

ICD-11 及び ICD-10 の診断要件等について

「急性ストレス反応」について

ICD-11 診断要件

Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders

QE84 Acute stress reaction 急性ストレス反応

〈原文〉

Acute stress reaction refers to the development of transient emotional, somatic, cognitive or behavioural symptoms as a result of exposure to an event or situation (either short- or long-lasting) of an extremely threatening or horrific nature (e.g. natural or human-made disasters, combat, serious accidents, sexual violence, assault). Symptoms may include autonomic signs of anxiety (e.g. tachycardia, sweating, flushing), being in a daze, confusion, sadness, anxiety, anger, despair, overactivity, inactivity, social withdrawal or stupor. The response to the stressor is considered to be normal given the severity of the stressor, and usually begins to subside within a few days after the event or following removal from the threatening situation.

〈事務局仮訳〉

急性ストレス反応とは、極度に脅威的または恐ろしい出来事や状況（短期・長期のどちらも含む。例：自然災害・人為的災害、戦闘、重大な事故、性暴力、暴行）にさらされた結果として、一時的な感情的・身体的・認知的・行動的症状が現れることを指す。

症状には、心拍数の増加、発汗、紅潮といった不安に伴う自律神経症状、放心状態、混乱、悲しみ、不安、怒り、絶望、過活動、不活動、社会的引きこもり、または昏迷状態などが含まれる場合がある。

このストレス反応は、ストレッサーの重大さを踏まえれば正常な反応とみなされ、通常は出来事の数日以内、または脅威的状況から離れた後に沈静化し始める。

○参考

6B40 心的外傷後ストレス症に記載されている他の疾患（※）及び状態との境界（鑑別診断）について

（※）ここでは、急性ストレス反応との境界のみを示す。

〈原文〉

Boundaries with Other Disorders and Conditions (Differential Diagnosis):

- **Boundary with Acute Stress Reaction:** Normal acute reactions to traumatic events can include all the symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder including re-experiencing, but these begin to subside fairly quickly (e.g., within 1 week after the event terminates or removal from the threatening situation, or 1 month in the case of ongoing stressors). If clinical intervention is warranted in these situations, a diagnosis of Acute Stress Reaction from the chapter on ‘Factors Influencing Health Status or Contact with Health Services’ (i.e., a non-disorder category) is generally most appropriate.

<事務局仮訳>

他の障害や状態との境界（鑑別診断）：

- **急性ストレス反応との区別:**外傷的な出来事に対する通常の急性反応では、再体験症状を含め、心的外傷後ストレス障害（PTSD）の症状と同様の症状がみられることがあります。しかし、それらの症状は比較的早く軽減し始めます（例えば、出来事の終了後や脅威的状况から離脱した後であれば通常1週間以内、継続的なストレス要因がある場合でも通常1か月以内）。

このような状況で臨床的介入が必要な場合には、一般的には「健康状態に影響を与える要因または保健医療サービスとの接触に関する要因」の章に分類される急性ストレス反応（Acute Stress Reaction）の診断（すなわち、精神障害とはみなされないカテゴリー）が最も適切とされています。

ICD-10 診断ガイドライン

F43.0 急性ストレス反応 Acute stress reaction

他に明らかな精神障害を認めない個人において、例外的に強い身体的および/または精神的ストレスに反応して発現し、通常数時間か数日以内でおさまる著しく重篤な一過性の障害である。ストレスの原因は、患者あるいは愛する人（びと）の安全あるいは身体的健康に対する重大な脅威（たとえば自然災害、事故、戦闘、暴行、強姦）を含む圧倒的な外傷体験である場合もあり、肉親の死別が重なること、あるいは自宅の火災のような、患者の社会的立場や人間関係の非常に突然かつ脅威的な変化である場合もある。身体的消耗あるいは器質的要因（たとえば老齢）があると、この障害を起こす危険が高まる。

