

## 研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

「国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究」（H20-こころ-一般-007）

神経症性障害・ストレス関連障害および身体表現性障害の診断分類・診断基準の検討

研究代表者又は研究分担者 小澤 寛樹 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科  
医療科学専攻展開医療科学講座精神神経科学 教授  
WHO 協力センター センター長

### 研究要旨

日本とアジア圏における ICD-10 の F4 群診断基準の臨床的側面からの見直しと臨床診断の実態を把握すべく、シンポジウムと会議の場で、F4 群の主要専門家を招き、問題の同定と具体的調査内容に関して明らかにした。今後は、日本・アジア圏における大規模調査を予定している。

研究分担者氏名・所属研究機関名及び所属研究機関における職名

小澤 寛樹 長崎大学大学院  
医歯薬学総合研究科医療科学専攻  
展開医療科学講座精神神経科学教授  
WHO 協力センター センター長

合研究科医療科学専攻展開医療科学講座精神神経科学、WHO 協力センター）

飯森 眞喜雄 先生（東京医科大学精神医学）  
シンポジスト：

丸田 敏雅 先生（東京医科大学精神医学講座）  
総論（これまでの経緯）

針間 博彦 先生（東京都立松沢病院）統合失調症および関連疾患

松下 幸生 先生（独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター）依存症および関連疾患

塩入 俊樹 先生（岐阜大学大学院医学系研究科精神病理学分野）神経症性障害関連疾患

中根 秀之 先生（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科医療科学専攻展開医療科学講座精神神経科学）プライマリケア

新福 尚隆 先生（西南学院大学人間科学部社会福祉学科）問題提起

② シンポジウムでの結果を踏まえ、国内専門家間で今後の研究方法について具体的討議を行う会議の場を設ける。

日時：平成 21 年 1 月 18 日

### A. 研究目的

日本とアジア圏における ICD-10F4 群の診断基準の臨床的側面からの見直しと、臨床診断の実態を把握する。

### B. 研究方法

① シンポジウムを開催し、国内の専門家間で討議する

日時：平成 20 年 10 月 10 日

場所：札幌市

シンポジウムタイトル：ICD-11 へ向けてアジア・日本からの提言

座長：小澤 寛樹（長崎大学大学院医歯薬学総

場所：長崎市

議題：F4 群における問題の同定、統計的調査内容決定する。

出席者：塩入 俊樹 先生（岐阜大学大学院医学系研究科精神病理学分野）神経症性障害関連疾患

館農 勝 先生（札幌医科大学神経精神医学講座講師）

中根 允文 先生（長崎大学名誉教授）

中根 秀之 先生（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科医療学専攻展開医療科学講座精神神経科学）

新福 尚隆 先生（西南学院大学人間科学部社会福祉学科）

#### C. 研究結果

シンポジウムと会議で議論した内容を F4 群の下位項目ごとにまとめ、それぞれの診断上の問題点を明らかにした。また、地域性やアジア圏の文化的特性を考慮に加えながら、F4 群診断基準のポータビリティを改善する必要性が明らかになった。

#### D. 考察

まず、診断基準が ICD, DSM, 従来診断と乱立し、互換性に乏しく、診断時の混乱がある。また区分化に伴う診断軸のずれなど疾病概念の再構築が必要である。今後は、この研究で得られた結果・示唆を元に大規模調査のパイロットスタディとして、現在刊行されている国内施設における F4 群の臨床統計を収集し、メタ解析を進める必要がある。

#### E. 結論

日本国内とアジア圏における多施設での統計的調査と併せ、ケース提示による各国・施設での診断の揺れを調査する。考察に加え、国内ではプライマリケア医からの精神科紹介

を増やすことが急務とされ、同医師への教育内容の更なる充実が望まれる。

#### F. 健康危険情報

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) 小澤寛樹, 森 貴史, 尾関あゆみ: 疾患と神経新生うつ病 *Clinical Neuroscience* Vol.26 No.8 863-865(2008)
- 2) 石田 康, 長友慶子, 池田 学, 内村直尚, 大内 清, 小澤寛樹, 北村俊則, 近藤 毅, 赤崎安昭, 佐野 輝, 寺尾 岳, 西村良二, 山田茂人, 神庭重信, 中村 純: プライマリケア医のうつ病診療に関する実態調査. *九州神経精神医学* 54 巻 2 号 120-126 (2008)
- 3) 西原浩二, 小澤寛樹: 抗精神病薬(第 1 世代, 第 2 世代, その他) *医学と薬学* 171-177 2008

