

「うつ病関連用語に関する 日本うつ病学会用語検討委員会多数意見案」 作成の経緯

2013年2月9日

日本うつ病学会用語検討委員会

委員一覧

大久保 善朗（日本医科大学）
太田 敏男（多数意見案執筆担当、埼玉医科大学）
尾崎 紀夫（名古屋大学）
加藤 敏（自治医科大学）
加藤 忠史（理化学研究所）
神庭 重信（九州大学）
北中 淳子（慶應大学）
島 悟（委員就任当時 東京経済大学）
豊嶋 良一（委員長、埼玉医科大学）
中村 純（産業医科大学）
野村 総一郎（防衛医科大学校）

はじめに

日本うつ病学会では、昨今のうつ病関連の日本語用語（「うつ病」「うつ」「抑うつ」など）にまつわる市民、ジャーナリズム、医師などの混乱を收拾するため、用語検討委員会（以下、本委員会）を組織した。

本委員会は、用語法を検討・整理し、委員の多数意見をとりまとめて、まず「日本うつ病学会用語検討委員会ガイドライン案」を作成し、アンケート形式でそれに対する評議員の意見とコメントを求めた。案に対しては多くの評議員から賛同が得られたが、コメントとして寄せられた要望、疑義、反対意見の中には、案の表現や内容に関連して傾聴に値するものが多くあった。

こうした経緯に基づき、評議員および委員の多数意見をとりまとめた。これを多数意見案として委員会で審議した。しかし、これについても、委員全員の賛同は得られなかったため、委員長の判断で、この「多数意見案」を「日本うつ病学会用語検討委員会多数意見案」として理事會に答申することとした。

背景

昨今、自殺の増加や職場での休職者の増加などの社会問題を背景とし「うつ病」に関する啓発が活発になされており、さまざまな情報がジャーナリズムやインターネットを通じて一般に提供されるようになってきている。こうした流れは、受診への敷居を低くするという成果を生み、メンタルクリニックの増加などの医療環境の変化とも相まって、「うつ病」患者の受診を促進するのに役立っている。

しかし、それとともに、人々の間における「うつ病」の概念が曖昧となり、さまざまな混乱が指摘されるようになってきている。このような曖昧化傾向を端的にあらわしているのが「うつ」という言葉の一般化である。「うつ」は本来の精神医学においては、「-症状」「-状態」「-病」などに冠する要素であって、それぞれ「うつ症状」「うつ状態」「うつ病」などとなってはじめてひとつの単語となるべきものであった。「-症状」「-状態」「-病」などは、医学的にはそれぞれ異なるレベルの概念を指しているはずであるが、そうした「-症状」「-状態」「-病」を取り去って「うつ」だけ用いたのでは、伝える側と受け取る側のコミュニケーションに齟齬が生じ得るのは当然であろう。特に、症状、状態、病気といった概念レベルの区別について特別な教育を受けていない一般市民においては、前後関係から「うつ」の概念レベルを推測することができないため、混乱は著しいであろう。さらに、「うつ病」と「うつ」の区別の曖昧化と関連して、病名としての「うつ病」も、範囲不明確なまま用いられる傾向が目立つようになってきている。このような概念やコミュニケーションの混乱は、「うつ病」の治療が本人、家族、医師、職場の健康管理スタッフ、リハビリテーション・スタッフ、行政など、さまざまな立場や業種の人たちとの共同作業で行われるようになって来ている現在、できるかぎり解消されねばならない。

委員会設置の経緯

こうした状況をふまえ、日本うつ病学会理事会は 2008 年 7 月 24 日、「用語検討委員会」の設置を正式決定し、委員長には埼玉医科大学の豊嶋良一教授が指名された。委員会活動開始に先立ち、2009 年 3 月 14 日に野村総一郎理事長、神庭重信理事を含めた準備の会合があり、5 月上旬までに委員メンバーが確定された。

委員会多数意見案作成までの経過

以後は委員長を中心として運営が行われ、まず太田敏男委員によって議論のたたき台（提案第1版）が作成され、それが委員に送付されたあと、2009 年 7 月 30 日に第1回の委員会会合が持たれた。さらに、そのときの議論を組み込んだ提案第2版が作成され、委員に送付された。

委員に送付された提案第2版は、大半の委員から同意されたが、いくつかの部分について文言訂正の意見があり、それらの多くは採用された。一方、内容面でも、比較的少数の委員からではあるが、一部の重要な点について異論があった。しかし、委員会としては、提案をまとめ