個人の脆弱性と対処能力が急性ストレス反応の発生と重篤度に関連しており、非常に強いストレスにさらされたすべての人びとがこの障害を起こすわけではないという事実によって、それが立証される。症状は著しい変異を示すが、典型的な例では意識野のある種の狭窄と注意の狭小化、刺激を理解することができないこと、および失見当識を伴った、「困惑（daze）」という初期状態を含んでいる。この状態のあとに、周囲の状況からの引きこもりの増強（解離性昏迷にまでいたる—F44.2 参照）、あるいは激越と過活動（逃避反応あるいは遁走）が続くことがある。パニック不安の自律神経徴候（頻脈、発汗、紅潮）が認められるのがふつうである。症状は通常、ストレスの強い刺激や出来事の衝撃から数分以内に出現し、2,3 日以内（しばしば数時間以内）に消失する。そのエピソードの部分的あるいは完全な健忘（F44.0 を参照）を認めることがある。

診断ガイドライン

例外的に強いストレス因の衝撃と発症との間に、即座で明らかな時間的関連がなければならぬ。発症は通常、直後ではないにしても、数分以内である。それに加え、症状は、

- (a) 混合した、しじゅう変動する病像を呈する、初期「困惑」状態に加えて、抑うつ、不安、激怒、絶望、過活動、および引きこもりのすべてがみられることはあるが、1つのタイプの症状が長い間優勢であることはない。
- (b) ストレスの多い環境からの撤退が可能な場合、急速に（せいぜい数時間以内で）消失する。ストレスが持続するか、その性質上取り消すことができない場合、症状は通常 24～48 時間後に軽減し始め、通常約 3 日後に最小限となる。

この診断は、F60.-「特定のパーソナリティ障害」を除く他の精神科的障害の診断基準を満たす症状をすでに示している個人においては、症状の突然の増悪に当てはめるために用いてはならない。しかしながら、精神科的障害の既往があっても、この診断の使用は許される。

〈含〉急性危機反応

戦闘疲労

危機状態

精神的ショック

DSM-5-TR 診断の手引

急性ストレス症 Acute Stress Disorder

診断基準 F43.0

A. 実際にまたは危うく死ぬ、重傷を負う、性的暴力を受ける出来事への、以下のいずれか 1 つ（またはそれ以上）の形による曝露：

- （1）心的外傷的出来事を直接体験する。
- （2）他人に起こった出来事を直に目撃する。
- （3）近親者または親しい友人に起こった出来事を耳にする。

注：家族または友人が実際に死んだ出来事または危うく死にそうになった出来事の場合、それは暴力的なものまたは偶発的なものでなくてはならない。

- （4）心的外傷的出来事の強い不快感をいだく細部に、繰り返しまたは極端に曝露される体験をする（例：遺体を収集する緊急対応要員、児童虐待の詳細に繰り返し曝露される警官）

注：仕事に関連するものでない限り、電子媒体、テレビ、映像、または写真による曝露には適用されない。

B. 心的外傷的出来事の後に発現または悪化している、侵入症状、否定的気分、解離症状、回避症状、覚醒症状の 5 領域のいずれかの、以下の症状のうち 9 つ（またはそれ以上）の存在

侵入症状

- （1）心的外傷的出来事の反復的、不随意的、および侵入的で苦痛な記憶

注：児童の場合、心的外傷的出来事の主題または側面が表現された遊びを繰り返すことがある。

- （2）夢の内容と感情またはそのいずれかが心的外傷的出来事に関連している、反復的で苦痛な夢

注：児童の場合、内容のはっきりしない恐ろしい夢のことがある。

- （3）心的外傷的出来事が再び起こっているように感じる、またはそのように行動する解離症状（例：フラッシュバック）（このような反応は 1 つの連続体として生じ、非常に極端な場合は現実の状況への認識を完全に喪失するという形で現れる）

注：児童の場合、心的外傷に特異的な再演が遊びの中で起こることがある。

- （4）心的外傷的出来事の側面を象徴するまたはそれに類似する、内的または外的なきっかけに反応して起こる、強烈なまたは遷延する心理的苦痛または顕著な生理的反応

否定的気分

- （5）陽性の情動を体験することの持続的な不能（例：幸福、満足、または愛情を感じる事ができない）

解離症状

- （6）周囲または自分自身の現実が変容した感覚（例：他者の視点から自分を見ている、ば

ーっとしている、時間の流れが遅い)

