

ICD-11 「精神，行動，神経発達 of 疾患」の開発の経緯

丸田 敏雅¹⁾，松本 ちひろ²⁾，秋山 剛³⁾，神庭 重信⁴⁾

国際疾病分類第 11 回改訂版 (ICD-11) の導入版が 2018 年 6 月に公開された。改訂作業を進めるのに際し、最初に国際アドバイザーグループが 2007 年に立ち上げられてから 10 年以上が経過し、2019 年 5 月に世界保健総会でようやく承認を受けた。診断分類システムのエンドユーザーである臨床家にとって診断分類システムがより使いやすいものとなれば、長期的視点に立てば良質なヘルスデータの蓄積につながる。疾病負荷の軽減をめざす世界保健機関にとって、方針決定に用いるヘルスデータが良質であることは非常に重要である。臨床的有用性の向上を通して疾病負荷の軽減を図る ICD-11 の試みを、本稿では種々のフィールドスタディの紹介を交えながら概説する。今回の改訂プロセスでは、ごく初期段階から臨床家の意見が積極的に取り入れられ、大分類の構築から信頼性と有用性の検討の工程に至るまで一貫して、多文化・多言語の取り組みが維持された。臨床場面で ICD-11 が積極的に取り入れられ、疾病負荷軽減に貢献することが期待される。

Keywords : ICD-11, 診断, 分類, DSM-5, WHO

はじめに

2018 年 6 月に、国際疾病分類第 11 回改訂版 (International Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision : ICD-11) の導入版が公開された¹²⁾。国際疾病分類第 10 回改訂版 (International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision : ICD-10)¹¹⁾ と比較すると大きな変更も少なからず盛り込まれている。一方で、2013 年に刊行された DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)¹⁾ とのハーモナイゼーションが比較的良好に保たれたため、全体として ICD-10 からは順当なアップデートとおおむね受け止めることもできる。本稿では、ICD-11 診断ガイドライン作成作業の過程を紹介し、また ICD-11 に含まれる診断カテゴリーや DSM-5 との相違についてふれる。

I. 改訂作業における精神分野の組織構成とその経過

世界保健機関 (World Health Organization : WHO) による 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 (Family of International Classification : FIC) の分類改訂委員会 (Update and Revision Committee) のもと改訂運営委員会 (Revision Steering Group) が設けられ、その分科会として分野別専門委員会 (Topical Advisory Group : TAG) が設置された。精神部門は、WHO の「精神保健および物質乱用部」が中心になり、分野別専門委員会である「WHO ICD-10 精神および行動の障害改訂のための国際アドバイザーグループ (WHO International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders : AG)」が設立された。「精神および行動の障害」の改訂作業は、この最高意思決定機関である AG が改訂の骨子を決定し、開始された。第 1 回 AG 会議は 2007 年 1 月にジュネーブの WHO 本部で開催された。

著者所属：1) 聖徳大学 2) 公益社団法人日本精神神経学会 3) NTT 東日本関東病院精神神経科 4) 日本うつ病センター/飯田病院/九州大学名誉教授

その後、この AG のもと、複数のワーキンググループ (WG) およびコーディネーティンググループが設立された。ワーキンググループとは、気分症群、不安症群、精神症群、児童および思春期の疾患群など、主に疾患群の分野別に専門家により構成されるグループであり、最終的には 14 の WG が設置された。これらの WG には、専門性はもちろんのこと地政学的バランスおよび男女比なども配慮され、WG ごとに 10 数名の委員が任命された。各 WG では、エビデンスの集積と検討、およびそれに基づく ICD-11 診断ガイドラインに向けた提言作成が行われた。

WG に比して、コーディネーティンググループはより実働部隊的な色彩が強く、資金調達、各関連団体との連携、DSM との関係調整などを各々担う役目を負った。このコーディネーティンググループに 2009 年 9 月に新たに加えられたのが、後述する Formative Field Studies Coordinating Group (FFSCG) である。FFSCG はさらに後年、Field Studies Coordination Group (FSCG) に発展することとなる。