るためには、方向性の異なる異論を残して両論併記のような形式をとるのは適切でないと判断し、大多数の委員が賛成した方の意見を採用したうえで整合性のある形にまとめ、それを委員会ガイドライン案(2010年4月10日版)とした。なお、この際に出された異論は後述する。

この委員会ガイドライン案について、2010年6月11日、うつ病学会総会の際に金沢で行われた委員会会合において意見交換が行われた。その後の委員会の進め方についても議論がなされた。

その後、2011年のうつ病学会総会において用語検討委員会企画シンポジウムを行うことになったため、委員会ガイドライン案について全評議員に対してアンケートを行うことにした。アンケートの集計は太田敏男委員が担当し、その概要を同委員がシンポジウムで発表した。アンケートは、ガイドライン案の6つの提案に1項目を追加した7項目について、賛否と自由記載のコメントを求める形で行った。各項目については、85～95%という高い賛成率が得られた。コメント欄には、賛成の評議員からも保留や反対の評議員からも考慮すべき貴重な意見があった。これらの意見のうち、疑義や反対の意見の中には、ガイドライン案の真意が誤解されたためと思われる内容もかなりみられた。シンポジウムでは、シンポジストからもフロアの参加者からもいくつかの点で有益な指摘を受けた。

そこで、今回の版では、アンケートで多くの評議員に支持されたという事実に鑑み、基本骨格は維持することとし、この間の討論で得られた意見やコメントをできるかぎり考慮したうえで作成した。名称も委員や評議員の指摘を取り入れて「ガイドライン案」から「多数意見案」へと変更し、表現もできるかぎり簡明となるよう努めた。

前版「ガイドライン案」作成時と同様今回も、多数意見と疑義・異論との両論併記のような形はとらず、多数意見を基本として全体の整合性を重視することにした。そのため、委員や評議員の意見の中には多数意見案に反映されなかったものもあった。以下、両案に反映されなかった疑義や反対の意見を要約して箇条書きで示す。賛成のコメントは、ここでは省略する。

<提案1関連>

(特にこれといった反対コメントは見られなかった。)

<提案2関連>

1. 「うつ病」は症候群であるから「うつ病」を「疾患概念」にのみ限定して使うのは反対である。
2. [「双極性うつ病」という言い方は避けるべきという議論について] 残してよい。
3. [器質性・症候性の抑うつ状態は「うつ病」と呼ばないという議論に対して]「インターフェロンによるうつ病」「パーキンソン病によるうつ病」という言い方も可としてよい。
4. [「器質性うつ病性障害」などのように病名中に**病名**がはいっているような使い方は混乱するという議論に対して] 特にこのままで支障ない。定着しているものを変えるほどの必要性はない。

<提案3関連>

5. [症状や状態など、病名以外の概念レベルを示すときに「抑うつ」を使うという提案に関して]「うつ病」以外の言葉を使うにしても、その言葉として「抑うつ」が適切かどうかは疑問である。
 - 1) わかりにくい。「抗うつ薬」の「抗うつ」と混同されやすい。
 - 2) 「うつを抑える」というふうに逆の意味に解釈する人がいる。
 - 3) 「抑うつ」は「抑うつ気分」の省略形、つまり感情面の症候と考えるべきであるから、そ

の言葉で「抑うつ性障害」というのは不合理である。

< 提案4関連 >

6. 「うつ病」は症候群であり、疾患ではない。したがって、ICD-10 や DSM-IV の disorder と対応づけるのには賛成できない。
7. major depressive disorder (single episode + recurrent) 以外にも、recurrent brief depressive disorder など、「うつ病」に含めるべきかどうか考慮を要するものがある。

< 提案5関連 >

8. [ICD-10、DSM-IV の病名の訳語変更の提案に対して] 「うつ病」と国際的疾患分類体系 (ICD-10、DSM-IV) の病名との対応が今回の検討の主目的だったはず。その対応の表を公表すれば十分であり、ICD-10 や DSM-IV の病名の訳語変更提案までは必要ない。
9. F31, F32 は disorder だから「うつ病」と訳すのは反対である。
10. 「うつ病」を、DSM-IV の major depressive disorder (single episode + recurrent)、ICD-10 の F32. (mild, moderate, severe) depressive episode + F33. recurrent depressive disorder に限るのであれば、「大抑うつ性障害」と訳すのではなく、元のままの「大うつ病性障害」でもよい。
11. 「うつ病」という disease により「障害」が起こったのが「うつ病性障害」なのだと考えられるので、「うつ病性障害」という言葉はあり得る。

