



統合失調症の診断基準の現状と課題

杉原 玄一✉

統合失調症の診断は、現在、米国精神医学会の『精神疾患の診断・統計マニュアル第5版テキスト改訂版』（DSM-5-TR）と世界保健機関の『国際疾病分類第11回改訂版』（ICD-11）という操作的診断基準に依拠している。これらの基準は、20世紀に精神医学が直面した診断の「信頼性」の危機を克服するために確立された。本稿では、まずDSM-5-TRとICD-11が共通の進歩を遂げた一方、思想的相違を依然として内包していることを比較検討する。次に、現行の操作的診断が抱える課題として、単一の診断名のもとに多様な生物学的病態が混在する「異種性」の問題、および、現在の精神医学で記述されない症状に関する課題を挙げる。さらに、異種性への応答として、生物学的指標に基づき患者を層別化するアプローチを紹介し、さらに、従来の基準では捉えきれなかった表情や音声などの非言語的症状を、デジタル技術を用いて客観的に定量化する新たなアプローチにも触れる。本稿では、操作的診断の歴史的意義と課題、そしてその課題を克服するためのアプローチを概観する。

索引用語

統合失調症，診断基準，DSM-5-TR，ICD-11，精密精神医学

はじめに

統合失調症は、幻覚や妄想などの陽性症状、感情の平板化や意欲の減退などの陰性症状、認知機能障害などを主症状とする精神疾患である。この疾患の診断は、現在、米国精神医学会（American Psychiatric Association：APA）の『精神疾患の診断・統計マニュアル第5版テキスト改訂版』（DSM-5-TR）¹⁾と、世界保健機関（World Health Organization：WHO）の『国際疾病分類第11回改訂版』（ICD-

11）¹¹⁾という2つの国際的操作的診断基準に依拠している。これらの診断基準の確立に至る道程は、20世紀の精神医学が直面した課題、すなわち診断の「信頼性」の問題を反映している。かつて、特に大西洋を挟んだ米国と英国では、統合失調症の診断概念が著しく異なり、同じ患者を診ても診断が一致しない状況が常態化していた⁴⁾。この混乱は、国際的な共同研究や治療成績の比較を不可能にし、精神医学の科学的発展を阻害する大きな要因であった。この経験から、疾患の病態生理を問うことを棚上げにし、症状の記述に徹し、観察可能な症状の数と期間に基づいて診断を下

著者所属：東京科学大学精神行動医科学分野

編 注：本特集は第121回日本精神神経学会学術総会シンポジウムをもとに橋本亮太（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神疾患病態研究部）を代表として企画された。

✉ E mail：genichi-psyc@umin.ac.jp

受 付 日：2025年11月20日

受 理 日：2026年4月13日

doi：10.57369/pnj.26-094

す「操作的基準」が導入され、診断の信頼性は向上した。

しかし、こうした操作的診断体系は課題も生んだ。「統合失調症」という単一の診断名のもとに、生物学的に多様な病態が混在する「異種性」は反映されていない。さらに、表情、視線、声の抑揚といった、臨床家が捉える重要な非言語的情報は、客観的な記述法が確立されていないために現行の診断基準から抜け落ちている。

本稿では、統合失調症診断基準の歴史的変遷を振り返り、現行の DSM-5-TR と ICD-11 の比較を行う。そして操作的診断基準が抱える本質的な課題を検討し、今後の展望について論じる。

I. 操作的診断基準の確立

20 世紀半ばまでの統合失調症の診断概念は、DSM-I (1952 年) や DSM-II (1968 年) にみられるように、「現実とのつながり、概念の形成における基本的障害」「自我境界の喪失」といった曖昧な定義に基づいており、その解釈は国や文化圏によって大きく異なっていた。特に米国では精神力動的な「反応」概念の影響から統合失調症を広く捉える傾向があったのに対し、英国では、Maudsley 病院を中心とする記述的精神病理学の伝統に基づき、Kraepelin, E., Bleuler, E., Schneider, K. の臨床概念を取り入れた、より狭い診断概念が採用されていた⁴⁾。この英国の臨床的伝統は ICD の策定にも反映されていくが、当時は ICD も含め、明確な操作的診断基準は確立されておらず、こうした診断概念の相違を調整する手立てがなかった。結果として、この診断概念の不一致は、単なる学術的な問題ではなく、国際的な科学研究の遂行を不可能にする深刻な障壁となった。

