

特集：WHO 国際疾病分類第 11 回改訂 (ICD-11) および ICF, ICHI の導入に向けて

<解説>

精神神経科領域における ICD 改訂の意義

松本ちひろ<sup>1-3)</sup>

<sup>1)</sup> ICD-11 フィールドスタディ国内コーディネータ

<sup>2)</sup> ICD-11 委員会

<sup>3)</sup> 日本精神神経学会

The significance of ICD revision in the area of neuropsychiatry

Chihiro Matsumoto<sup>1-3)</sup>

<sup>1)</sup> National Study Coordinator for ICD-11 Field Studies

<sup>2)</sup> ICD-11 Committee

<sup>3)</sup> Japanese Society of Psychiatry and Neurology

抄録

精神医学領域は、他科と比較し、バイオマーカーに依拠する診断が困難であることが精神医学の大きな特徴である。そもそも、精神医学において、病理と正常の境界を明確には規定することは難しく、疾患単位を規定する客観的な根拠もない。言い換えれば、どのような状態になったら病気とみなすのか、あるいはこの病気があの病気とどのように異なるのかが、人の手によって規定されるということである。閾値や疾患単位がそのように規定されるので、診断という行為に用いる基準も操作的にならざるをえない。自明の診断基準というものは存在せず、知識と経験に基づき、その時代その時代に、最善と思われる診断基準を設定し、診断にあたる臨床家もそれを参照するしかない。そのような背景から、精神医学において診断の分類体系と基準がもつ意義と重みは、他科のそれと異なる。本稿では、近年よく認知されてきているADHDや我が国では長くひとつの臨床像として認められてきた自己臭恐怖、新設提唱を機によくメディアで取り上げられるゲーム症などを取り上げながら、精神科領域において診断分類を改訂するという取り組みの独特さや難しさ、そして意義について述べる。

キーワード：精神医学，診断，分類，ICD-11，DSM-5

Abstract

What sets psychiatry apart from the rest of medicine is that it is difficult to give a diagnosis based on biomarkers. In psychiatry, it is difficult to draw a clear line between pathology and normality to begin with, and objective facts to delineate diagnostic entities are lacking. In other words, in psychiatry, it is in a way arbitrarily determined how far one must go to be regarded as pathological or how one condition is differentiated from another. Since the threshold and diagnostic entities are determined as such, criteria used to conduct the act of diagnosis have to be operationalized. There are no self-evident diagnostic criteria, and instead, diagnostic criteria are set so that they are informed by knowledge and experiences and are most suitable at the given moment. Such a background explains why the significance and weigh that the diagnostic clas-

連絡先：松本ちひろ

〒113-0033 東京都文京区本郷2丁目38番4号本郷弓町ビル

Hongo-Yumicho Building, 2-38-4, Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo 113-0033 Japan.

Tel: +81 3 3814 2991 (Ext. 27)

Email: c.matsumoto@outlook.jp

[平成30年10月9日受理]

sification system and criteria in psychiatry carry differ compare to those in other areas of medicine. This paper discusses the difficulty, unique challenges, and significance inherent to the revision of the diagnostic classification system in psychiatry, considering ADHD, a condition recently well recognized; self-odor phobia, as it has been long recognized domestically; and gaming disorder, which has stirred heated debates in the media.

**keywords:** psychiatry, diagnosis, classification, ICD-11, DSM-5

(accepted for publication, 9th October 2018)

## I. そもそも精神科における診断分類とその改訂のもつ意義とは

2018年6月にICD-11はVersion for Implementationというかたちで公表を迎えた。このバージョンにはコードと診断名が含まれており、ほとんどの科においてはこれがICD-10からICD-11への移行の基礎を成すものであろう。一方、精神科は他科と背景を異にする部分があり、診断分類の改訂の意義を述べる前に、精神科における診断分類そのものの在り方の特性について述べる必要がある。

精神医学を他の医学領域と比較した際に最も顕著な特徴は、バイオマーカーに依拠して診断できる疾患の乏しさである。そもそも、精神医学の領域において、病理と正常の境界を明確には規定することは難しく、疾患単位そのものを規定する客観的な根拠もない。言い換えれば、どのような状態になったら病気とみなすのか、あるいはこの病気があのかどうかのように異なるのかを、ある種人為的に規定せざるを得ないということである。

閾値や疾患単位がそのように規定されるので、診断という行為に用いる基準も自ずと操作的にならざるをえない。自明の診断基準というものは存在せず、知識と経験に基づき、その時代その時代に最適と思われる診断基準を設定し、診断にあたる臨床家もそれを参照するしかない。画像診断や血液データなどが当然のように活用されている他科と比較すると、その差は歴然たるものがある。