II. 改訂作業の主眼におかれた臨床的有用性と FFSCG の活動

1. 臨床的有用性を主眼に掲げた背景

今回の改訂に際し、臨床的有用性がその主眼に据えられた⁶⁾。その背景は以下のようにまとめられる。

そもそも診断分類システムとは、一義的には診断の補助に用いられるものであり、個々の症例の治療やマネジメントに活かされるものである。しかしより広い視野では、個々の診断そのものがヘルスデータを構成するものであり、診断という行為の質が向上するほど、その結果あるいは集合体であるヘルスデータの質も向上する。よりよいヘルスデータは臨床、研究、施策とあらゆる分野に活用されるため、ヘルスデータの質向上はすなわち疾病負荷の軽減につながる。この疾病負荷の軽減、言い換えればより健康な生活の推進こそが、診断分類の枠組みにとどまらず、WHO のめざすところである。そういった意味で、診断分類システムと疾病負荷は、遠いようで決して無関係ではないのである。

これまで改訂作業が約 10 年ごとに実施されてきたことを考えると、ICD-10 に関しては出版から ICD-11 出版までに 20 年以上が経過することになり、定期的改訂のサイクルを大幅に過ぎていた。しかし、反面、一部の疾患を除き、診断分類システムのあり方の根本的見直し、すなわち

パラダイムシフトを迫るような精神医学的知見は不十分との見解が WHO においては優勢であった。

ICD が世界規模で長期にわたり使用されるものであることや、現行の診断分類体系から大幅な変更を行えば現場での混乱が予測されることを考慮すれば、WHO としては新たな知見を診断分類システムへ反映させることに対しては慎重にならざるをえなかった。なお、WHO は生物遺伝学的研究に決して無関心ではなく、生物遺伝学的知見を軸とした新たな診断分類体系の構築を進める国立精神衛生研究所 (National Institute of Mental Health : NIMH) が行っている RDoC (Research Domain Criteria) プロジェクトの責任者であった Cathburt, B. を上記の AG や FFSCG 会議に招聘するなど、ICD-11 改訂作業を越えてより長期的な視野で生物遺伝学的知見を今後の診断分類システムに反映させる姿勢もみせていた。

一方で、現行の診断分類システムは臨床場面での運用に際し診断カテゴリの数や診断分類システムの複雑さの観点から大いに改善の余地があるという指摘もあった。本来 ICD が活用されうる場であっても、現場でのニーズに沿ったものとなっていない、使用に際し必要とされる時間的、人的ないし教育的リソースが十分ではないなどといった理由から、ICD の活用度が限定されているケースが報告された。このため WHO としては、他分野では診断に関する科学的知見をベースとした大幅な改訂の必要性に迫られているのに対し、精神分野ではそれに該当する知見が得られない現状を踏まえて、今回の改訂を、ICD をより有用性の高い診断分類システムへと改善する好機と捉えた。ユーザーにとっての使いやすさを向上させることで、質の高いヘルスデータを得て、それを臨床や研究、施策に活かせば、疾病負荷の軽減にも貢献するだろう、という見通しである。

このような背景で、精神分野の改訂でキーワードとして挙げられたのが臨床的有用性である。

2. 臨床的有用性推進のための組織づくり

これまでに行われてきた改訂作業では、各分野における専門家の意見の集約 (エキスパート・コンセンサス) が改訂作業の中心であった。したがって、草案が完成した後に施行されるフィールドスタディは、すでにある程度骨子が固まったモデルの確認作業のようなものであり、さまざまな使用現場において実際の使用に耐えうるものかという視点が欠けていた感が否めない。これに対し今回の改訂では、実際のユーザーである精神科医をはじめとする医師、

表 1 ICD-11 と DSM-5 との大きな相違

DSM-5 でコードが与えられていないが、 ICD-11 でコードが与えられた疾患	DSM-5 でコードが与えられたが、 ICD-11 の第 6 章に含まれなかった疾患・状態
<ul style="list-style-type: none"> ・ 遷延性悲嘆症 ・ 自己臭関係付け症<自己臭症> ・ 複雑性心的外傷後ストレス症 ・ ゲーム行動症 ・ 強迫的性行動症 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 重篤気分調節症 ・ 睡眠-覚醒障害群 ICD-11 では第 7 章に独立 ・ 急性ストレス反応 ICD-11 では第 24 章「健康状態あるいはヘルスサービスとの接触に影響を及ぼす要因」に分類 (QE84) ・ 性別違和 ICD-11 では第 17 章「性保健に関連する状態」に性別不合 (Gender incongruence, HA60~HA6Z) として分類

