

## 巻 頭 言

# 認知症の分類問題：そもそも精神疾患とはなにか

神庭重信 日本精神神経学会副理事長  
Shigenobu Kanba

年明け早々に、認知症群がすべてICD-11の神経疾患の章に移されるという問題が浮上した。先月号の巻頭言で武田雅俊理事長が本学会の意見とその根拠について触れたので、今回はこの問題を別の角度から見てみたい。

ICD-11分類は、第1章の感染症に始まり、第2章の新生物と続き、現時点で、精神疾患は第6章に、神経疾患は第8章に置かれている。ICD-11の精神疾患を担当するグループと神経疾患を担当するグループは、認知症の分類について、かねて以下の合意に達していた。すなわち、認知症は神経症状に加え、精神および行動の症状としても現れる症候群で、しかも原因が確定できない場合もあるのだから、症候群としての認知症は精神疾患に、アルツハイマー病、レビー小体病などの原因が明確な認知症は神経疾患の章に配置するという折衷案である。ところが、全疾患にコードを付け、それを章としてまとめる作業を担当するグループは、この合意があるにもかかわらず、認知症をすべて第8章（神経疾患）に移動させたのである。聞いたところでは、統計を取る上で、1つの章にまとめた方が都合がよいからだとのことである。

この動きに対して海外の主だった学会は反対意見をWHOに送った。ある国は、将来精神科医が認知症患者を治療しても、それに対し保険会社が支払いを認めなくなる可能性を懸念していた。ICD-11の精神疾患のグループは、これらの意見を受けて、11頁にわたる緻密で説得力に富む意見書を作成し、分類を変更したグループに届け出た。現状を漏れ聞く限りでは、認知症がどのように分類されるかは確定していない。ICD-10の 때가そうであったように、ぎりぎりまで紆余曲折することが予想される。

認知症が精神 (mental) の疾患か神経 (nerves) の疾患かというこの問題は、素朴な二元論をなぞったような現在の分類法の論理的瑕疵を露わにしたと思う。はたして神経基盤で説明できない精神の病は存在するのだろうか。あるとすればそれは、精神が与えられるべき自由を他者の都合

で縛るために作られる病なのではなからうか。

精神疾患の生物医学的研究は長年にわたりその病態を探索してきた。効果サイズが小さい、分散が大きいなどの問題を克服する必要が残されているものの、精神疾患のリスク遺伝子は絞り込まれ、脳細胞研究、神経画像・回路研究、末梢バイオマーカーなどで特徴的な現象が観察されている。これらの研究と臨床（主に量的）研究の成果のなかで、合意に至った特徴は、診断と分類の改訂に取り入れ出されている。道はまだ遠いが、トーマス・サズ (2012) のような精神医学批判の論客をして、「精神疾患は医学的疾患であり、精神医学は医学の一分野である」と認めさせるに至っている。

さらに近年、米国、欧州そして日本は、神経回路の全貌を明らかにするプロジェクトを立ち上げた。なかでも米国の計画 BRAIN Initiative は、アポロ計画、ゲノム計画に続く大規模計画と位置づけられている。かつて脳波の発見により、てんかんの病態が一気に明らかにされたように、革新的技術の創出が、精神疾患の神経基盤について飛躍的な理解をもたらすだろう。

いずれの日にか作られる ICD-X において、統合失調症や双極性障害、強迫症、パニック症、PTSDなどを神経疾患の章に分類しようとする動きが出てこないとも限らない。あるいはその時を待たずして、病棟やチーム医療などの治療構造さえあれば、精神科医でなくても、統合失調症を治療できるという主張に出会うかもしれない。

その主張の是非を決めるのは、誰が最もよい治療を提供できるのかという判断だと思う。精神医学はその長い歴史のなかで、膨大な知の体系を築き上げてきた。その過程では、悔やまれる過去を背負い、精神疾患は神話だと批判されたこともある。しかし、まさにこの歴史を乗り越えてきた医学であるということが、他の医学が決して迫ることのできない精神医学の優位性を保障していると私は考える。