< 提案6関連 >

12. 現場で使う立場から、反対である。
 - 1) 一般医師や患者に説明するのに、「抑うつ」「抑うつ気分」「抑うつ状態」を用いるべきというのは、現場から乖離した発想のように感じる。「うつ」の方が便利である。
 - 2) あまり厳格にすると誤診などとの非難を受けるのではないか？

#1 は、評議員のアンケートでかなり見受けられた意見である。これは、精神医学において長年議論されて来た基本的問題に関連している。しかし、ガイドライン案(すなわち前の版)で使った「疾患」という言葉は、あくまで用語の問題として、「①症状名レベル」と「②状態名レベル」と「③病名レベル」とを対比させるという文脈において、③病名レベルを示すために用いたつもりであった。提案1の末尾に「本提案で概念レベルを論じる際、コンセプトの明確さを重視する便宜上、あえて『障害 disorder』でなく『疾患』を用いることにする」と書いたのは、そのことを示したものであった。疾患、障害 disorder、病気などはいずれも、①や②との対比という観点で言えば③病名レベルに属すると考えた。そして、その代表という程度の意味合いで「疾患」を使ったのである。ただ、ガイドライン案の文面は確かにこのことが読み取りにくい表現になっていた。そのせいもあって、「疾患」が症状名や状態名との対比ではなく、障害 disorder や病気 illness や症候群 syndrome との対比で理解されてしまい、論点が「うつ病は疾患 disease か否か」という点に移りがちであった。

そこで、今回の多数意見案への改訂では、誤解を避けるため、「疾患」という言葉の使用は避け、「病名レベル」という用語に差し替えた。

#6 は #1 に関する上記の議論と関連している。「『うつ病』は症候群」という意見は、「病名レベル」内の概念定義の議論になっていると解釈できる。本多数意見案でいう概念レベルという見地からは、上述のように「うつ病」も disorder (障害) も「病名レベル」であり、両者を

対応づけることに問題はないと考える。

#5の1)2)3)については、当初このような意見を支持する委員が何人かいた。しかし、ほかに適切な用語がないこと、「うつ」は既に曖昧な用法が広まり過ぎていて再定義は困難であると思われること、抑うつ(抑鬱)の「抑」が抑制、抑圧など、本症状の客観的な側面や表出症状を連想させるため、のちの啓発活動の際に便利かもしれないこと、などの議論がなされ、最終的には「抑うつ」支持が優勢であった。

#12の1)2)も、ある意味で現実的な立場からの反対意見である。しかし、そもそも「うつ」の安易な使用が混乱を生んでいるという立場から今回の議論が始まったわけであって、そのような意見を受け入れることはできない。2)は、案の問題というよりもむしろ案ができたあとの啓発活動の問題であろう。もとより、本多数意見案は、作成するだけではなく、後に十分な啓発活動を行うことを前提としている。

提案5は、評議員のアンケートで保留や反対が相対的に多かった項目(賛成約85%)であり、コメントも多く寄せられていた(#8~11)。特に#10と11は、今回の案には盛り込まなかったが、考慮すべき意見である。

そのほかの諸意見は、本委員会多数意見多数意見案の大原則、すなわち、用語の概念レベルを明確にする、「うつ病」は病名レベルの用語とする、ほかの概念レベル(状態名、症状名)を表す用語には他の用語をあてる(「抑うつ」を推奨)、こうした原則をわかりやすく反映するような用語法を病名にも適用する、という、主要な柱に抵触するため、採用できなかった。

おわりに

そもそも、医学用語の一部は、時代によって、あるいは使う者によってさまざまな用いられ方がなされることがありえる。用語・用法を定めるにあたって、必ずしも使う当事者全員の賛同が得られるものではない。しかしながら、はなはだしい混乱を避けるためには、用語・用法についての最低限の取り決めは必要である。おりしも2012年7月、「日本うつ病学会治療ガイドラインⅡ. 大うつ病性障害 2012 Ver.1」が発表された。このガイドラインでは、用いられている「うつ病」という用語の指し示す範囲が明確に規定され、「DSM-IV-TRの大うつ病性障害におおむね対応する」ものとして執筆されている。この用法規定にみられるがごとく、我が国の医学用語としての「うつ病」は、指し示す範囲を明確に取り決めて使用すべき時期に来ている。その取り決めの合意を形成するたき台として「本委員会多数意見案」が活用されることを期待したい。