##### 2. 学会発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

平成 20 年度 分担研究報告書

成人のパーソナリティおよび行動の障害  
—パーソナリティ障害についての検討—

大野 裕

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
分担研究報告書  
「国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究」

成人のパーソナリティおよび行動の障害

—パーソナリティ障害についての検討—

分担研究者：大野裕（慶應義塾大学保健管理センター）

研究協力者：石郷岡純、稲田健（東京女子医科大学）岩田仲生（藤田保健衛生大学）尾崎紀夫（名古屋大学）加藤敏（自治医科大学）中谷陽二（筑波大学）西村良二（福岡大学）林直樹（松沢病院）武田龍太郎（武田病院）

（研究要旨）

専門家による会議を行い、現在の ICD-10 のパーソナリティ障害のセクションの課題について検討した。その結果、以下のような課題が明らかになった：①パーソナリティ障害の定義が曖昧である、②パーソナリティ障害同士の併存が多い、③パーソナリティ障害と精神疾患の併存や鑑別が曖昧である、④実際の日常でどのように使われているか不明である、⑤その他（器質性パーソナリティ障害は disorder とする表記は妥当であるか、パーソナリティ障害の生物学的背景を検証する必要があるのではないか、等）。こうした状況を鑑み、来年度は、アンケートの実施と各領域の専門家を交えた検討会の実施が必要であるとの結論に至った。

A. 研究目的

専門家による会議を行い、現在の ICD-10 のパーソナリティ障害のセクションの課題について検討し、ICD-11 に向けて提言を行う。

B. 研究方法

パーソナリティ障害に関する議論や研究は、わが国では、症例報告を除いてほとんど行われておらず、ICD-11 に向けて現時点で提言するのは難しい状況にある。したがって、まずは、専門家による会議を開催して、現在の ICD-10 のパーソナリティ障害のセクションの課題について検討した。

C. 研究結果

以下のような課題が明らかになった：①パーソナリティ障害の定義が曖昧である、②パーソナリティ障害同士の併存が多い、③パーソナリティ障害と精神疾患の併存や鑑別が曖昧である、④実際の日常でどのように使われているか不明である、⑤その他（器質性パーソナリティ障害は disorder とする表記は妥当であるか、パーソナリティ障害の生物学的背景を検証する必要があるのではないか、等）

D. 考察

1. パーソナリティ障害の定義が曖昧

パーソナリティ障害の定義が曖昧であることから、横断面の症状で診断される傾向があ

るので注意を喚起する必要があること、偏りや生育歴を尊重するシュナイダーの概念をもとに、パーソナリティ障害の本質を考えて診断体系を検討する必要があることが、委員から指摘された。その点では、以下に挙げるDSM-IVの、パーソナリティ障害全体に関わる診断基準を追加する必要があるのではないかという意見も出された。

#### パーソナリティ障害の全般的診断基準 General diagnostic criteria for a Personality Disorder

A. その人の属する文化から期待されるものより著しく偏った、内的体験および行動の持続的様式。この様式は以下の領域の2つ（またはそれ以上）の領域に表れる。

(1) 認知（つまり、自己、他者、および出来事を知覚し解釈する仕方）

(2) 感情性（つまり、情動反応の範囲、強さ、不安定性、および適切さ）

(3) 対人関係機能

(4) 衝動の制御

B. その持続的様式は柔軟性がなく、個人的および社会的状況の幅広い範囲に広がっている。

C. その持続的様式が、臨床的に著しい苦痛、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。

D. その様式は安定し、長期間続いており、その始まりは少なくとも青年期または小児期早期にまでさかのぼることができる。

E. その持続的様式は、他の精神疾患の現れ、またはその結果ではうまく説明されない。

F. その持続的様式は、物質（例、乱用薬物、投薬）または一般身体疾患（例、頭部外傷）の直接的な生理学的作用によるものではない。

以上が、DSM-IVのパーソナリティ障害の全般的診断基準であるが、近年、パーソナリティ障害の変異性、治療可能性が注目されてきており、そうした視点を診断基準に含める