- (7) 心的外傷的出来事の重要な側面の想起不能 (通常は解離性健忘によるものであり、頭部外傷やアルコール、または薬物など他の要因によるものではない)

回避症状

- (8) 心的外傷的出来事についての、または密接に関連する苦痛な記憶、思考、または感情を回避しようとする努力
- (9) 心的外傷的出来事についての、または密接に関連する苦痛な記憶、思考、または感情を呼び起こすことに結びつくもの (人、場所、会話、行動、物、状況) を回避しようとする努力

覚醒症状

- (10) 睡眠障害 (例: 入眠や睡眠維持の困難、または浅い眠り)
- (11) 人や物に対する言語的または身体的な攻撃性で通常示される、(ほとんど挑発なしでの) 易刺激性の行動と激しい怒り
- (12) 過度の警戒心
- (13) 集中困難
- (14) 過剰な驚愕反応

C. 障害 (基準 B の症状) の持続は心的外傷への曝露後に 3 日 ~ 1 カ月

注: 通常は心的外傷後すぐ症状が出現するが、診断基準を満たすには持続が最短でも 3 日、および最長でも 1 カ月の必要がある。

- D. その障害は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
- E. その障害は、物質 (例: 医薬品またはアルコール) または他の医学的状态 (例: 軽度外傷性脳損傷) の生理学的作用によるものではなく、短期精神病性障害ではうまく説明されない。

「睡眠・覚醒障害群」について

ICD-11 診断要件

<原文>

07 Sleep-wake disorders**Description**

Insomnia disorders are characterised by the complaint of persistent difficulty with sleep initiation, duration, consolidation, or quality that occurs despite adequate opportunity and circumstances for sleep, and results in some form of daytime impairment. Daytime symptoms typically include fatigue, depressed mood or irritability, general malaise, and cognitive impairment. Individuals who report sleep related symptoms in the absence of daytime impairment are not regarded as having an insomnia disorder.

<事務局仮訳>

07 睡眠－覚醒障害群

不眠症とは、十分な睡眠機会と環境が整っているにもかかわらず、入眠困難、睡眠時間、睡眠の質の低下、睡眠の維持困難が持続的に生じ、日中の機能障害を引き起こす状態を指します。日中の症状としては、一般的に疲労感、抑うつ気分または易怒性、全身倦怠感、認知機能障害などが挙げられます。日中の機能障害を伴わない睡眠関連症状を訴える人は、不眠症とはみなされません。

<原文>

7 A00 Chronic insomnia**Description**

Chronic insomnia is a frequent and persistent difficulty initiating or maintaining sleep that occurs despite adequate opportunity and circumstances for sleep and that results in general sleep dissatisfaction and some form of daytime impairment. Daytime symptoms typically include fatigue, depressed mood or irritability, general malaise, and cognitive impairment. The sleep disturbance and associated daytime symptoms occur at least several times per week for at least 3 months. Some individuals with chronic insomnia may show a more episodic course, with recurrent episodes of sleep/wake difficulties lasting several weeks at a time over several years. Individuals who report sleep related symptoms in the absence of daytime impairment are not regarded as having an insomnia disorder. If the insomnia is due to another sleep-wake disorder, a mental disorder, another medical condition, or a substance or medication, chronic

insomnia should only be diagnosed if the insomnia is an independent focus of clinical attention.