(別添：うつ病関連用語に関する日本うつ病学会用語検討委員会多数意見案)

(別添)

うつ病関連用語に関する 日本うつ病学会用語検討委員会多数意見案

略称「委員会多数意見案」

2013年2月9日

日本うつ病学会用語検討委員会

委員長 豊嶋 良一(埼玉医科大学)

多数意見案執筆担当 太田 敏男(埼玉医科大学)

I. 「日本うつ病学会用語検討委員会多数意見案」作成の目的

うつ病関連の日本の医学用語(「うつ病」「うつ」「抑うつ」など)にまつわる市民、ジャーナリズム、および医師自身の混乱を收拾するため、用語法を検討・整理し、当委員会委員の多数意見を「多数意見案」としてとりまとめ、本学会理事長に答申する。

II. 提案内容

A. 本文

1. 概念レベルを意識した用語使用

「うつ病」およびその関連用語を使うとき、症状名、状態名、病名のどのレベルの用語として使っているのか(ここでは「概念レベル」と言うことにする)を意識するように心がける。

2. 用語「うつ病」の病名呼称としての使用

日本語の医学用語としての「うつ病」は病名レベルの用語、すなわち病名呼称としてのみ用い、他の概念レベル(すなわち症状や状態)の用語としては用いないものとする。「うつ病」を複合語中で用いることは、この際の「うつ病」という語句が病名レベルの用語として用いられており、かつその範囲が提案 4 で取り決める範囲を指

していると解される場合のみ可とする。

3. 病名呼称以外での「抑うつ」の使用

他の概念レベル、すなわち症状レベルや状態レベルの記述には「抑うつ(的)ー」「抑うつ性ー」「ー抑うつ」などの形で「抑うつ」という言葉を用いる。

4. 我が国の病名呼称「うつ病」の範囲の明確化

「うつ病」という病名呼称が指し示す疾患としての範囲を明確に取り決める。

取り決めるにあたっては、下記の1)、2)を重視する。

1) 我が国の医学用語としての「うつ病」は、最狭義には、定型的な症状プロフィールと十分な長さを有する抑うつ病相を多くの場合繰り返し呈し、器質性・症候性・中毒性の原因によるものではなく、また統合失調症、双極性気分障害など他の精神疾患にもよらないものを指している。

2) 我が国では近年、国際的診断分類システムが一般に使用されている。

上記に鑑み、我が国の医学用語としての「うつ病」は

DSM-IVの major depressive disorder (single episode + recurrent)、

ICD-10の mild, moderate, severe depressive episode + recurrent depressive disorder

にほぼ相当するものを指すものとする。

抑うつ状態を呈する他の disorder は、「気分変調症」「抑うつ反応」等のように、各 disorder の病名をそのまま用いる。

5. 翻訳病名の適切化

本委員会の多数が推奨する前記の用語法に基づいて、国際的診断分類（ICD-10、DSM-IV）で使用されている英語病名の翻訳を試みる。この翻訳案（付表2、4）も本多数意見案に含めるものとする。

6. 「うつ」の医学用語としての使用の回避（慎重な使用）

「うつ」は、概念レベルが不明確なので、病名呼称としても病名呼称以外でも、医学用語としての使用は極力回避し、相手とのやりとりの中でやむを得ず使う場合には、概念レベルなどの内容を明確にする。

B. 説明

1. 概念レベルを意識した用語使用

診療を行う際、医師はまず症状や検査所見などを把握し、それらの経過や組み合わせにより、「病名診断」に至る。ただし、精神科では、「症状」と「病名診断」との間に「状態像」という中間概念を挟み込むことが多い。たとえばある種の脳器質性・中毒性疾患や統合失調症などがいずれもよく似た幻覚・妄想を引き起こすように、精神科的諸疾病においては、病名を異にする複数の疾病が表現形としてはいくつかの決まった症状が相伴って出現するような類似状態を呈することがある。この一群の症状が相伴って出現した表現形を「状態像」といい、これを指すために、最も目立つ症状名を冠して名付けた名称、たとえば「幻覚妄想状態」、「抑うつ状態」などが用いられてきた。この「状態像」名は疾病の「病名」診断がつくまでの間の病状記述にしばしば、暫定的に用いられている。