この診断の混乱を科学的に実証したのが、1960 年代後半に行われた US-UK Diagnostic Project である⁴⁾。Kendell, R. E. と Cooper, J. E. らの研究チームは、米国と英国の精神科医に、同じ患者の診察を録画したビデオテープを提示し、その診断を比較した。その結果、診断概念の不一致が明らかとなった。例えば、ある患者に対しては、米国の精神科医の多く (85%) が統合失調症と診断したのと対照的に、英国の精神科医で同様の診断を下したのはわずか 7% であり、その代わり 75% がパーソナリティ障害と診断した。

この研究は、訓練を積んだ専門家さえ、共通の明確な基準がなければ、同じ症状表出をもとに異なる診断を下し

うることを明らかにした。米国の「統合失調症」と英国の「統合失調症」は、異なる患者集団を指しており、これでは治療研究や病態研究の国際的な比較は成立しない。この信頼性の危機的状況が、DSM-III (1980 年) における操作的診断基準の全面的な採用という、大きな転換を促した。DSM-III は、病因論的な推測を排し、観察可能な症状の有無、数、期間、そして除外基準といった明確なルール (操作) に基づいて診断を下すシステムを構築した。これは、疾患の「本態」「病態」という妥当性の探求を一時的に断念し、まずは専門家間で共通言語を確立するという、信頼性の確保を最優先する決断であった。このアプローチは、その後の DSM の改訂や ICD-10 (1992 年) にも引き継がれ、国際的な診断の標準化に貢献を果たした。

II. DSM-5-TR と ICD-11 の比較

操作的診断基準の導入後、DSM と ICD は改訂を重ねるなかで相互に影響を与え、多くの点で収斂してきた。特に DSM-5 (2013 年) と ICD-11 (2019 年) の開発過程では、両委員会の協調が進み、診断体系の調和 (ハーモナイゼーション) が図られた³⁾。しかし、その根底には依然として思想的相違も存在する⁸⁾。

両診断基準は、近年のエビデンスに基づき、いくつかの重要な点で共通の改訂を行った。1 つは、統合失調症の亜型廃止である。かつて用いられていた妄想型、解体型、緊張型といった統合失調症の亜型は、両診断基準で完全に廃止された^{6,7)}。その根拠は、これらの亜型が患者の経過中に変化しやすく診断の安定性に乏しいこと、また、亜型によって治療選択や予後予測が大きく変わるわけではなく、臨床的有用性が低いことが示されたためである。さらに、シュナイダーの一級症状の特別扱いも廃止された。DSM-IV-TR では、奇異な妄想やシュナイダーの一級症状が存在すれば、単独で基準 A を満たすとされていた。しかし、これらの症状が統合失調症に特異的ではないことが明らかになり、また「奇異な妄想」の定義の信頼性も乏しいことから、この特別扱いは廃止された⁶⁾。ただし、ICD-11 では「被影響体験、させられ体験、作為体験」という形で一級症状の記述が一部残されている⁷⁾。DSM-5-TR がこれらを妄想の一種と捉えるのに対し、ICD-11 では体験そのものを独立して評価する姿勢が窺える。

一方で、両診断基準は思想の違いを依然として内包している (表)。これらの違いは、それぞれの診断マニュアルが

表 DSM-5-TR と ICD-11 における統合失調症診断基準の主な相違点

比較項目	DSM-5-TR	ICD-11	背景にある思想
診断に必要な期間	前駆期・残遺期を含め6ヵ月	1ヵ月	DSM：診断の安定性・特異性の重視 ICD：早期介入の促進
機能障害の要否	社会的・職業的機能低下を診断基準に含む（基準 B）	診断基準に含めない（しばしば伴うとの記載のみ）	DSM：機能障害は治療的介入の必要性に関連 ICD：診断は症状によってなされるべきとの一般原則
統合失調感情症（障害）	縦断的診断（生涯を通じた診断の安定性を重視）	横断的診断（エピソードごとに変更可能）	DSM：持続的な病態を反映すべき ICD：現在の臨床像の正確な記述を重視