<事務局仮訳>

7A00 慢性不眠障害

慢性不眠症とは、睡眠をとるための十分な機会と環境があるにもかかわらず、入眠または睡眠維持が頻繁かつ持続的に困難になる状態であり、その結果、睡眠全般に不満が生じ、日中の機能障害を引き起こします。日中の症状としては、一般的に、疲労感、抑うつ気分または易怒性、全身倦怠感、認知機能障害などが挙げられます。睡眠障害およびそれに伴う日中の症状は、少なくとも3か月間、週に数回以上発生します。慢性不眠症の患者の中には、よりエピソード的な経過をたどる場合もあり、睡眠・覚醒困難のエピソードが数年にわたり数週間ずつ繰り返されることがあります。日中の機能障害がないにもかかわらず睡眠関連の症状を訴える人は、不眠症とはみなされません。不眠症の原因が、他の睡眠・覚醒障害、精神疾患、他の疾患、または物質や薬剤によるものである場合、慢性不眠症は、不眠症が独立した臨床的関心の対象となる場合にのみ診断されるべきです。

<原文>

7A01 Short-term insomnia

Description

Short-term insomnia is characterised by difficulty initiating or maintaining sleep of less than 3 months duration that occurs despite adequate opportunity and circumstances for sleep and results in general sleep dissatisfaction and some form of daytime impairment. Daytime symptoms typically include fatigue, depressed mood or irritability, general malaise, and cognitive impairment. Individuals who report sleep related symptoms in the absence of daytime impairment are not regarded as having an insomnia disorder. If the insomnia is due to another sleep-wake disorder, a mental disorder, another medical condition, or a substance or medication, short-term insomnia should only be diagnosed if the insomnia is an independent focus of clinical attention.

<事務局仮訳>

7A01 短期不眠障害

短期不眠症は、睡眠のための十分な機会と環境があるにもかかわらず、3か月未満の期間、入眠困難または睡眠維持困難が生じ、睡眠全般に対する不満と何らかの日中の機能障害を引き起こす状態を特徴とします。日中の症状としては、一般的に、疲労感、抑うつ気分または易怒性、全身倦怠感、認知機能障害などが挙げられます。日中の機能障害がないにもかかわらず睡眠関連の症状を訴える人は、不眠症とはみなされません。不眠症の原因が他の睡眠覚醒障害、精神疾患、他の疾患、または物質や薬剤である場合、短期不眠症は、不眠症が独立した臨床的関心の対象となる場合にのみ診断されるべきです。

ICD-10 診断ガイドライン

F51 非器質性睡眠障害 Nonorganic sleep disorders

この一群の障害には、以下のものが含まれる。

- (a) 睡眠異常(dyssomnia):一次性心因性に生じた状態で、睡眠の量、質あるいは時間的調節の障害が優勢なもの、すなわち、不眠、仮眠、睡眠・覚醒スケジュール障害。
- (b) パラソムニア(parasomnia):睡眠中に生じる挿間性の異常現象であり、小児の場合、主として発達に関連しており、成人の場合には心因性が主である。すなわち、睡眠時遊行症、睡眠時驚愕症、および悪夢。

この節では情緒因が主たる原因と考えられる睡眠障害のみを扱う。クライネ-レヴィン(Kleine-Levin)症候群(G47.8)などの器質的原因による睡眠障害は、ICD-10・第VI章(G47)で扱う。また、睡眠時無呼吸症候群(G47.3)および夜間ミオクローヌス(G25.3)を含む挿間性の運動障害とともにナルコレプシーおよびカタプレキシーを含む非心因性の過眠(G47.4)、および睡眠・覚醒スケジュール障害(G47.2)も第VI章に列举してある。終わりに、遺尿症(F98.0)がその他の小児期および青年期に特異的に発症する情緒や行動の障害とともにあげられ、一方、睡眠中の膀胱調節機能の発達の遅れに起因すると考えられている原発性夜尿症(R33.8)は、その他の尿路系の症状も含めて ICD-10・第XVIII章にあげられている。