無論、バイオマーカーを含む客観的指標の導入は、精神医学において長く期待されてきた。ICD-11と並び広く活用されており、2013年に発刊を迎えた米国精神医学学会作成のDiagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders第五版(DSM-5)も、改訂作業開始当初はよりバイオロジカルなエビデンスを積極的に援用する革新的な構想を検討した。しかし、種々の技術の開発が進められているものの、現実的な導入の見通しが立っているものは、事実上皆無であった。すなわち、今日においても、精神医学における診断は、患者の訴えや家族などにより提供される生活歴・家族歴を含む情報の丁寧な聞き取りと、精神科医自身の観察によって進めるしかないという判断がなされたのである。なお、より遺伝学や生理学的指標を援用した診断分類へのアプローチは、ICDやDSMとは別に、米国のNational Institute of Mental HealthがResearch Domain Criteriaというプロジェクトを推進している。

## II. 精神科における診断分類の体系の果たす役割

上記のような背景を踏まえると、精神医学というひとつの医学領域において、診断の分類体系が、他科とは比べ物にならないほどの重みを持ち、かつ議論を呼ぶものであるのは自明のことである。オレンジとグレープフルーツが同種に分類できるかというレベルの話であれば議論もあまりなかろうが、たとえば自己臭恐怖が妄想か否かとなると、簡単に結論は出ない(詳細は後述)。揺るぎない事実ではなく専門家による合意の集積という色合いの強い精神障害の診断分類は、たとえば一昔前の常識が今日の非常識となりうるのであるし、またその逆も然りである。

好例のひとつが、ADHDである。注意と多動性・衝動性の問題であるこの精神障害は、今日において神経発達の問題であることが十分に解明されてきており、発達障害のひとつに位置づけられている。すなわち、学習障害などと同じく神経発達の問題であるので、本人の協調性のなさや反抗的態度は根本的な問題とはみなされず、むしろ二次的なものと今日では捉えられる。しかし、ICD-10が発刊された1982年当時に、これは「常識」ではなく、落ち着いて座っていられないとか順番を待たないなどの表面的な現象から、素行症などと並んでいわゆる問題行動を起こす子ども、というような位置づけになっていたのである。

また本章冒頭の自己臭恐怖は、Olfactory Reference DisorderとしてICD-11で新たに独立した診断として認められ、強迫性障害に類するものとして分類されることになった。自己臭恐怖の訴えを「妄想」と捉え、精神病性障害のひとつに位置づけたなら、推奨される治療も精神病性障害に準ずる抗精神病薬の投与になりかねない。強迫性障害とそれに類する障害に対しては曝露療法をはじめとする別の治療法が成果を上げていること、抗精神病薬投与には種々の副作用などのデメリットがあることを考慮すると、自己臭恐怖が強迫性障害群に属するものと明確に位置づけることには、臨床上大きな意義がある。

分類という観点からは、ここで認知症にも触れておく必要があるだろう。認知症とはすなわち認知症状(記憶障害など)と精神症状(易怒性、無気力、脱抑制など)を中核とする症候群であり、アルツハイマー病などの神経疾患により引き起こされる。このような複雑な背景か

ら、認知症を神経系の疾患の章に分類するのか、精神障害の章に分類するのかが様々な意見が交わされた。2018年6月現在のVersion for Implementationでは、原疾患を神経系の疾患に、認知症そのものは精神障害の章に分類することで決着したようである。実際のコーディングでは、原疾患と認知症の両方をコーディングすることが求められるようである。

### III. 精神科における診断基準の果たす役割

他の医学領域と比較した際に、精神医学の臨床実践において分類体系だけでは不十分であり、診断基準が診断の過程に中核的役割を果たすという側面にも言及を要する。分類体系というものはすなわちどの診断がどのコードを割り当てられ、どの章に属する、という全体の骨格である。他の医学領域においては、たとえばこの病気にはこういった脳画像が特徴的であるとか、これの血中濃度が基準以上であるという客観的指標があるので、骨格に対する肉づけは、既存の知見を基に自然になされるといえる。もちろん各領域によって、基準となる数値が変化することもあるだろうが（たとえば、国内においては2010年の糖尿病診断基準の見直し）、往々にしてそのような特定の疾患の閾値変更は診断分類システムの改訂とはあまり関連せず、エビデンスが十分蓄積された時点で各専門家領域の臨床実践における指針がアップデートされていくように見受けられる。

一方、精神医学という領域において、病名と分類体系だけで診断を含む臨床業務にあたるというのは不可能に近い。漸次的なアップデートは現実的ではない。冒頭で軽く触れたように、どういった条件が揃った場合に、すなわち臨床像からどういった特徴が読み取れた場合に特定の診断を付与するという条件（＝診断基準）が満たされて初めて、診断という行為が成立する。繰り返しになるが、この場合の「条件」はバイオマーカーでは規定できないため、臨床的現象の記述である。

精神医学において診断分類システムの改訂が特別な意味をもつのは、精神科においては骨格である分類体系でなく中身に当たる診断基準も同時に見直されるからである。世界中の臨床家がICDの診断基準を毎日の臨床で用いており、これを頻繁に変えるわけにはいかない。10年、20年にわたり蓄積された知見を振り返り、操作的に、あるいは人為的に定めた診断基準を見直すかどうか、という判断を迫られるのが改訂作業である。