ことも必要であると考えられる。例えば、境界性パーソナリティ障害は、1)自ら援助を求め、2)発症時期は思春期・青年期以降と考えられる場合があり、3)治療反応が見られ、症状の持続性に欠ける症例が存在する。こうしたことから、旧来の「パーソナリティ障害は、全て変化しない、治療不可能なもの」という概念の妥当性の検証が必要になっており、そうした考え方に縛られることは決して治療的ではないことを認識しておく必要がある。

#### 2. パーソナリティ障害同士の併存が多い

コモビディティ（併存 comorbidity）とは、二つもしくはそれ以上の疾患もしくは障害が併存している状態をさす用語であり、一般身体疾患同士の場合も、一般身体疾患と精神疾患の場合も、精神疾患同士の場合もある。一般には、併存は同じ時期に認められる場合に使用されることが多いが、同じ人が別の時期に異なる障害にかかった場合も併存と呼ばれることが多い。また、時間的な経過、想定される原因、重症度などから、primary と secondary と分けて呼ばれることもある。

いくつかの症状群が同時に存在することはすでにヒポクラテスの時代から指摘されていたという。Wittchen HUはその論文の中で、「タソスのある女性は、了解できる悲哀の後に引きこもるようになり、不眠や食欲不振に苦しむようになった・・・彼女は恐怖感を訴えて多弁になる一方で、落胆した気持ちも口にした、持続的で強い疼痛も訴えていた」というヒポクラテスの記載を紹介している。

このように精神医学領域でコモビディティが注目されるようになったのはDSM-III以降の診断分類の特徴とも関係している。DSM-IIIでは、それまでの診断分類に比べて多くの診断カテゴリーを取り入れた。診断分類を作成する際には、細かくカテゴリーを分けようとする“splitter”と呼ばれる立場のグループと、あまり細かく分けなくて大きくまと

めて取り扱おうとする"lumper"と呼ばれるグループとの間での葛藤が存在するが、DSM-IIIでは"splitter"と呼ばれる立場が強く、多くの細かい診断分類が追加されることになった。しかも、実際に診断を下す際には見落としのないようにできるだけ多くのカテゴリーを診断するように勧められている。その結果、併存が多く見られるようになり、その傾向はICD-10でも同じように認められている。

具体的には、奇妙で風変わりに見えることを特徴とするA群に属する妄想性パーソナリティ障害は、他のA群のパーソナリティ障害との併存に加えて、他の群に属する自己愛性パーソナリティ障害、境界性パーソナリティ障害、回避性パーソナリティ障害と併存していることが多い。統合失調症型パーソナリティ障害は、従来境界例と呼ばれていた症状群がDSM-IIIで統合失調症類似の群と情緒不安定で衝動的な群とに分けられたことを機に、統合失調症類似群を示すものとして作られたカテゴリーであるが、後者の情緒不安定群を示す境界性パーソナリティ障害と重複して診断されることが多い。

演劇的で、情緒的で、移り気に見えることを特徴とするB群に属するパーソナリティ障害はお互いに併存することが多い。とくに、反社会性パーソナリティ障害と演技性パーソナリティ障害の併存は多く、以前ブリュッケ症候群と呼ばれていた執拗な身体愁訴を特徴とする身体化障害とこれらのパーソナリティ障害とが併存していることも多い。

不安と恐怖を特徴とするC群では、回避性パーソナリティ障害と依存性パーソナリティ障害とが併存していることが多い。依存性パーソナリティ障害は、DSM-IIでは受動-攻撃性パーソナリティ障害の下位分類に含まれていたことから、攻撃性を秘めた服従を示す受動-攻撃性パーソナリティ障害との鑑別が困難な場合も少なくない。なお、C群に属するパーソナリティ障害と他の群に属するパ

ーソナリティ障害とが併存することも多く、とくに境界性パーソナリティ障害と回避性パーソナリティ障害、演技性パーソナリティ障害と依存性パーソナリティ障害との併存が多く報告されている。

こうしたなかで議論になっているのがディメンジョン・モデルの導入に関する問題である。ディメンジョン・モデルは、統合失調症や大うつ病性障害などのように特徴的な症状に基づきながら精神疾患をカテゴリーとして分類するカテゴリー・モデルと異なり、特徴的な症状を軸として評価しようとする方法でDSM-IIIの発表以来さまざまな議論が積み重ねられてきている。例えてみれば、人間を「大きい人」か「小さい人」かで評価するのがカテゴリー・モデルであるのに対して、身長や体重を具体的に表示して評価するのがディメンジョン・モデルである。