多くの場合、睡眠障害は精神的あるいは身体的な他の障害の一症状である。たとえ特定の睡眠障害が臨床的に単独で生じているようにみえても、その発症に関しては多くの精神的および／または身体的要因が関与している可能性がある。その人の睡眠障害が独立した状態であるか、あるいは他の障害（第V章あるいはICD-10のその他の章での分類されているもの）の単なる一症状にすぎないのかを、診察の時点で治療的な配慮と優先事項と同様に、臨床症状と経過をもとに決定しなければならない。少なくとも、睡眠障害がその人の主訴に含まれるならば、睡眠障害と診断するべきである。しかし、一般的に、その人の主訴に含まれるならば、睡眠障害と診断するべきである。しかし、一般的に、その人の精神病理および／または病態生理をよりの確に記述している他の多くの適切な診断とともに、特定の睡眠障害の診断をあげることが望ましい。

<除>（器質性）睡眠障害(G47.-)

F51.0 非器質性不眠症

不眠症とは、睡眠の質および／または量が不十分な状態がかなり長期間持続しているものである。不眠の診断に際しては、通常正常と考えられる睡眠量から実際にどのくらい偏っているかを第一義的に考慮する必要はない。人によっては（いわゆる短時間睡眠者たちのように）、最小限の睡眠しかとらないことがあるが、彼らは自分のことを不眠症と考えないからである。反対に量的には客観的および／または主観的に正常範囲内の睡眠をとりながら、質的にはまったく不十分な睡眠しかとれない人たちがいる。

不眠症の中では入眠障害の訴えが最も多く、次いで睡眠維持困難と早期覚醒の訴えが多い。しかし通常、患者はこれらが合併していると訴える。典型的には、不眠はストレスが増加したときに生じ、女性、老人、心理的障害のあるもの、社会経済的弱者に目立つ傾向がある。不眠が反復して経験されると、その結果、不眠への恐怖が増大し、不眠の及ぼす影響に考えがとらわれてしまうことがある。ここに悪循環が生じ、その人の病状を長引かせてしまう。

不眠症患者は眠る時間になると緊張、不安、心配あるいは抑うつを感じ、まるで思考が空回りするようだと言べる。彼らはしばしば十分に眠ること、個人的な問題、健康状態や死について繰り返し考え込む。彼らは緊張をやわらげるために薬やアルコールを用いることも多い。午前中、彼らはしばしば身体的にも精神的にも疲れを感じると訴えるし、また日中は気分が沈み、くよくよし、緊張し、いらいらし、自分のことばかり心を奪われていると感じるところに特徴がある。

小児では、実際には問題が（睡眠そのものよりむしろ）起床時のきまりを行うことに困難がある場合、しばしば睡眠困難があるといわれる。就床困難はここではなく ICD-10・第 XXI 章（Z62.0：親の不適切な監督および管理）にコードすべきである。

診断ガイドライン

以下の臨床的特徴は、確定診断のため必須である。

- (a) 訴えは入眠困難か睡眠の維持の障害、あるいは熟眠感がないことである。
- (b) 睡眠障害は少なくとも 1 カ月間、少なくとも週 3 回以上訴えられる。
- (c) 夜も昼も不眠へのとらわれと、その影響について過度の心配性がある。
- (d) 量的および／または質的に不十分な睡眠によって著しい苦悩が引き起こされるか、あるいは毎日の生活における通常の活動が妨げられる。

睡眠の量的および／または質的な不十分さが患者の唯一の訴えであるときは、ここにコードすべきである。もし不眠が主要な訴えであるか、あるいは不眠がひどく、慢性化して、そのために患者が不眠を一次障害だと考えているならば、抑うつ、不安、強迫観念などのような他の精神症状があっても、不眠と診断してよい。もし非常に顕著で治療を要するような他の障害が併存するならば、それらもコードすべきである。大多数の慢性的な不眠症患者は通常、自分の睡眠障害にとらわれてしまい、何らかの情緒の問題があってもそれを否認してしまうということを銘記すべきである。したがって、訴えの心理的原因を除外する前に注意深く臨床的に評価することが必要である。

