

DSM-5 における診断の変化とその意義

宮田 久嗣

2013年に「精神疾患の診断・統計マニュアル (DSM)」が改訂され、第5版 (DSM-5) が刊行された。DSM-5では、精神疾患の疾患カテゴリーや診断基準に大きな変更が加えられた。本稿では、アルコール依存領域の診断の変更が、依存臨床においてどのような意義をもたらしたかを考える。まず、今回の改訂により、依存という用語がなくなり、かわって使用障害となった。これにともない、使用障害の診断基準では、飲酒の結果生じる社会生活の障害が重視され、従来より軽症の患者も診断に組み入れられるようになった。これらの変化の意義を依存臨床の立場から考えると、①DSM-IV-TRと比較して、より早期の段階の患者が治療対象となり、早期発見、早期介入の可能性が広がる、②したがって、治療においても、従来のように断酒を唯一の治療目標とするのではなく、飲酒量低減という選択肢も可能となり、治療に多様性が生まれる。③患者にとっても、“依存症”という抵抗感や否認につながる病名よりも、“使用障害”のほうが、疾病の受け入れに有用である。以上のように、DSM-5の診断の変化が臨床にもたらす意義を検討し、飲酒量低減をはじめとした新たな治療選択肢の可能性を検討する。

<索引用語：DSM-5, アルコール使用障害, アルコール依存, 断酒, 飲酒量低減>

はじめに

2013年5月に19年ぶりに「精神疾患の診断・統計マニュアル (DSM)」が改訂され、第5版 (DSM-5) が刊行された²⁾。DSM-5作成実行チームは、当初、①生物学的な指標の導入、②予防概念の導入、③数値を用いた評価法などの新しいシステムの導入をめざしたが、この改訂を実現するだけの科学的根拠が不十分であったことから、目的半ばの改訂になってしまった¹³⁾。しかし、そのようななかでも、いくつもの革新的な変更がなされ、日本の精神医学に大きなインパクトを与えた。本稿では、依存とくにアルコール依存の領域におけるDSM-5の改訂の意義を、最近数年来議論されている「アルコール依存の治療ゴールは、断酒か飲酒量低減か」という観点から考えることとする。

I. 依存領域におけるDSM-5の変更点

依存領域におけるDSM-5の変更点は、大きく分けて2つある。第一には、この領域の中心概念であった依存 (Dependence) という用語がなくなり、かわって使用障害 (Use Disorder) という用語になったことである。DSM-5の使用障害では、DSM-IV-TR¹⁾の依存と乱用 (Abuse) の診断基準を併せて作られていることから (ただし、物質に関連した法律的問題は除外する)、乱用に相当する社会生活の障害が重視された診断構造となっている。第二は、ギャンブル障害 (Gambling Disorder) という行動の嗜癖 (アディクション) が、初めて物質依存と同じカテゴリーに組み入れられたことである。同様に、インターネットゲーム障害は、今後、組み入れられる病態として検討課題に挙げられている。以上の2点は、歴史的な変更といえる。

II. “依存” “使用障害” “アディクション(嗜癖)” という用語の使い方について

DSM-5の診断基準の改訂にともない、依存領域では、“依存” “使用障害” “嗜癖” という用語が混在し、さまざまな使われ方をしていることから、ここで整理をしてみたい。“依存”の定義は、第4版以前のDSMとICD-10¹⁶⁾で比較的共通している。いずれも、①物質への摂取欲求に起因する衝動制御障害、②離脱や耐性からなる生理学的変化、③社会生活の障害、④危険を承知していながらの使用(危険な使用)の4種類の要素からなるが、診断項目の構成からみて、“依存”は①の摂取欲求にともなう衝動制御障害を重視した概念である。これに対して、“使用障害”は前述したように、上記の診断項目に乱用に相当する社会生活の障害と危険な使用の項目を加えていることから、物質摂取の結果生じる社会生活の障害を重視した概念となっている。一方、“嗜癖”は、やや位置づけが異なる。本来、“嗜癖”とは“耽溺”と同様に1960年以前に用いられた用語で、科学的な定義が不明瞭であることや、否定的な意味合いが含まれることから、1964年のWHOのExpert Committeeで“依存”という用語が正式な学術用語として採用された経緯がある¹⁵⁾。DSM-5でそのような古い用語を持ち出したのは、ギャンブル障害やインターネットゲーム障害を物質依存と同じカテゴリーに含めようとしたためと考えられる。しかし、ギャンブルなどの行動の場合には、科学的に検討され、定義されてきた“依存”の概念をそのまま導入するだけのエビデンスが不十分であるため、より広い(曖昧な)概念の“嗜癖”を復活させざるをえなかったものと推察される。