研究者、その他関連領域の医療従事者にとってのいわば使いやすさの向上を掲げているため、より初期段階からユーザーを ICD-11 草案作成の基盤になる研究の対象に含めていく動きがあった。この目的のため組織されたのが FFSCG である。

FFSCG は“formative”の語が象徴するとおり、ICD-11 の骨子のベースとなる探索的要素の強いフィールドスタディを計画し実行するために組織されたグループである。ここでいう探索的とは、エキスパート・コンセンサスに依拠するモデルを前提とし、その信頼性や有用性を確認するのではなく、診断分類システムのあり方を、ユーザーである臨床家の声を最大限に活かしつつ、ボトムアップ方式で根本から見直すことをいう。その趣旨から、FFSCG が行うフィールドスタディでは、実用性を重視し現場の声を可能な限り吸い上げていく手法が採られた。

3. FFSCG の掲げた 3 つの課題

FFSCG 内において、フィールドスタディの計画および遂行にあたり検討すべき課題として挙げられたのが以下の 3 点であった。

さまざまな使用状況を想定した際、a) どの疾患、状態ないし問題が診断分類システムに含まれていれば、b) 各疾患に関する情報がどのように提示されれば、c) 各疾患カテゴリの大枠がどのように構成されていれば、精神疾患の診断・治療が最も速やかにすすめられるか？

例えば、項目 a) については、表 1 にみられるように、ICD-11 では遷延性悲嘆症や複雑性心的外傷後ストレス症が含まれることとなった。これらは DSM-5 にはない診断カテゴリであるが、WHO としては、これらが含まれてい

たほうが公衆衛生の観点からより良質なヘルスデータの収集が可能になるという判断である。項目 b) についての成果としては、箇条書きにまとめられた情報を全疾患群共通のフォーマットで示すという方針に表れている。DSM が採用する polythetic な操作的診断基準のほかに、記述式診断基準やプロトタイプ型診断基準などが情報の提示法として検討された。最終的には、診断基準に相当する「診断に必須の特徴」を筆頭に、「付加的特徴」「正常との境界」および「他の疾患や状態との境界」の大きく 4 種類の項目ごとに掲載することとなった²⁾。項目 c) の詳細については、次項 FFSCG の活動に譲るが、診断分類システムの大枠を決定するうえでも臨床的有用性の観点が重要視された。

4. FFSCG の活動

改訂作業の比較的初期に行われたフィールドスタディに、臨床家が自然発生的に獲得する精神疾患のマッピングについて探索したものがあつた。表 2 に示すように、ICD-11 の疾患群のまとまりや配置は ICD-10 から大きく変更されたが、本フィールドスタディはこの ICD-11 の大枠の根拠となつたスタディである。

ICD-10 を使用する際に、例えば反応性愛着障害がどこに位置するのか、即答できるだろうか。あるいは、注意欠如多動症 (attention deficit hyperactivity disorder : ADHD) はどうだろう。ICD-10 では「F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害」という括りがあつたため、いずれもここに収載されていたのだが、病因や臨床的対応などの観点から、これらが大きく異なることは自明であろう。