文献 3 および著者の既報文献 8 に基づき、DSM-5-TR と ICD-11 における統合失調症診断基準の主な相違点およびその背景にある思想をまとめた。

担う社会的役割や哲学的立場を反映している⁸⁾。

DSM-5-TR と ICD-11 で最も明確に異なる点の 1 つが、診断に必要な期間である。DSM-5-TR では前駆期や残遺期を含め 6 ヶ月が必要であるのに対し、ICD-11 では 1 ヶ月で統合失調症の診断をつけられる。この違いの背景には、診断基準が重視する価値の違いがある。DSM-5-TR の 6 ヶ月基準は、診断の安定性と特異性を重視したものである。一過性の精神病性障害と統合失調症を区別することで、より慢性的な経過をたどる患者群を同定しようとする意図がある。一方、ICD-11 の 1 ヶ月基準は、早期介入の促進という臨床的配慮に基づく。症状が 1 ヶ月持続した段階で診断をつけることで、より早期に適切な介入が可能となる。

この違いは実際の臨床場面に直接影響する。例えば、初回精神病性エピソードの患者に対し、ICD-11 では症状が 1 ヶ月持続した時点で「統合失調症」と診断し治療方針を立てられるが、DSM-5-TR では同じ時点では「統合失調症様障害」とどまり、6 ヶ月経過するまで統合失調症の確定診断に至らない。この間、DSM-5-TR に則れば、患者や家族に対し「まだ診断が確定していない」と説明せざるを得ない状況が生じる。一方で、DSM-5-TR が用いる慎重な基準によって、一過性の精神病性障害と統合失調症を区別し、不要な診断ラベルの付与が避けられるという利点はあるだろう。

機能障害の扱いにも相違がみられる。DSM-5-TR では、統合失調症の診断基準に社会的・職業的機能の低下（基準 B）が含まれている。これは、「機能の障害は治療的介入の必要性に関連する」という考えに基づく。対照的に、ICD-11 では機能の障害を診断基準に含めていない。これは、「診断は症状によってなされるべきで、機能との関連は診

断基準に含むべきではない」という ICD の一般原則による。ICD-11 では、統合失調症患者では機能の障害がしばしば認められるという記載がある一方で、同疾患患者が必ずしも機能に障害をもつわけではないという事実も考慮している。この違いも臨床上の判断に直結する。DSM-5-TR では機能低下が診断要件であるため、典型的な精神病性症状がありながら就労や日常生活を維持している患者は、統合失調症の診断基準を満たさない可能性がある。一方で、ICD-11 ではそのような患者も診断されうる。この違いは、治療導入の判断や、患者や家族への病名告知に直接影響する。

統合失調感情症（障害）の診断における考え方の違いは、両診断基準の哲学的相違を最も端的に表している。DSM-5-TR では、診断の縦断的安定性が重視される。すなわち、一度統合失調感情症と診断されれば、その患者の生涯を通じてその診断が変わらないように配慮されている。対照的に、ICD-11 では横断的な診断が採用されている。つまり、統合失調症と統合失調感情症の診断は、エピソードごとに変更されうる。この違いは、「疾患」をどう捉えるかという根本的な考え方の違いを反映している。DSM-5-TR は、診断が患者の本質的・持続的な病態を反映すべきだという立場である。ICD-11 は、多くの精神疾患で診断が経過とともに変わりうるという前提に立ち、現在の臨床像を正確に記述することを重視している。ICD-11 の横断的アプローチは、現在の臨床像に即した治療選択を可能にする一方、診断名が変わることについて患者や家族への丁寧な説明が求められる。DSM-5-TR の縦断的アプローチでは診断が安定するため説明の一貫性は保たれやすい。一方で、一度「統合失調症」の診断が確定すると、その後に出現・前景化する気分症状が見過ごされたり、気

分エピソードへの治療的対応が遅れたりするリスクがあることに留意が必要である。

以上のように、DSM-5-TR と ICD-11 は多くの点で共通しているものの、診断期間、機能障害の扱い、統合失調感情症の概念において、その思想的相違が反映されている。

III. 操作的診断の限界と課題

DSM と ICD は、操作的診断基準として高い信頼性を実現し、国際的な診断の標準化に大きく貢献してきた。しかし、これらの診断基準には根本的な限界が存在する。

1. 異種性の問題

現行の診断基準における最大の課題は、診断が症状の「記述」の集合体であり、その背景にある病態生理を反映していない点である。Kraepelin の「早発性痴呆」提唱以降、精神医学は単一の疾患単位を見出そうと努力してきた。しかし、現代の「統合失調症」は、特定の症状パターンを満たす多様な状態を包括する症候群に過ぎない。