このように、症状名、状態像名、病名は異なるレベルの概念を指す用語である。ところが英語圏では、「うつ病」に関するこれら症状名、状態像名、病名の3種のいずれの語義にも同じ単語である *depression* が用いられることが多い。同じ *depression* という単語であっても前後関係から上記3種のいずれの概念レベルの語義で用いられたのかを同定可能な場合は多いが、しかしやはり、ここでいう概念レベルの混乱が生じる事態は英語ではしばしば観察されることである。一方、我が国では伝統的に、症状名には「抑うつ気分(あるいは単に抑うつ)」、状態像名には「抑うつ状態(うつ状態)」、病名(=疾病・疾患・障害の名前)には「うつ病」というふうに、「-気分」「-状態」「-病」などの接尾辞を付加することにより、各概念レベルに明示的に別々の用語を充ててきた。こうした使い分けが我が国ではなされてきたことは、英語圏と対比して、我が国の伝統的用語法の優れた特質と評価すべきである。そして、この伝統を生かすことは、昨今の「うつ病」関連の用語法の混乱を收拾するため、寄与するところが大きいと考えられる。

「病相」という用語についても、言及しておきたい。反復性の気分障害では、数週から数カ月程度の期間の抑うつ状態や躁状態が反復されるが、そのひとつひとつの時期を「病相(あるいはエピソード)」と呼ぶことがある。その場合、「病相」は病名レベルの概念である気分障害の長期経過を構成する一時期に過ぎない。従って、「病相」は、病名レベルの概念ではなく、ある状態像が持続している一定期間(ないしその状態)を指す用語と解釈すべきであろう。

2. 用語「うつ病」の病名呼称としての使用

上記 1. のような観点から、その場で話題として取り上げられている事柄・事象が症状レベル、状態レベル、病名レベルのいずれであるかを吟味し、それが病名レベルであるときのみ「うつ病」を用いるべきである。

複合語中における「うつ病性昏迷」のような形容詞的用法は、その「うつ病」が後述の項目 5. で範囲を取り決める病名を意味しているのであれば、可とする。「引越しうつ病」のような名詞的用法も、その「うつ病」が同様な意味合いであれば、可とする。

また、この原則によれば、ICD-10 や DSM-IV などの国際的診断分類システムの“depressive”を含む多くの disorders (例えば organic depressive disorder) の中には、現行の邦訳を見直すべきものも出て来ることになる。それは、disorder 名中の“depressive”の意味するところが、多くの場合状態名レベル、あるいはエピソードのレベルであって、コード番号に対応するような病名レベルではないからである。なお、この件については 5. を参照のこと。

3. 病名呼称以外での「抑うつ」の使用

3.1 抑うつ(的)ー

抑うつ気分、抑うつ的表情、抑うつ状態、など、症状レベルや状態レベルの名詞を修飾する言葉としてテキスト中で使う場合に便利である。

3.2 抑うつ性ー

現在一般に使用されている障害名との整合性を考慮し、主として障害名中の depressive に対する訳語として用いる(「器質性抑うつ性障害」など; 付表 #1 ~4 参照)。なお、この件については、5. を参照のこと。

3.3 ー抑うつ

単独で(裸で)、あるいは末尾で名詞的に用いるときは、抑うつ状態を指すものとする(「抑うつ」「朝方抑うつ」など)。

3.4 「うつ」

「うつ」は本来「抑うつ気分」「うつ状態」「うつ病」というふうには、「-気分」「-状

態」「-病」という概念レベルを示す部分を伴ってはじめて一語となるものだったはずである。概念レベルを示す部分を省略してただ「うつ」と言ったのでは、特に非専門家において、それがどういう意味で使われているのかわからず、混乱するのは当然であろう。

病気の説明として「うーん、うつですね、お薬出しましょう」といった曖昧な言い方はしない。「あなたは今、抑うつ状態です。これはいろいろな病気で起こりますが、あなたは中でもうつ病という病気です。単なる疲れではありません」と説明する。「インターフェロンが原因と思われる抑うつ状態だと思います」は可となる。「うつの診断基準は・・・」は不適切である。