臨床家は、ICD なり DSM をベースとする教育を受けて

表 2 ICD-11 第 6 章に収載される疾患

神経発達症群	6A00 知的発達症群, 6A01 発達性発話または言語症群, 6A02 自閉スペクトラム症, 6A03 発達性学習症, 6A04 発達性協調運動症, 6A05 注意欠如多動症, 6A06 常同運動症, 6A0Y 神経発達症, 他の特定される, 6A0Z 神経発達症, 特定不能などが含まれる。
統合失調症または他の一次性精神症群	6A20 統合失調症, 6A21 統合失調感情症, 6A22 統合失調型症, 6A23 急性一過性精神症, 6A24 妄想症, 6A25 一次性精神症における臨床症状, 6A2Y 統合失調症または他の一次性精神症, 他の特定される, 6A2Z 統合失調症または他の一次性精神症, 特定不能などが含まれる。
気分症群	双極症<性障害>または関連症群として, 6A60 双極症 I 型<双極 I 型障害>, 6A61 双極症 II 型<双極 II 型障害>, 6A62 気分循環症, 6A6Y 双極症<性障害>または関連症, 他の特定される, 6A6Z 双極症<性障害>または関連症, 特定不能, 抑うつ症群として, 6A70 単一エピソードうつ病, 6A71 反復性うつ病, 6A72 気分変調症, 6A73 混合抑うつ不安症, 6A7Y 抑うつ症, 他の特定される, 6A7Z 抑うつ症, 特定不能, 他に 6A80 気分症<障害>群における気分エピソードの症状と経過, 6A8Y 気分症<障害>, 他の特定される, 6A8Z 気分症<障害>, 特定不能などが含まれる。 なお, GA34.41 月経前不快気分症<障害>は泌尿生殖器系のシステムの疾患群に含まれる。
不安または恐怖関連症群	6B00 全般不安症, 6B01 パニック症, 6B02 広場恐怖症, 6B03 限局性恐怖症, 6B04 社交不安症, 6B05 分離不安症, 6B06 場面緘黙, 6B0Y 不安または恐怖関連症, 他の特定される, 6B0Z 不安または恐怖関連症, 特定不能などが含まれる。
強迫症または関連症群	6B20 強迫症, 6B21 身体醜形症, 6B22 自己臭関係付け症<自己臭症>, 6B23 心気症, 6B24 ためこみ症, 6B25 向身体性反復行動症群, 6B2Y 強迫症または関連症, 他の特定される, 6B2Z 強迫症または関連症, 特定不能などが含まれる。
ストレス関連症群	6B40 心的外傷後ストレス症, 6B41 複雑性心的外傷後ストレス症, 6B42 遷延性悲嘆症, 6B43 適応反応症<適応障害>, 6B44 反応性アタッチメント症, 6B45 脱抑制性対人交流症, 6B4Y ストレス関連症, 他の特定される, 6B4Z ストレス関連症, 特定不能などが含まれる。
解離症群	6B60 解離性神経学的症状症, 6B61 解離性健忘, 6B62 トランス症, 6B63 憑依トランス症, 6B64 解離性同一性症, 6B65 部分的解離性同一性症, 6B66 離人感・現実感喪失症, 6B6Y 解離症, 他の特定される, 6B6Z 解離症, 特定不能などが含まれる。
食行動症または摂食症群	6B80 神経性やせ症, 6B81 神経性過食症, 6B82 むちゃ食い症, 6B83 回避・制限性食物摂取症, 6B84 異食症, 6B85 反芻・吐き戻し症, 6B8Y 食行動症または摂食症, 他の特定される, 6B8Z 食行動症または摂食症, 特定不能などが含まれる。
排泄症群	6C00 遺尿症, 6C01 遺糞症, 6C0Z 排泄症, 特定不能などが含まれる。
身体的苦痛症群または身体的体験症群	6C20 身体的苦痛症, 6C21 身体完全性違和, 6C2Y 身体的苦痛症または身体的体験症, 他の特定される, 6C2Z 身体的苦痛症または身体的体験症, 特定不能などが含まれる。
物質使用症群または嗜癖行動症	物質使用症には, 6C40 アルコール, 6C41 大麻, 6C42 合成カンナビノイド, 6C43 オピオイド, 6C44 鎮静薬, 睡眠薬または抗不安薬, 6C45 コカイン, 6C46 精神刺激薬 (アンフェタミン, メタンフェタミン, またはメトカチノンなど), 6C47 合成カチノン, 6C48 カフェイン, 6C49 幻覚薬, 6C4A ニコチン, 6C4B 揮発性吸入剤, 6C4C MDMA または関連薬物 (MDA など), 6C4D 解離性薬物 (ケタミン, フェンシクリジンなど), 6C4E 他の特定される精神作用物質 (医薬品など), 6C4F 複数の特定される精神作用物質 (医薬品など), 6C4G 不明または特定不能の精神作用物質, 6C4H 精神作用のない物質などが含まれる。また, 嗜癖行動症には, 6C50 ギャンブル行動症, 6C51 ゲーム行動症, 6C5Y 嗜癖行動症, 他の特定される, 6C5Z 嗜癖行動症, 特定不能などが含まれる。
衝動制御症群	6C70 放火症, 6C71 窃盗症, 6C72 強迫的性行動症, 6C73 間欠爆発症, 6C7Y 衝動制御症, 他の特定される, 6C7Z 衝動制御症, 特定不能などが含まれる。
秩序破壊的または非社会的行動症群	6C90 反抗挑発症, 6C91 素行・非社会的行動症, 6C9Y 秩序破壊的または非社会的行動症, 他の特定される, 6C9Z 秩序破壊的または非社会的行動症, 特定不能などが含まれる。
パーソナリティ症および関連特性	6D10 パーソナリティ症, 6D11 顕著なパーソナリティ特性またはパターンなどが含まれる。
パラフィリア症群	6D30 露出症, 6D31 窃視症, 6D32 小児性愛症, 6D33 強制的性サディズム症, 6D34 窃触症, 6D35 同意しない者を対象とする他のパラフィリア症, 6D36 単独で行う, または同意する者を対象とするパラフィリア症, 6D3Z パラフィリア症, 特定不能などが含まれる。
作為症群	6D50 作為症, 自らに負わせる, 6D51 作為症, 他者に負わせる, 6D5Z 作為症, 特定不能などが含まれる。
神経認知障害群	6D70 せん妄, 6D71 軽度認知障害, 6D72 健忘症, 6D80 アルツハイマー病による認知症, 6D81 血管性認知症, 6D82 レビー小体病による認知症, 6D83 前頭側頭型認知症, 6D84 精神作用物質 (医薬品を含む) による認知症, 6D85 他に分類される疾病による認知症, 6D86 認知症にみられる行動的または心理的症状, 6D8Z 認知症, 原因は不明または特定不能, 6E67 二次性神経認知症候群, 6E0Y 神経認知障害群, 他の特定される, 6E0Z 神経認知障害群, 特定不能などが含まれる。