以上のことから、“依存”と“嗜癖”の関係を図式化すると図1のようになる⁹⁾。すなわち、“依存”とは科学的に定義され、渴望を中心症状として耐性や離脱に特徴づけられた概念であり、物質を対象とする。これに対して、“嗜癖”とは、“依存”よりも定義は曖昧で、より広い意味で強迫的な欲求を意味し、物質と行動の両者に用いられる。

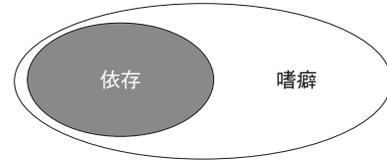


図1 “依存”と“嗜癖”の関係
“依存”とは、渴望を中心として耐性や離脱に特徴づけられる、科学的に定義された概念であり、物質を対象とする。一方、“嗜癖”とは、“依存”よりも定義は曖昧で、より広い意味で強迫的な欲求を意味する。物質と行動の両者に用いられる。

III. 依存と依存症の概念からみたアルコール依存

1. “依存”と“依存症”の定義

本稿のテーマである「DSM-5における診断の変化と、アルコール依存の治療ゴール——断酒か飲酒量低減か——」を“依存”と“依存症”という概念から考えてみたい。ここまで“依存”の概念をDSMやICDの立場から述べてきたが、薬理的な観点からは、“依存”とは、「物質と生体の相互作用の結果生じた、『物質の摂取欲求』によって特徴づけられた生体の状態。理論的には軽度から重度まで連続的な変化として存在する。正常か異常か、良いか悪いかというような価値判断は含まない」と定義される¹⁸⁾。しかし、そのような用語の使用法では、臨床的あるいは社会的な問題に対して使用する場合には不都合であることから、“依存”のなかで病的な状態を“依存症”と呼び、「物質への欲求が制御できないくらい強くなり、物質摂取の結果、社会生活や心身に障害が生じている状態」と定義する^{7,11,17)}。したがって、“依存”のほうが“依存症”よりも広い概念であり、“依存”のなかで臨床的、社会的に問題とされるような状態を“依存症”と呼ぶわけである。