先にも例に挙げたADHDは、まさにこの数十年で知見の蓄積が進んだ診断カテゴリである。ICD-10の発刊当時には、端的にいえばADHDは子どもの問題行動の障害かのような位置づけであった。それが今日では、「おとなのADHD」の認知度向上にみられるように、小児期に限定される障害ではなく、注意や多動性・衝動性の問題は成人期になっても持続することが明らかになっている。これを踏まえ、たとえばICD-10の診断基準では症状の

発症時期が6歳以前と規定されていたのが、ICD-11では12歳以前に引き上げられた。また、ICD-10では不注意と多動性・衝動性の症状の両方が出現していることが要件となっていたが、片方の症状だけが臨床像において優勢の場合もあることが明らかになってきたため、不注意か多動性・衝動性のいずれかが臨床的に問題となるレベルに達していれば診断を付与できることになった。

新たな知見の診断分類への反映という意味では、Gaming Disorder（ゲーム症）にも言及する必要がある。ビデオゲームやオンラインゲームが普及していなかった時代には当然問題になっていなかったのだが、昨今ではゲームにのめりこみあまりに社会的機能や、極端な場合には生命すら脅かされる状態にまで発展しかねない現象が問題となっている。本来は他にも多数ある娯楽の一種であるはずのゲームを精神障害として取り上げるべきなのか、独立した診断として新設するにあたっては慎重な意見も多数あった。精神障害とみなすのが正しいのか否かの判断は保留するとしても、各国においてどういった影響がどの程度出ているかのデータを集積するにあたって、本障害の新設は有用となる。

### IV. 精神障害の診断ガイドラインの作成

精神医学における診断基準の重要さは上記に述べた通りである。分類体系という骨格と対になり利用される精神障害の診断基準は、現在も進行中である。なお、世界各国で運用されるICDの診断基準は、必要以上に操作的であるがゆえに使いづらいものであってはならない。そのため、「基準」ではなく、ある程度の臨床的判断を許容する柔軟性をもつという意味で「ガイドライン」と呼び方がされている。本稿では便宜上ここまで「診断基準」という表現を用いてきたが、ICD-11精神、行動または神経発達障害群の診断ガイドライン発刊にあたっては、診断「ガイドライン」が正式な呼称となる。

精神科における診断という行為が臨床家による聞き取りと観察に大きく依拠するものであることは既に述べた通りである。その診断という行為を支える診断ガイドラインが、国や地域を問わず用いることのできるものであるためには、必要以上の厳格さを避けなければならない。たとえば、精神科医の数が国民総数に対して著しく少なく、頻回な受診が困難な地域において、統合失調症の症状の持続期間の要件が6カ月間と1カ月間ならば、どちらが臨床での運用を考えた際に現実的であろうか。統合失調症の症状を、たとえば5か月間呈している患者に対して、診断の付与と治療開始に1か月まで待ってくれ、というのはあまりに臨床の現実と乖離している。もちろん持続期間の要件を短く設定することによる過剰診断の可能性も否定できないが、様々な現実的制約を考慮したうえでICDにおける統合失調症の診断ガイドラインは症状の持続期間要件を1カ月と設定している。

## V. おわりに

精神障害の診断分類システムを臨床現場で用いないという選択肢はない。患者とその困りごとという目の前の現象を医学的見地から見立てるのは、精神障害全体を見渡す地図の中で、その患者がどこに位置するのかを見極める作業に例えることができる。そして、治療とは、正常あるいは健康という地点に向かって患者を導く作業になぞらえられる。その地図がいかに確実性に欠くものであろうとも、地図がなくては患者をどの方角に誘導したものか、判断材料に欠ける。粗い比喻ではあるが、そういった意味で、診断分類体系を無視しては、臨床的関わりは成立しえないのである。

診断分類システムの改訂というのは、上記の例を用いれば、全国の臨床家という臨床家が今まさにこのときも参照している地図が、実は誤りを含むかもしれない、という前提にたって行われるものである。しかし、新版が

できるまで現行の地図の利用を一定期間停止する、というようなことはできない。患者は改訂活動には関係なく医療機関を訪れるし、精神疾患のある患者の診療を一旦停止することもできない。

つまり精神科医療にとっても診断分類改訂とは、現行のシステムが完璧未満であることを認めつつ、しかし新たなシステム完成までは不具合に目を瞑りつつ使ってもらい、というジレンマを含む。また改訂版が日の目をみる頃には、新たな不具合や新たな知見が報告されているであろう。診断分類システムは、常にこのような矛盾とジレンマをはらんだまま使用され、あるいは改訂される。

このような特殊性を備えるICD-11「精神、行動および神経発達の障害群」がこのたび完成を迎える。臨床家には、ICD-10からの変更点について熟知するとともに、ICD-11の次版を見越す批判的視点を持ちつつICD-11を利用する姿勢が求められる。