(ICD-11 導入版 (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>) 第 6 章「精神, 行動および神経発達の疾患」¹²⁾をもとに作成。なお, 紙幅の関係もありコード番号の 4 桁目までとした)

表3 ICD-11 作成に向けた初期のフィールドスタディの結果から提案された疾患群の構成

- Neurodevelopmental disorders
- Schizophrenia spectrum and primary psychotic disorders
- Bipolar and related disorders
- Depressive disorders
- Anxiety and fear-related disorders
- Disorders specifically associated with stress
- Dissociative disorders
- Bodily distress disorders
- Obsessive-compulsive and related disorders
- Feeding and eating disorders
- Elimination disorders
- Sleep disorders
- Sexual disorders
- Substance-related and addictive disorders
- Neurocognitive disorders
- Personality disorders
- Mental and behavioural disorders associated with disorders or diseases classified elsewhere
- Other mental and behavioural disorders

(文献7より抜粋)

も、それとは別に自らの診療体験に基づく精神疾患の体系だった理解を獲得しているという想定のもと、臨床家一人一人がもつ精神疾患のマッピングを検討するフィールドスタディが行われた^{7,10)}。表3は、調査結果をもとに当時提案された疾患群の構成である。ICD-11で最終的に採用となった疾患群の構成とほぼ共通であるのがわかる。

これらの研究によれば、もちろん従来の教育の影響を受けて反応性アタッチメント症やADHDを単に小児期・青年期の疾患と括る臨床家もいる一方、反応性アタッチメント症を心的外傷後ストレス症(post-traumatic stress disorder: PTSD)や適応反応症<適応障害>と同様に外的環境要因との相互作用の文脈で位置づける一群や、ADHDを神経発達の問題とみなす一群の参加者もいることが確認された。こういった結果を根拠に、ICD-11の章立てはICD-10から大きく見直されている。