2. カフェイン、覚醒剤、アルコールの場合

図2に、上記のような概念から依存性物質の特性を示した。この図では、柳田¹⁷⁾の定義に準拠し、依存を軽度から重度までの連続的な変化として示

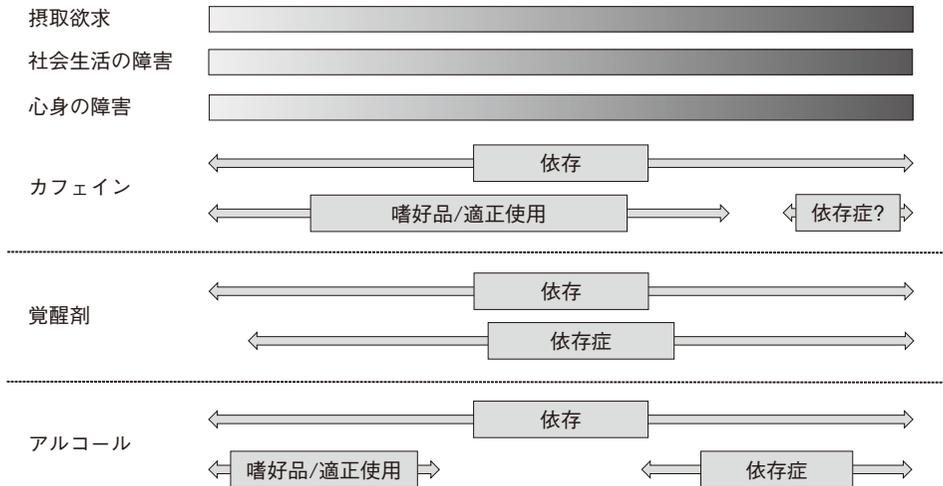


図2 “依存”と“依存症”の概念からみたカフェイン、覚醒剤、アルコール依存の特性の比較
柳田¹⁷⁾の定義に準拠し、依存を軽度から重度までの連続的な変化として示し、その要因を依存の中核症状である摂取欲求と、摂取の結果生じる社会生活の障害および心身の障害からなる3種類の要因で示した。

し、その特徴を依存の中核症状である摂取欲求と、摂取の結果生じる社会生活の障害および心身の障害の3種類の要因で示した。

このような理解でコーヒーや茶に含まれるカフェインを考えると、カフェインでは、依存性は弱く、摂取しても社会生活の障害や心身の障害を起こす可能性は低いいため、カフェインへの欲求(依存)は生じるとしても、依存症に該当する病態は考えにくい¹⁰⁾。このことは、DSM-5においてカフェイン使用障害が正式には採用されず、今後の検討課題となっていることから支持される。すなわち、カフェインは、依存の状態にあっても嗜好品として適正使用することが可能な物質であるといえる。

一方、覚醒剤では、依存性は強く、幻覚、妄想、興奮などの精神病症状を容易に生じることから、依存の状態であれば、そのほとんどが依存症の病態を呈するものと考えられる。したがって、覚醒剤の場合には、適正使用は困難である。

アルコールの場合には、依存が軽度であれば嗜好品として適正使用が可能であるが、依存が強度になり、欲求が渴望の水準となり、アルコール摂取の結果、社会生活や心身の障害が生じている場

合には依存症を呈する。そして、適正使用と依存症(DSM-5では使用障害)の間には、危険な使用、有害な使用などが存在し、文字通り依存のスペクトラムを形成している。

IV. 日本における飲酒人口の構造

厚生労働省の国民健康・栄養調査⁶⁾、総務省統計局¹⁴⁾のデータによると、日本における飲酒人口の構造は図3のようになる(ただし、この図は調査方法が異なる複数の調査結果をまとめたものであり、統計学上は適切とはいえないが、飲酒人口の全体像を示す調査結果がないことからこのような手法を採用した)。平成25年の日本の人口約12,730万人のなかで、習慣性飲酒者(週に3日以上、1日に清酒1合またはビール500 mL以上飲酒)は3,582万人(19.7%)に相当する。また、総人口の44.3%(5,645万人)が飲酒者(過去1年以内に1回以上飲酒)である。

この5,645万人の飲酒者のなかで、ICD-10のアルコール依存症に該当する者が109万人(1.9%)、アルコール依存症予備群〔有害な使用:アルコール使用障害同定テスト(AUDIT)で15点以上の

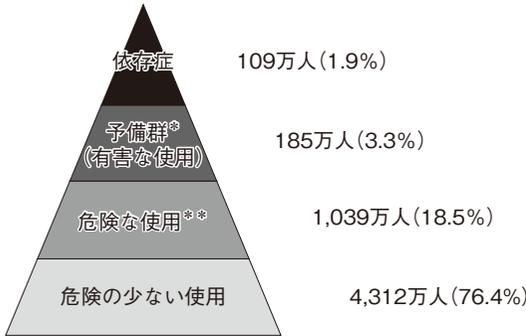


図3 日本の飲酒人口の構造

平成25年の日本の総人口約12,730万人のなかで、過去1年以内に1回以上飲酒したことのある5,645万人を飲酒人口として、アルコール依存症、予備軍(有害な使用)、危険な使用、危険の少ない使用に分けて示した。

*アルコール使用障害同定テスト(AUDIT)で15点以上の者、**男性で1日に純アルコール40g、女性で20g以上摂取する者。(文献6, 14より作成)