この診断カテゴリーの「異種性」は、近年の生物学的研究によって明確になっている。遺伝学的研究では多くの関連遺伝子が見出されているが個々の効果は小さいものが多く、神経画像研究では脳構造の異常パターンが患者ごとに異なり、薬剤への反応性も多様である¹⁰⁾。このことは、統合失調症という 1 つのラベルの下に、病態が異なる複数の疾患単位が混在している可能性を強く示唆している。

この異種性の問題は、学術的な問題にとどまらない。それは、新たな治療薬や客観的なバイオマーカーの開発が停滞する直接的な原因となっている。生物学的に異なる患者群を 1 つの集団として扱うことで、特定のサブグループにのみ有効な可能性のある治療法の効果が希釈され、臨床試験で有意な結果が得られにくくなる。精密精神医学（precision psychiatry）の実現をめざすうえで、この異種性の問題は乗り越えなければならない壁の 1 つである⁹⁾。

2. 記述されない症状

もう 1 つの限界は、操作的診断基準が言語化・チェックリスト化できる情報に偏重し、臨床場面できわめて重要な非言語的情報を体系的に評価していないことである。臨床家は診察中、患者が言語で報告する内容だけでなく、その表情、視線の動き、声の抑揚、身体の動きといった非言語的な情報も膨大に受け取っている。これらの特徴は統合失

調症の臨床像を構成するものになりうる。

しかし、臨床家が受け取るこれらの情報に対して、精神医学においてその客観的な評価法や記述法が確立されていない。当然、これらの情報は現行の診断基準に明示的に含まれていない。言語化された症状の有無に依存しがちな現行のシステムでは、臨床家が受け取っているはずの豊富な情報が診断プロセスから抜け落ちてしまい、患者の状態を正確に反映できていない可能性がある。これも操作的診断の限界の 1 つである。

IV. 今後の展望

操作的診断基準の限界をふまえ、統合失調症の診断と研究は新たな段階に入りつつある。

1. 研究戦略の転換

20 世紀の精神医学は、統合失調症の「本態」を追求してきた。すなわち、多様な臨床像の背後に共通する単一の病因や病態生理を見出そうと試みてきた。しかし、半世紀以上にわたる研究にもかかわらず、統合失調症に特異的な生物学的マーカーは発見されていない。むしろ、前述したように¹⁰⁾、統合失調症は生物学的に異質な病態の集合であることが示されている。このような認識の下、研究戦略は「統合失調症全体の本態を求める」アプローチから、「特定の生物学的特徴をもつ患者サブグループの病態を個別に解明する」アプローチへと転換しつつある。この新しいアプローチでは、神経生理所見や脳画像所見、遺伝的背景、炎症経路などに基づいて患者を層別化し、より均質な集団を対象とした研究が行われている。これらの新たな試みについては、本特集の本稿以降で紹介される。

2. 非言語的症状の可視化

デジタル技術の発展により、表情、視線、姿勢といった非言語的情報を解析することが可能となっている⁵⁾。顔表情分析は、感情の平板化などの症状を定量的に評価できる可能性がある。また、眼球運動の異常は統合失調症で最も一貫して報告される生物学的所見の 1 つであり²⁾、ウェブカメラを用いた簡易な測定法も開発されつつある。同様に、音声分析技術の進展により、声の抑揚、トーン、リズム、発話の「間」といった音声的特徴を定量化する研究も進んでいる¹²⁾。統合失調症患者との会話から、その精神症状がこうした音声特徴として客観的に捉えられる可能性が

ある。自然言語処理技術¹³⁾と組み合わせることで、発話内容の論理性（例：思考の解体）と音声の特徴を同時に評価する試みも始まりつつある。これらの技術は、これまで臨床家の主観的評価にとどまっていた「記述されない症状」を客観的なデータへと変換し、診断基準に新たな次元を加える可能性を秘めている。

おわりに

本稿では、統合失調症の診断基準が、20世紀の「信頼性」の危機を乗り越えるために操作的アプローチを採用し、その結果として生じた課題に直面するという歴史的変遷を論じた。DSM-5-TRとICD-11は、現時点で利用可能な最良のエビデンスに基づき設計された、臨床的実用性と信頼性を最大化するための「暫定的な」共通言語である。しかし、その診断名の下に生物学的に異質な病態が混在し、重要な臨床情報が評価体系から抜け落ちているという限界を認識することは、診断基準を適切に使用するための大前提であろう。

