ul style="list-style-type: none"> ・ 無価値観または罪責感 ・ 集中力の低下 ・ 反復的に死や自殺について考える ● 重症度： <ul style="list-style-type: none"> — 閾値以下の不安抑うつにおいては、3~5つの症状がみられ、いくつかの活動において困難があるかもしれない。 — 軽度の不安抑うつにおいては、6~7つの症状が、2週間にわたり毎日みられる。患者は症状による苦痛を感じているが、ほとんどの活動をなんとかこなすことはできている。ただし、それらにおける困難はより高まっている。 — 中等度の不安抑うつにおいては、8以上の症状がみられ、少なくとも1つ以上の領域において著しい能力低下がみとめられる。食欲や体重の変化、睡眠不足、日中の気分の変化、性欲の減退など、神経失調症状を呈することもある。また、パニック発作がみられる場合もある。 — 重度の不安抑うつにおいては、すべての症状がみられ、ほとんどの領域（仕事、家族、日常生活）において重度の苦痛による影響を受ける。症状の中には特に重度のものがあり、また、運動焦燥を示す場合もある。 ● 小児期：思春期前の抑うつは、特に男児においては身体面での特徴、いらだちやすさ、反抗的な行動が目立ち、反抗挑戦性障害と誤診されやすい。また、学業成績の低下もみられる場合がある。 	

や特異的学習障害が追加されたことから、児童における精神障害が強化された印象である。

3つ目は、診断カテゴリーのコンセプト変更や呼称変更などである。先に述べた anxious depression (仮訳：不安抑うつ) と bodily stress syndrome (仮訳：身体ストレス症候群) は、これま

での診断カテゴリーのコンセプトの変更であると考えられる。これら以外にも、健康不安、持続性精神病性障害、行為障害（反抗挑戦性障害を含む）などが挙げられる。持続性精神病性障害は、ICD-10-PhC では、Chronic psychotic disorders であったものが、Persistent psychotic disorders に

表3 bodily stress syndrome (BSS) (仮訳: 身体ストレス症候群) について

bodily stress syndrome (BSS) (仮訳: 身体ストレス症候群)

- 表面化している症状と訴え：
 - ひどい苦悩に関連して徐々に複数の身体症状を呈し、能力低下もみられる。
- 臨床記述：
 - 患者は複数の持続する身体症状を呈し、それらの症状は同時にみられる。症状は文化に影響されたり、経時的に変化したりする可能性がある。BSS 診断にあたっては、ある段階において自律神経性覚醒症状、筋骨格緊張、または身体疾患の神経性および認知性の症状がみられ、またそれらが日常生活に著しく、支障をきたしていることが条件となる。症状は苦悩をもたらすものである、および/または日常生活に大きな支障をもたらす、また、症状の医学的深刻さに関する持続的な懸念をもたらす。
- 症状のパターン：
 - 心肺の症状の例：動悸、前胸部不快感、労作時でないときの息切れ、過呼吸、汗または冷汗、震え、口渇
 - 消化器の症状の例：腹痛、排便回数増加、腹部膨満感、逆流、便秘、下痢、悪心、嘔吐、胸部または上腹部の灼熱感
 - 筋骨格緊張の症状の例：腕や脚の痛み、筋肉痛、関節痛、運動麻痺または局所的筋力低下の感覚、腰痛、移動の際の痛み、嫌なしびれ、またはうずく感覚
 - 不特定な全身症状の例：集中困難、記憶の機能障害、ひどい疲労感、頭痛、めまい
- 診断に必要な症状：
 - 患者は以下の症状を呈する：
 - ・ 自律神経性の過覚醒（心肺、消化器、筋骨格）に由来する持続する症状が徐々に少なくとも3つ、もしくは疲労や極度の疲労の一般的症状として
 - ・ 症状に必要な以上の時間やエネルギーを割く様子から、患者が健康に不安を抱いていることがわかる
 - ・ 症状は苦悩をもたらすものであり、また著しい能力低下を生じる
- 除外事項：
 - 臨床レベルでの不安または抑うつを呈している場合、BSS とは診断しない。しかし閾値下の不安抑うつである可能性はある。症状が既存の身体疾患によるものとわかっている場合、BSS とは診断しない。
- 重症度：
 - 軽度：患者は、1つの身体器官のみの症状を訴える。患者は症状による苦痛を感じているが、ほとんどの活動をなんとかこなすことはできている。ただし、それらにおける困難はより高まっている。
 - 中等度：患者は、1つの身体器官に複数の問題があると訴え、症状に関連して著しい苦痛や能力低下がみとめられる。
 - 重度：複数の身体器官に症状があり、能力低下/苦痛が深刻である。

呼称が変更されている。Health anxiety (仮: 健康不安) については、心気症に代わる呼称として使用されている。また、身体疾患の一部である膀胱・直腸のコントロールの問題についても、ICD-10-PHC の Enuresis (遺尿症) に比べ、より範囲の広い障害を示す形となっている。呼称の変更については、わが国において2002年8月に精神分裂病から統合失調症へ変更¹³⁾が行われたことが一定の評価を得ていると考えられる。ステイグマの克服のためにも正しい精神障害の理解ができるよう