ICD-11の章立ては、結果的にDSM-5のそれと非常に近いものとなっている。近年の科学的知見を軸にした結果、双方の作成者、つまりアメリカ精神医学会(American Psychiatric Association: APA)とWHOが各々似たような着地点を見いだしたというのは自然な流れである。それに加え、ICD-11はさらに臨床家の感覚との整合性という観点のエビデンスにも裏打ちされた提案であるという意義も強調できる。

III. Evaluative field studies

1. 世界各国のICD-11に興味関心を抱く精神保健専門家をつなぐネットワーク

ICD-11改訂に向けて行われたフィールドスタディの後半を紹介するうえで、Global Clinical Practice Network(GCPN)と呼ばれる世界各国の精神保健専門家のネットワークにもふれておく必要がある。ICD-11関連のフィールドスタディを行ううえで、診断にかかわってくれる専門家の協力は欠かせない。しかしICD-10作成当時は、インターネットの整備や電子媒体の普及が十分ではなく、自ずとフィールドスタディに参加できる国や地域はリソースが潤沢にあるところに限らざるをえなかった。一方、ICD-11のフィールドスタディの実施が本格化した2010年代に状況は大きく様変わりしており、専門家同士の連携や調査研究へのインターネット活用が十分に現実味を帯びていた。

そこで設立されたのが、GCPNである。後述のインターネットを用いたフィールドスタディに、評価者として参加してもらうため、WHO主導で各国の臨床家に本ネットワークへの参加を呼びかけた。GCPNに登録する際、臨床家は、職種(精神科医のほか、心理士や精神科看護師などの職種も広くメンタルヘルスの臨床家として登録することができる)や経験年数、専門領域などの情報提供を求められた。GCPNは、一義的にはメーリングリストのような役割を果たしたのだが、それに加えてデータ解析の際に上述のような変数も加味して解析できるという特徴も備えていた。

GCPNがさらに発展して設立されたのがGCPNetwork(<https://gcp.network/jp/>)というウェブサイトである。GCPNは当初、メーリングリストとしてフィールドスタディの参加者を募り、データ解析に寄与するという点では役割を果たしていた。一方で、登録者から協力を得る反対に、フィードバックや情報提供を登録者に対して行うという機能は実装していなかった。この欠点を補う目的で、ウェブサイトが立ち上げられた。このプラットフォームは、従来どおり臨床家としての背景情報を登録し、フィールドスタディへの参加を促しつつ、登録者が最新のガイドライン草案を閲覧したりフィールドスタディの結果について読んだりできるという機能を備えている。2018年11月現在、登録者数は14,700名を超え、ほぼすべての地域をカバーしている。なお、日本からも1,000名を超える参加者

表 4 ICD-11 と ICD-10 のフィールドスタディにおける信頼性の比較

ICD-11		ICD-10	
	κ (N)		κ (N)
統合失調症	0.87 (725)	F20 統合失調症	0.81 (490)
統合失調感情症	0.66 (189)	F25 統合失調感情障害	0.48 (148)
急性一過性精神症	0.45 (40)	F23 急性一過性精神病性障害	0.65 (146)
妄想症	0.69 (30)	F22.0 妄想性障害	0.62 (83)
双極性 I 型	0.84 (351)	F30 躁病エピソード	0.69 (53)
		F31 双極性感情障害	0.81 (259)
単一エピソードうつ病	0.64 (191)	F32 うつ病エピソード	0.66 (353)
反復性うつ病	0.74 (267)	F33 反復性うつ病性障害	0.69 (302)
気分変調症	0.45 (57)	F34.1 気分変調性症	0.36 (101)
全般不安症	0.62 (129)	F41.1 全般性不安障害	0.48 (67)
パニック症	0.57 (59)	F41.0 パニック障害	0.74 (31)
広場恐怖症	0.62 (46)	F40.0 広場恐怖	0.51 (22)
社交不安症	0.88 (38)	F40.1 社交恐怖	0.41 (22)
心的外傷後ストレス症	0.49 (51)	F43.1 外傷後ストレス障害	0.62 (23)
適応反応症	0.73 (82)	F43.2 適応障害	0.54 (107)