4. 病名呼称「うつ病」の範囲の明確化

我が国の医学用語「うつ病」が指し示す範囲をどう取り決めるかは、学問的には難しい問題である。専門家的見地からは、我が国でいう「うつ病」を国際的診断分類の disorder(s) に対応づける行為自体が不適切だという議論もあろう。しかし、本多数意見案の目的は、「うつ病とは何か」という本質論に踏み込む学問的議論のとりまとめではなく、一般市民や非精神科医における用語法の混乱を收拾するというきわめて実際的なことにある。その目的のためには、既に広く一般に使用されている国際疾患分類体系を枠組みとして利用し、我が国の医学用語としての「うつ病」はそれのどの範囲を指すものとするか、取り決めるのが実際的である。

なお、上記からわかるように、本多数意見案は、専門家同士の歴史的・学問的議論などの際の使用法まで拘束しようとするものではない。

委員会多数意見案では、下記のA案(狭い)、B案(広い)、C案(中間)のうち、委員会の多数(3分の2以上)の支持を得、評議員へのアンケートで回答者の86%の賛成を得たA案を推奨するものとした(付表#5~6参照)。委員会でA案が多数の支持を得た主な理由は、歴史的な、狭義のうつ病概念に最も近く、輪郭も比較的明瞭であること、抗うつ薬開発治験のほとんどがA案に相当する患者を対象として行われていること、B, C案では ICD-10 と DSM-IVの整合性を確保することが困難なこと、などであった。

なお、更にA案が支持される理由として、2012年7月、「日本うつ病学会治療ガイドライン II. 大うつ病性障害 2012 Ver.1」が発表されたことも挙げられる。このガイドラインでは、用いられている「うつ病」という用語の指し示す範囲が明確に規定され、「DSM-IV-TRの大うつ病性障害におおむね対応する」ものとして執筆されている。

A: 狭い

定型的な症状プロフィールと十分な長さを有する病相を呈し、器質性・症候性・中毒性の要因が除外できるもの、すなわち DSM-IV の major depressive disorder (single episode + recurrent)、ICD-10 の mild, moderate, severe depressive episode + recurrent depressive disorder にほぼ相当するものを指すものとする。抑うつ状態を呈する他の disorder は、「気分変調症」「抑うつ反応」のように、各 disorder の病名をそのまま用いる。

B: 広い

抑うつを主症状とし得る病名を広く含め、全体を「うつ病」とし、各 disorder はその下位分類とする。

C: Aの変形版

Aを少し広げたもの。期間や重症度などの点で major depressive disorder とは判断しがたいが、質的にそれに近いと見なせるものも含める(例えば DSM-IV の Minor depressive disorder, Recurrent brief depressive disorder など)。

A案、C案の場合、抑うつを呈する多くの疾患を総称するときには「うつ病」でなく、別の表現(例えば「抑うつを呈する障害」)を用いることになる。

B案の場合、総称のための特別な用語は不要となる。

5. Disorder の邦訳病名の適切化

「うつ病」の範囲を国際的診断分類で 4. のように限定した以上、その範囲外の disorder 名中の“depressive”に「うつ病」をあてるのは不合理であり、混乱のもとである。たとえば、ICD-10 F06.32 「器質性『うつ病』性障害」は、「抑うつ」を用いて「器質性抑うつ性障害」と言う方が適切と考えられる。この件については 2. および 3. 2 も参照のこと。

6. 「うつ」の医学用語としての使用の回避（慎重な使用）

「うつ」は、すでに述べたように、症状名、状態名、病名のどの概念レベルで使われているかが不明確になりがちなので、病名呼称としても病名呼称以外でも、「医学用語としての使用」は極力回避すべきである。診察や会話などの際に相手が使った場合など、状況により使わざるを得ないときもあるが、そういう場合であっても、1. ～5. の原則に留意しつつ「うつ病」「抑うつ」および各 disorder 名を使用し、コミュニケーションに齟齬のないように努める。

付表

1. “Depression” 関連障害名 英和対照表: ICD-10【現状】
2. “Depression” 関連障害名 英和対照表: ICD-10【提案】
3. “Depression” 関連障害名 英和対照表: DSM-IV【現状】
4. “Depression” 関連障害名 英和対照表: DSM-IV【提案】
5. 「うつ病」に含める障害 Disorder の案: ICD-10【提案】
6. 「うつ病」に含める障害 Disorder の案: DSM-IV【提案】