予備群が185万人(3.3%)、危険な使用(男性で1日に純アルコール40g、女性で20g以上摂取する者)が1,039万人(18.5%)、危険の少ない使用が4,312万人(76.4%)となる。さらに、アルコール依存症者のなかで、専門医療機関を受診している者は、わずか6.3%にすぎないという報告がある⁸⁾。図3の飲酒人口の構造からわかるように、日本の医療機関を受診しているアルコール依存症患者は全体のなかでごく少数にすぎず、しかも重症例である。治療効果や予防医学の観点からより早期の介入が必要とされる。

V. DSM-5におけるアルコール依存の診断の変化とその意義

表1にDSM-5のアルコール使用障害の診断基準を示した。Iに記載したように、DSM-5では依存と乱用の区分がなくなり、その上位カテゴリーであった使用障害に統一された。診断基準の構成としては、従来のDSM-IV-TRの依存の診断項目に、乱用の3項目(物質に関連した法律的問題は除外する)と、新たに「飲酒への渴望」が組み入れられた。この結果、DSM-5ではDSM-IV-TR

と比較して制御障害が3項目から4項目に、社会生活の障害が1項目から3項目に、危険な使用が1項目から2項目に増え、明らかに社会生活の障害が重視された診断構造となっている。また、DSM-IV-TRのアルコール依存の診断基準では、7項目中の3項目以上で診断が成立するのに対して、DSM-5のアルコール使用障害では11項目中の2項目以上で診断が成立することから、DSM-5では診断基準の閾値が低下している、すなわち、より軽症の患者も診断の対象となっている。

以上のようなDSM-5の改訂の意義を、アルコール依存の臨床の立場から考えてみたい。まず、DSM-IV-TRでは、依存の前状態として乱用を重視していたことを考えると、DSM-5では依存と乱用の診断項目を合体させて診断基準を作成し、加えて、診断閾値を低下させたことから、DSM-5では重症のアルコール依存患者から、より軽症の患者も使用障害として治療対象としている。このことは、早期介入の観点からは極めて重要な意味をもつ。

VI. 早期介入と飲酒量低減

図4にアルコール依存症の早期介入のためのプログラムHAPPY(Hizen Alcoholism Prevention Program by Yuzuriha)¹²⁾を示した。HAPPYによると、AUDITの評価スコアに応じて、AUDIT10点未満は「比較的危険の少ない飲酒者」に該当し、「節度ある飲酒」が推奨される。AUDIT10~19点は「健康被害の可能性の高い危険な飲酒群」に該当し、さらに、肝障害や糖尿病の有無で2群に分ける。すなわち、肝障害や糖尿病のない場合には「1日20g以下の飲酒」が、肝障害や糖尿病のある場合には「2週間の断酒体験」が推奨される。一方、AUDIT20点以上の場合には、「アルコール依存症の疑い」に該当し、「アルコール専門医療機関の受診、あるいは断酒」が推奨される。

このようなAUDITのスコアに応じたアルコール使用障害の分類において(図4)、DSM-IV-TRのアルコール依存の診断基準に該当する患者は、AUDIT20点以上の「アルコール依存症の疑い」

表1 DSM-5のアルコール使用障害の診断基準

アルコールの問題となる使用様式で、臨床的に意味のある障害や苦痛が生じ、以下のうち少なくとも2つが、12ヵ月以内に起こることにより示される。

項目	意味	DSM-IV-TRとの対比	内容
1	制御障害	依存	当初の思惑よりも、飲酒量が増えたり、長期間飲酒することになる
2	制御障害	依存	断酒や節酒しようとする努力や、その失敗がある
3	制御障害	依存	アルコールの入手、飲酒行動、アルコールの影響からの回復に多くの時間が費やされる
4	制御障害	渴望(新規)	飲酒への渴望や強い欲求がある
5	社会障害	乱用	飲酒の結果、社会的役割(仕事、学校、家庭)を果たせなくなる
6	社会障害	乱用	社会・対人関係の問題が生じたり、悪化しているにもかかわらず、飲酒を続ける
7	社会障害	依存	飲酒のために、重要な社会的活動や娯楽活動を放棄する
8	危険な使用	乱用	身体的に危険な状況下で飲酒を続ける
9	危険な使用	依存	心身に問題が生じたり悪化することを知っていながら、飲酒を続ける
10	耐性	依存	以前と同じ飲酒量では効果が減弱する、または、同じ効果を得るために飲酒量が増加する
11	離脱	依存	断酒や節酒による離脱症状の出現、または、その回避のための再飲酒やアルコール類似物質の摂取