ディメンジョン・モデルの利点としては、①DSMやICDなどのカテゴリー・モデルでは重複診断が多く各カテゴリー間の境界の設定が問題になるが、ディメンジョン・モデルではそうした問題が生じない、②カテゴリー・モデルでは診断基準を満たさない場合はそのカテゴリーの症状が情報の価値を失うが、ディメンジョン・モデルを用いればそうした情報を生かした全体的な視点から診断を行うことができるしその情報を治療に生かすことができる、③カットオフ・ポイントを設定することでカテゴリー的な形にすることができるという柔軟性がある。

こうしたことを考えあわせると、コンピューティの議論はカテゴリー・モデルに基づく現在の診断体系の問題と今後の方向性を考える上で重要な示唆を含むものといえる。とくにディメンジョンを生物学的脆弱性の観点から整理して、そこに心理社会的負荷が加わって精神症状が現れると考えると、より統合的な視点から患者を理解することができるようになる可能性が出てくる。

しかし、その一方で、ディメンション・モデルを日常臨床で使えるかという問題もある。カテゴリー・モデルに慣れた医師にとって、ディメンション・モデルは使いにくいのではないかという議論がある。他の診療科でディメンション・モデルが使われているかどうかを含めて、現状を検証する必要があるとの意見が委員から出された。

### 3. パーソナリティ障害と精神疾患の併存や鑑別が曖昧

第1軸障害とパーソナリティ障害の併存についても多くの報告が行われているが、このようにパーソナリティ障害が併存している場合には第1軸障害の予後が悪くなるので注意しなくてはならない。

精神病性障害は、妄想性パーソナリティ障害、統合失調症型パーソナリティ障害、統合失調症質パーソナリティ障害、境界性パーソナリティ障害、依存性パーソナリティ障害との併存が多いと指摘されている。また、統合失調症型パーソナリティ障害は、統合失調症患者の近親者に対する研究に基づいてその概念が作られたことから統合失調症と併存することが多い。気分障害に関しても、境界性パーソナリティ障害、回避性パーソナリティ障害、依存性パーソナリティ障害など、多くのパーソナリティ障害との併存が報告されている。なお、Pepperらによれば、気分変調症は、大うつ病性障害よりも有意にパーソナリティ障害との併存が多いという。

社会恐怖、広場恐怖、強迫性障害などの不安障害は、統合失調症型、妄想性パーソナリティ障害、自己愛性パーソナリティ障害、境界性パーソナリティ障害、回避性パーソナリティ障害、依存性パーソナリティ障害と併存することが多い。身体表現性障害のなかでは、身体化障害が反社会性パーソナリティ障害および演技性パーソナリティ障害と併存することが多い。

精神作用物質使用性障害は、妄想性パーソナリティ障害、反社会性パーソナリティ障害、境界性パーソナリティ障害、演技性パーソナリティ障害と併存していることが多い。とくにアルコール依存と反社会性パーソナリティ障害が併存している場合には自殺の危険性が高まるので注意しなくてはならない。摂食障害は、妄想性パーソナリティ障害、統合失調症型パーソナリティ障害、境界性パーソナリティ障害、回避性パーソナリティ障害との併存が、外傷後ストレス障害は境界性パーソナリティ障害との併存が多い。

この他にも、発達障害や双極Ⅱ型とパーソナリティ障害の関係について検討する必要があるとの意見が委員から出された。

### 4. 実際の日常でどのように使われているか不明

パーソナリティ障害は、臨床場面の内外で話題になることが多いが、実際にその概念がどのように使われているかが明らかでない。従って、臨床的な視点からアンケートを行い、適切な説明方法や治療法を明らかにして、わが国として提言できることがないかどうかを検討する必要がある。また、多軸診断で、ICD-10のようにパーソナリティ障害と精神疾患を同じ軸に位置づける方が使いやすいか、DSM-IVのようにパーソナリティ障害と精神疾患を別の軸にした方が使いやすいかについても、検討が必要であるという意見が出された。

### 5. その他

以上の他に、器質性パーソナリティ障害はdisorderではなく、personality changeとすべきではないかという意見が出された。また、パーソナリティ障害の生物学的背景について、前頭葉機能や側頭葉機能との関係を含めて検討する必要があり、とくにサイコパスとの関連でそれが重要になってくるという意見も出