統合失調症の診断は、過去100年以上にわたる精神医学の努力により大きく進歩してきた。しかし、まだ多くの課題が残されている。今後、臨床家、研究者、そして患者・家族が協働し、より良い診断と治療の実現をめざして努力を続けることが求められる。そして、患者、その家族、臨床家、研究者、一般社会にとって、より有用で意義のある診断基準を構築する努力を精神医学は継続する必要がある。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

謝辞

本稿の執筆にあたり、文章の明瞭化および誤字脱字の校正・表現改善を目的として、Gemini (Google, Gemini 2.5 Pro) を補助的に使用した。ただし、本論文の構成、文献選定、内容の解釈・議論・結論形成には生成AIを用いておらず、最終的な内容および責任は著者が負う。

文献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing, Washington, D. C., 2022 (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-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 2023)
- 2) Dong, Z., Chen, H., Zhu, R. S., et al. : The diagnostic role of exploratory eye movement in schizophrenia : a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry, 25 (1) ; 813, 2025
- 3) First, M. B., Gaebel, W., Maj, M., et al. : An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. World Psychiatry, 20 (1) ; 34-51, 2021
- 4) Kendell, R. E., Cooper, J. E., Gourlay, A. J., et al. : Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. Arch Gen Psychiatry, 25 (2) ; 123-130, 1971
- 5) Khan, U. A., Xu, Q., Liu, Y., et al. : Exploring contactless techniques in multimodal emotion recognition : insights into diverse applications, challenges, solutions, and prospects. Multimedia Systems, 30 (3) ; 115, 2024
- 6) 杉原玄一, 村井俊哉 : 統合失調症スペクトラム障害および他の精神病的障害群. 精神経誌, 116 (2) ; 151-155, 2014
- 7) 杉原玄一, 村井俊哉 : 統合失調症または他の一次性精神症群. 精神経誌, 123 (5) ; 287-293, 2021
- 8) 杉原玄一, 村井俊哉 : ICD の統合失調症の診断が DSM と異なる背景. 精神経誌, 124 (9) ; 645-646, 2022
- 9) van Dellen, E. : Precision psychiatry : predicting predictability. Psychol Med, 54 (8) ; 1500-1509, 2024
- 10) Voineskos, A. N., Jacobs, G. R., Ameis, S. H. : Neuroimaging heterogeneity in psychosis : neurobiological underpinnings and opportunities for prognostic and therapeutic innovation. Biol Psychiatry, 88 (1) ; 95-102, 2020
- 11) World Health Organization : International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics, 11th rev. World Health Organization, Geneva, 2019
- 12) Worthington, M., Efstathiadis, G., Yadav, V., et al. : Measurement of schizophrenia symptoms through speech analysis from PANSS interview recordings. Front Psychiatry, 16 ; 1571647, 2025
- 13) Zhang, T., Schoene, A. M., Ji, S., et al. : Natural language processing applied to mental illness detection : a narrative review. NPJ Digit Med, 5 (1) ; 46, 2022

Current Status and Limitations of Diagnostic Criteria for Schizophrenia

Genichi SUGIHARA

Department of Psychiatry and Behavioral Neurosciences, Institute of Science Tokyo

The diagnosis of schizophrenia currently relies on the operational criteria found in the American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR) and the World Health Organization's International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11). These criteria were established to overcome the diagnostic “reliability” crisis that psychiatry faced in the 20th century. This review first compares DSM-5-TR and ICD-11, highlighting their shared advancements while also examining their persistent philosophical differences. It then addresses the challenges inherent in the current operational system : the “heterogeneity” problem, wherein diverse biological pathologies are grouped under a single diagnostic label, and the issue of “undescribed symptoms” not captured by current psychiatric assessments. In response to heterogeneity, this paper introduces patient stratification approaches based on biological indicators. It also explores novel methods using digital technology to objectively quantify non-verbal symptoms, such as facial expressions and vocal prosody, which conventional criteria often fail to capture. This review outlines the historical significance and limitations of operational diagnostics and provides a perspective on a future diagnostic framework integrating biological research and digital technology.

Author's abstract

Keywords schizophrenia, diagnostic criteria, DSM-5-TR, ICD-11, precision psychiatry