(文献1, 2より要約して作成)

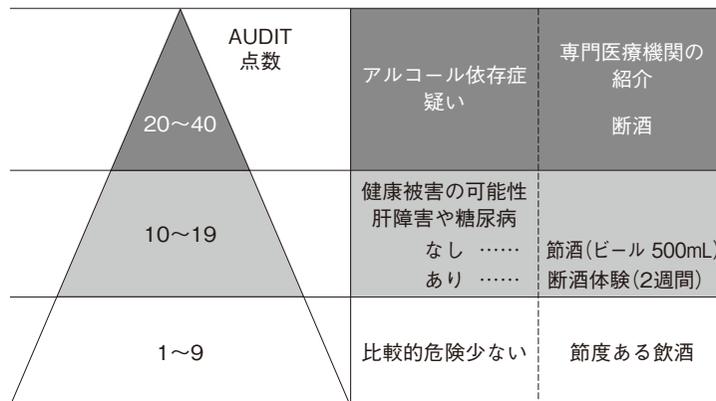


図4 早期介入のためのプログラム

HAPPY (Hizen Alcoholism Prevention Program by Yuzuriha)¹²⁾を図示したもの。

に該当し、DSM-5のアルコール使用障害の診断基準に該当する患者はこれに加えてAUDIT 10点以上の「健康被害の可能性の高い危険な飲酒群」も含まれると考えられる。すなわち、DSM-5の使

用障害ではより早期の飲酒関連問題の患者を含むことから、早期介入が可能になり、治療成績の向上が期待される。この点が、DSM-5の改訂の大きなメリットといえる。

Ⅶ. 早期介入のための診断ツール

アルコール使用障害を早期の段階で発見するための診断ツールとしてスクリーニング検査が有用である。代表的なものとしては、CAGE質問表³⁾、久里浜式アルコール症スクリーニングテスト(KAST)⁴⁾、AUDIT日本語版⁵⁾がある。このなかで、AUDITは、いまだ医学的に明らかな障害は認めていないものの、持続していけば将来健康を害する可能性のある危険な使用(hazardous use)、および、すでに健康被害を招いている有害な使用(harmful use)の状態にある飲酒者の同定を目的としている。したがって、CAGE質問表やKASTと比較してより軽症の飲酒問題のスクリーニングに適している。AUDITの最初の3つの質問で構成されるAUDIT-Cも、早期の「危険な飲酒」を検出するうえで優れているとされる。このようなスクリーニング検査は、その後の早期介入や専門医療機関への紹介が用意されたうえで、初めて有用となることはいうまでもない。

おわりに

本稿では、DSM-5の改訂を、アルコール依存の臨床の立場から検討した。DSM-5ではアルコール依存という診断名はアルコール使用障害に変更となり、同時に、飲酒の結果生じる社会生活の障害が重視され、従来より軽症の患者も診断に組み入れられるようになった。この背景には米国精神医学会がめざすevidence-based medicineの考え方があり、日本のアルコール依存症の臨床の立場からは、①DSM-IV-TRと比較して、より早期の段階の患者が治療対象となり、早期発見、早期介入の観点から大きな意義がある、②治療においても、従来のように断酒を唯一の治療ゴールとするのではなく、飲酒量低減という選択肢も可能となり、治療に多様性が生じる。③患者にとっても、“依存症”という抵抗感や否認につながる病名よりも、“使用障害”のほうが疾病の受け入れに有用である。このような流れのなかで、アルコール依存症の治療においても早期発見、早期治療、予防医学的介入など、他の疾病で行われて