(文献 8 より抜粋, 翻訳)

があった。

改訂作業をとおり、多言語・多文化という観点是非常に重要視されてきた。そのため、GCP.Network もアラブ語、英語、スペイン語、フランス語、日本語、中国語でアクセスや登録が可能になっている。これは後述する種々のフィールドスタディを多言語で展開するのに大きく貢献した。

2. Case-controlled field studies とインターネットの活用

上述の GCP.Network というリソースもあり、ICD-11 改訂に向けてはインターネットを活用したフィールドスタディが数多く行われた。インターネットを活用する利点としては、コストの削減と作業の効率化が挙げられる。従来の診断分類システムといえ、その草案がほぼ完成に近い段階で、信頼性を評価することが多かった。しかしそれでは、その段階からは草案の加筆修正は難しく、得られた結果を成果物に反映させる機会は事実上ないに等しかった。

この反省から、ICD-11 改訂に向けては、非常に早い段階からインターネットを活用してフィールドスタディが開始された。そのデザインとは、臨床家がビネットを読み、無作為に割りあてられた ICD-10 あるいは ICD-11 の診断ガイドラインを適用して診断をつける、というものである。ただし信頼性係数の算出だけを目的とせず、種々の診断要件（表出している症状、症状の持続期間など）についても、それらが症例にあてはまるかどうかを細やかに調査した点に、本調査研究のデザインの新鮮さがある。この

データをとることで、特に信頼性が低く出た診断カテゴリについては、診断ガイドラインの記述そのものを見直し、加筆修正を加えることができた。症例、つまりケースの特定の要素を統制し、刺激素材として用いたという意味で、これらのスタディは Case-controlled field studies と呼ばれている。一連の調査研究の方法論的側面については、Keeley, J. W. らが詳しく述べている³⁾。

3. Ecological implementation field studies

インターネットとビネットを利用したデザインと比較して、実際の患者を対象とするデザインはさまざまリソースを必要とする。そのため、実際の患者を対象としたフィールドスタディは、ICD-11 に記載される数多くの診断のなかでも特に疾病負荷が高いとされるものを中心に行われた。実臨床、すなわち生態系 (ecology) において施行する (implementation) という意味で、こちらの調査研究は ecological implementation field studies と呼ばれている。

信頼性の検討にあたっては、評価者間信頼性を指標とした。すなわち、ICD-11 についてトレーニングを受けた臨床家（世界各国での要件は、診断業務を行う資格を有し、経験年数 2 年以上で現在精神保健の臨床業務に携わっていること、日本では精神科医）2 名が、同一の患者に対し同時に診断面接を行い、その情報をもとに同じ診断に行きつくかを検討した。主な結果は Reed, G. M. ら⁸⁾ が示したとおりである（表 4）。ICD-10 と比較し、おおむね信頼性の値は高く、向上した診断カテゴリが多かった。なお、日本

で行われた研究に協力して下さった医師のリストを第123巻第1号40頁の表に掲載した。

有用性スタディについてはすでに論文でデータが公開され、全体的におおむね良好な結果が示された^{5,9)}。なお、日本の臨床的有用性の評価が他国に比べ低い結果となったが、この理由については今後データをさらに解析する予定である。

IV. 考 察

WHO「精神保健および物質乱用部」は、疾病負荷の軽減を見据え、当初より臨床的有用性の向上を掲げて今回のICD改訂を行った。改訂作業の初期から臨床家の臨床感覚の反映と、多文化・多言語での改訂作業を一貫して行った点で、ICD-11の作成の過程は大変に意義のあるものである。ICDはしばしばDSMやそれに類する診断分類システムあるいは診断分類体系と比較されるが、ICDは低所得国から高所得国まで世界中で公衆衛生の目的で使用されるという性質上、強い影響力を有するDSMや、最新の知見を積極的に取り入れていく米国NIMHのRDoCやKrueger, R. F.らのHierarchical Taxonomy of Psychopathology⁴⁾とは、その用途も存在意義も異なる。今後、ICD-11が上述した疾病負荷の軽減にどれだけ貢献できるかは、どこまでICD-11が普及し、現場で使用されるかにかかっていると思われる。WHOは今後、ICD-11の普及にも力を入れていく予定であり、ICD-11が臨床場面で有用なツールとして受け入れられることが期待される。