不眠は感情障害、神経症性障害、器質性障害、摂食障害、薬物乱用および統合失調症のような精神障害、あるいは悪夢のような他の睡眠障害によく認められる症状である。また不眠は疼痛や不快感を伴ったり、ある種の薬剤を投与されるような身体的障害に随伴して生ずることもある。もし不眠が精神障害あるいは身体的状態の多くの症状にすぎないなら、すなわち、不眠が臨床像を支配していないならば、診断は基礎にある精神障害あるいは身体的障害にのみ限定すべきである。さらに、悪夢、睡眠・覚醒スケジュール障害、睡眠時無呼吸、そして夜間ミオクローヌスなどのような他の睡眠障害が、睡眠を量的あるいは質的に減少させているときにはいつも、それらの診断のみをくだすべきである。しかしながら、上述したすべての例におい

て、もし不眠が主要な訴えの１つであって、それ自体が１つの病態と考えられるならば、主診断の後にこのコードを付加すべきである。

このコードはいわゆる「一過性の不眠」には適用されない。一過性の睡眠障害は日常生活でふつうに認められる現象である。したがって、心理社会的ストレスと関連した数日間の不眠はここにはコードしかないが、もし他の重要な臨床症状を伴っているならば、急性ストレス反応（F43.0）あるいは適応障害（F43.2）の一部とみなすことができるであろう。

神経衰弱について

ICD-10 診断ガイドライン

F48.0 神経衰弱

この障害の発現には顕著な文化的な差異が存在し、かなり重複する2つの主要な病型が存在する。1つの病型では、主要な病像は精神的な努力の後に疲労が増強するという訴えであり、しばしば職業の遂行あるいは日常的な仕事を処理する能率の低下と結びついている。精神的な易疲労感、典型的には注意を散漫させる連想あるいは回想の不快な侵入、注意集中困難や全般的に非効率的な思考として述べられる。もう一方の病型では、努力のあとの身体的あるいは肉体的な衰弱や消耗が強調され、筋肉の鈍痛と疼痛とくつろげないようなさまざまな他の不快な身体感覚が頻繁にみられる。精神のおよび身体的な健康状態の悪化に関する心配、易刺激性、アンヘドニア、そして多様で軽度の抑うつと不安の共存などはすべて一般的である。睡眠はその初期と中間期においてしばしば障害されるが、睡眠過剰が目立つこともある。

診断ガイドライン

確定診断のためには、以下のことが必要である。

- (a) 以下の2つのうちどちらか。
 - 1) 精神的努力のあとの疲労の増強についての持続的で苦痛な訴え。
 - 2) あるいは、わずかな努力のあとの身体的な衰弱や消耗についての持続的な苦痛の訴え
- (b) 以下のうち少なくとも2つを満たすこと
 - 1) 筋肉の鈍痛と疼痛
 - 2) めまい
 - 3) 筋緊張性頭痛
 - 4) 睡眠障害
 - 5) くつろげない感じ
 - 6) いらいら感
 - 7) 消化不良
- (c) いかなる自律神経症状や抑うつ症状があっても、本書の中より特異的な障害のいずれかの診断基準を満たすほど十分に持続的で重症でないこと。

<含>消耗症候群

【鑑別診断】多くの国において神経衰弱は、診断カテゴリーとして一般的には用いられてはいない。そして過去においてそのように診断された症例の多くは、現在ならば、うつ病性障害か不安障害の診断基準を満たすことだろう。しかしながら、他のどの神経症性症候群の記述よりも、神経衰弱の基準によりよく適合する症例は存在し、このような症例は特定の文化圏において他の文化圏より多く存在するように思われる。神経衰弱という診断カテゴリー

を使用するならば、まず最初にうつ病あるいは不安障害を除外しなければならない。この症候群の目立つ特質は患者が易疲労性と衰弱について強調し、低下した精神的身体的能率を心配することである（身体についての訴えと身体疾患へのとらわれが病像を支配する身体表現性障害と対照的である）。もし神経衰弱症群が身体的疾病のあとに生じたならば（とりわけインフルエンザ、ウイルス性肝炎、伝染性単核球症）、後者の診断も記録しなければならない。

＜除＞特定不能の無力症（R53）

燃えつき（burn-out）（Z73.0）

倦怠感と疲労（R53）

ウイルス感染後消耗症候群（G93.3）

精神衰弱（F48.8）