いる治療が一般的になることが期待される。

公益財団法人喫煙科学研究財団から研究助成を受けた。

文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed (DSM-IV-TR). American Psychiatric Publishing, Washington, D.C., 2000 (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳 : DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2002)
- 2) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Washington, D.C., 2013 (日本精神神経学会 日本語版用語監修, 高橋三郎, 大野 裕監訳 : DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2014)
- 3) Ewing, J. A. : Detecting alcoholism : the CAGE questionnaire. JAMA, 252 ; 1905-1907, 1984
- 4) 原谷隆史 : KAST (久里浜式アルコール症スクリーニングテスト) の構造について. アルコール研究と薬物依存, 22 ; 580-581, 1987
- 5) 廣 尚典, 島 悟 : 問題飲酒指標 AUDIT 日本語版の有用性に関する検討. 日本アルコール・薬物医学会誌, 3 ; 437-450, 1996
- 6) 厚生労働省 : 国民健康・栄養調査 (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou/h25-houkoku.html>) (参照 2017-01-19)
- 7) Kono, J., Miyata, H., Ushijima, S., et al. : Nicotine, alcohol, methamphetamine, and inhalant dependence : A comparison of clinical features with the use of a new clinical evaluation form. Alcohol, 24 ; 99-106, 2001
- 8) 厚生労働省 : 平成 20 年度患者調査 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/08/>) (参照 2017-01-19)
- 9) 宮田久嗣 : 物質依存と行動嗜癖(アディクション)の概念をめぐって. 広報誌 (日本精神保健福祉連盟), 41 ; 1-5, 2015
- 10) 宮田久嗣, 石井洵平 : カフェイン使用障害. 臨床精神医学, 45 ; 293-299, 2016
- 11) Miyata, H., Kono, J., Ushijima, S., et al : Clinical features of nicotine dependence compared with those of alcohol, methamphetamine, and inhalant dependence. Ann N Y Acad Sci, 1025 ; 481-488, 2004

- 12) 武藤岳夫, 杠 岳文: アルコール依存の臨床, 脳とこころのプライマリケア 8 (福居顕二編), シナジー, 東京, p.133-145, 2011
- 13) 大野 裕: 日本の精神医学と米国 DSM, 臨床精神医学, 43; 7-11, 2014
- 14) 総務省統計局ホームページ (<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2014np/>) (参照 2017-01-19)
- 15) World Health Organization: Expert Committee on Addiction-Producing Drugs (13th Rep.). WHO Technical Report Series. p.273, 1964
- 16) World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. World Health Organization, Geneva, 1992
- 17) 柳田知司: 薬物依存をめぐる用語解説. アルコール・薬物依存: 基礎と臨床 (大原健士郎, 田所作太郎編). 金原出版, 東京, p.7-11, 1984
- 18) 柳田知司: 薬物依存研究の展望—精神依存を中心に. 日薬理誌, 100; 97-107, 1992

The Influence on Daily Clinical Practice of the Revision of the DSM-5 Diagnostic Criteria Regarding the Alcohol-related Disorders

Hisatsugu MIYATA

Department of Psychiatry, Jikei University School of Medicine

This paper discusses the influence on daily clinical practice of the revision of the DSM-5 diagnostic criteria regarding the alcohol-related disorders. The DSM-5 new diagnostic criteria, substance use disorders (SUDs), have combined dependence criteria and three of the abuse criteria (hazardous use, neglect of major roles, and social/interpersonal problems related to use) into one disorder and added the criterion of craving. This revision increased the clinical significance of social disturbance in the DSM-5 criteria compared with that of the DSM-IV-TR. In addition, in the DSM-IV criteria, dependence was diagnosed when three or more of seven diagnostic criteria were met; whereas, in the DSM-5 criteria, two or more of eleven SUDs criteria are required for diagnosis. Therefore, the diagnostic threshold of DSM-5 was decreased in comparison with that of DSM-IV. This revision of DSM-5 has provoked concern or criticism that the DSM-5 criteria is at risk of producing a considerable number of false positives, (i.e. patients at low severity levels are not true cases). Alternatively, newly set DSM-5 diagnostic thresholds provide the opportunity for milder cases to benefit from early intervention. Considering an increase in the prevalence of patients with SUDs under the DSM-5 criteria, the development of effective auxiliary measures for diagnosis, as well as effective early intervention, are required.

< Author's abstract >

< **Keywords** : DSM-5, alcohol use disorder, alcohol dependence, abstaining from alcohol, reduction of alcohol drinking >