おわりに

当初、2014年の導入をめざしていたICD-11が、2019年5月の世界保健総会で承認された。2007年から始まったアドバイザーグループ会議から12年が経過してようやく完成の日を迎えることができた。今後は日本でもICD-11の活用が進み、ひいてはWHOが掲げるとおり、疾病負荷が軽減されることを期待したい。

文献

1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical

Manual of Mental Disorders, 5th ed (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Arlington, 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)

- 2) First, M. B., Reed, G. M., Hyman, S. E., et al. : The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry*, 14(1); 82-90, 2015
- 3) Keeley, J. W., Reed, G. M., Roberts, M. C., et al. : Developing a science of clinical utility in diagnostic classification systems field study strategies for ICD-11 mental and behavioral disorders. *Am Psychol*, 71 (1); 3-16, 2016
- 4) Krueger, R. F., Markon, K. E. : Reinterpreting comorbidity : a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol*, 2 ; 111-133, 2006
- 5) 丸田敏雅, 松本ちひろ : ICD-11 の臨床的有益性と全体的構造. *日本社会精神医学会雑誌*, 28 (2); 117-128, 2019
- 6) Reed, G. M. : Toward ICD-11 : improving the clinical utility of WHO's International Classification of Mental Disorders. *Prof Psychol Res Pr*, 41 (6); 457-464, 2010
- 7) Reed, G. M., Roberts, M. C., Keeley, J., et al. : Mental health professionals' natural taxonomies of mental disorders : implications for the clinical utility of the ICD-11 and the DSM-5. *J Clin Psychol*, 69 (12); 1191-1212, 2013
- 8) Reed, G. M., Sharan, P., Rebello, T. J., et al. : The ICD-11 developmental field study of reliability of diagnoses of high-burden mental disorders : results among adult patients in mental health settings of 13 countries. *World Psychiatry*, 17 (2); 174-186, 2018
- 9) Reed, G., Keeley, J. W., Rebello, T. J., et al. : Clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines for high-burden mental disorders : results from mental health settings in 13 countries. *World Psychiatry*, 17 (3); 306-315, 2018
- 10) Roberts, M. C., Reed, G. M., Medina-Mora, M. E., et al. : A global clinicians' map of mental disorders to improve ICD-11 : analysing meta-structure to enhance clinical utility. *Int Rev Psychiatry*, 24 (6); 578-590, 2012
- 11) World Health Organization : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organization, Geneva, 1992 (融道男, 中根允文ほか監訳: 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)
- 12) World Health Organization : ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, 2018 (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>) (参照 2018-11-14)

The Revision Process for the ICD-11 “Mental, Behavioural or Neurodevelopmental Disorders”

Toshimasa MARUTA¹⁾, Chihiro MATSUMOTO²⁾, Tsuyoshi AKIYAMA³⁾, Shigenobu KANBA⁴⁾

1) Seitoku University

2) Japanese Society of Psychiatry and Neurology

3) NTT Medical Center Tokyo

4) Japan Depression Center, Iida Hospital

The 11th Revision of the International Classification of Diseases and Related Health Problems was released as a version for implementation in June, 2018. The ICD-11 was finally approved at the World Health Assembly in May, 2019, which is after more than a decade since the International Advisory Group was established in 2008. If the clinicians, or the end users of the diagnostic classification system, find it more useful, it helps accumulate better health data in the long run. For the World Health Organization, which aims to reduce disease burden, good health information is critical in its decision making. This paper presents the attempt of the ICD-11 to reduce burden by addressing clinical utility, while introducing various field studies conducted to this date to inform the revision process. The revision process has taken up voices of clinicians from the very beginning, and the multi-cultural and multi-lingual perspective has been maintained throughout the process, including the design of the overarching architecture and assessment of utility. We expect that the ICD-11 will be well utilized, thereby contributing to reduction of disease burden.

Authors' abstract

Keywords ICD-11, diagnosis, classification, DSM-5, WHO