な呼称が必要であると考えられる。

最後は、削除された診断カテゴリである。これは、F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害に含まれる恐怖症性障害、パニック障害、全般性不安障害、適応障害、神経衰弱である。多くの不安障害に関連する診断が削除されていることに気付く。一方で、適応障害が外れたことについては、やや違和感を禁じ得ない。本来明らかなストレス要因に伴う不安抑うつ症状、身体症状などは、プライマリ・ケアの臨床場面で経験

するものとする。ICD-11-PHC ドラフトでは、おそらく anxious depression や、急性ストレス反応あるいは depression, anxiety などの診断カテゴリを用いることになるのではないかと考える。

おわりに

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米国で始まった PIPC (Psychiatry In Primary Care) 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。このためこのような活動や研究に精神科医も積極的に参加し、精神医学に触れる機会を増やすことで、一般医の精神医療に関する診断・治療技術の向上を目指すことができるのではないかと考えられる。今後新たな診断カテゴリの導入も考えられる現状において期待されるべき診断システムは、精度や適正な運用に加え、スティグマ克服に向けた名称の検討であろう。

現段階の ICD-11-PHC ドラフトにおいて、神経衰弱、恐怖症性障害やパニック障害などの不安障害は削除されている。一方で、上記の新診断カテゴリに加え自閉症スペクトラム、PTSD、パーソナリティ障害などの新たな診断カテゴリの導入、健康不安や持続性精神病性障害などの呼称変更により、カテゴリ数が増加している。ICD-11-PHC については、ドラフトをもとに今後国際フィールド・トライアルを実施することが計画されている。それらの結果を踏まえて、ICD-11 本体への新しい診断カテゴリの導入の可能性も考えられる。我々は、このような新たな診断概念について知り、今後現れる ICD-11 へ理解を深めていくことが必要であると思われる。

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, 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) Cheng, T. A. : A community study of minor psychiatric morbidity in Taiwan. *Psychol Med*, 18 ; 953-968, 1988
- 3) Finlay-Jones, R., Burvill, P. : The prevalence of minor psychiatric morbidity in the community. *Psychol Med*, 7 ; 474-489, 1977
- 4) Goldberg, D., Bridges, K., Cook, D., et al. : The influence of social factors on common mental disorders : destabilization and restitution. *Br J Psychiatry*, 156 ; 704-713, 1990
- 5) Goldberg, D., Huxley, P. : Common mental disorders. A Bio-Social Model. Routledge, London, 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)
- 6) Grayson, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., et al. : The relationship between symptoms and diagnoses of minor psychiatric disorder in general practice. *Psychol Med*, 17 ; 933-942, 1987
- 7) Huxley, P. J., Goldberg, D. P. : Social versus clinical prediction in minor psychiatric disorder. *Psychol Med*, 5 ; 96-100, 1975
- 8) Jenkins, R. : Sex differences in minor psychiatric morbidity. *Psychol Med Monogr Suppl*, 7, 1985
- 9) 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*, 30 (1) ; 76-87, 2013
- 10) Löwe, B., Spitzer, R. L., Williams, J. B., et al. : Depression, anxiety and somatization in primary care : syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry*, 30 (3) ; 191-199, 2008
- 11) 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
- 12) 中根允文, 中根秀之 : 社会精神医学と精神科診断, *臨床精神医学*, 41 (5) ; 491-497, 2012

- 13) Sato, M. : Renaming schizophrenia : a Japanese perspective. *World Psychiatry*, 5 (1) ; 53-55, 2006
- 14) 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
- 15) 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
- 16) 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)
- 17) 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))
- 18) 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 プライマリーケア医における精神疾患の診断と治療指針. ライフサイエンス出版, 東京, 1998)
- 19) Williams, P., Tarnopolsky, A., Hand, D., et al. : Minor psychiatric morbidity and general practice consultations : the West London Survey. *Psychol Med Monogr Suppl.* 9, 1986
-

Trend in ICD-11 Primary Health Care Version —Possibility of Introducing New Psychiatric Diagnosis Categories

Hideyuki NAKANE

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

Revision of ICD-11 will be submitted for approval at the general assembly in 2015. The influence of the ICD revision will be marked in the field of psychiatry. The trend in developing ICD-11-PHC is promoting cooperation with primary carers.

The goals of the revision of ICD-11-PHC are as follows : 1) To produce a classification system that corresponds more closely to common mental disorders encountered in general medical practice ; 2) The “co-morbidity” we want practitioners to recognize is that between physical and psychological disorders ; 3) To allow dimensions of severity of some common disorders to be recognized, rather than case/non-case distinctions.

The ICD-11-PHC draft consists of 28 categories and detailed clinical descriptions. The number of categories has increased in the ICD-11-PHC draft in comparison with ICD-10-PHC. Anxiety disorders such as neurasthenia, and phobic disorders and panic disorder have been deleted. On the other hand, new diagnostic categories such as autistic spectrum disorder, PTSD, and personality disorder have been introduced. Furthermore, name changes such as anxious depression, bodily stress syndrome, health anxiety, and persistent psychotic disorders have been suggested. We should be aware of such new diagnostic concepts. In addition, it is thought that it is necessary for us to deepen our understanding of ICD-11, which will be important in the future.

< Author’s abstract >

< **Keywords** : ICD-10-PHC, ICD-11-PHC, anxious depression, bodily stress syndrome,
primary health care >