された。

#### E. 結論

今年度は専門家による会議を行い、現在の ICD-10 のパーソナリティ障害のセクションの課題について検討した。その結果、以下のような課題が明らかになった：①パーソナリティ障害の定義が曖昧である、②パーソナリティ障害同士の併存が多い、③パーソナリティ障害と精神疾患の併存や鑑別が曖昧である、④実際の日常でどのように使われているか不明である、⑤その他（器質性パーソナリティ障害は disorder とする表記は妥当であるか、パーソナリティ障害の生物学的背景を検証する必要があるのではないか、等）。こうした状況を鑑み、来年度は、アンケートの実施と各領域の専門家を交えた検討会の実施が必要であるとの結論に至った。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

#### I. 参考文献

なし



平成 20 年度 分担研究報告書

知的障害、心理的発達障害および小児期および  
青年期に通常発症する行動および情緒障害

青木省三

知的障害、心理的発達の障害および小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害

研究分担者 青木 省三 川崎医科大学 精神科学 教授

### 研究要旨

ICD-10 の問題点について、発達障害という概念、成人の精神障害と発達障害、多動性障害と広汎性発達障害の合併、自閉症スペクトラム障害という概念、思春期、成人期の診断基準、文化的要因が関与などを、調査・検討した。

### A. 研究目的

現行の国際疾病分類第 10 版（ICD-10）の「F7：知的障害（精神遅滞） F8：心理的発達の障害 F9：小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害」についての問題点を整理し、ICD-11 の改訂に向けての課題を検討する。

### B. 研究方法

ICD-11 委員会の委員を中心に、児童青年精神科医などに、メールなどを用いて、ICD-10 の問題点についてたずねる。また、研究論文や著書などを検索し、ICD-10 の問題点について調査する。

（倫理面への配慮）

本研究は ICD-10 の問題点についての検討であり、患者を対象としたものではなく、特に倫理的な問題はないと考える。

### C. 研究結果

#### 1. 発達障害という用語をめぐって

発達障害という用語は、発達の遅れと偏りを総称したのものとして、日常臨床においては、広汎性発達障害だけでなく、多動性障害を含んで用いられることも多く、精神遅滞（知的

障害）をも含んで、広い意味で用いられることも少なくない。

滝川（2003）は、精神発達の構造を大きく 2 つの発達軸からとらえた。一つの軸は、まわりの世界を知ることの育ち、すなわち「認識（理解）の発達」であり、もう一つの軸は、世界と関わることの育ち、「関係性（社会性）の発達」（図 1）としている。滝川の主旨は、「正常発達」と「発達障害」とは、何らかの異常性の有無によって分かれたる異質なものでなく、連続性をもった相対的な発達の個体差のあらわれであることを説明することにあるのだが、われわれが発達障害と呼んでいるのは、この図での右上 1/4 を除いた残り 3/4 全てということになる。

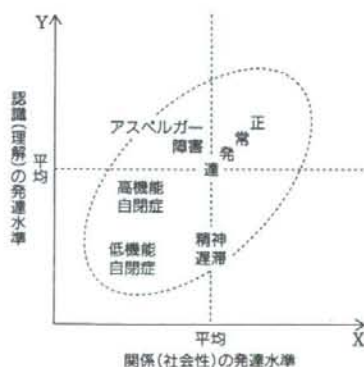


図 1 正常発達と発達障害の連続性  
（滝川一廣, 2003）

また、2005年に施行された発達障害者支援法では、発達障害は「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害、その他これに類する脳機能の障害であって、その症状が通常低年齢において発現するもの」としている。この定義は、ICD-10にもDSM-IVにもないが、現実的、実際的なものと言えよう。

WHOのICD-11検討委員会では、Neurodevelopmental disorderと括弧することが提案されている。なお、発達障害という概念に何を含めるかは、わが国の既存の知的障害へのサービスと、精神障害へのサービス、及び2005年施行された発達障害へのサービスが異なった歴史的背景を持ち、異なったサービス提供しているという現実的な問題もある。

## 2. 従来の精神障害との関係

成人を対象とした一般臨床において、統合失調症(広澤, 2008)、気分障害(山下, 2008)強迫性障害(中川ら, 2008)、不安障害(傳田, 2008)、パーソナリティ障害などと診断される人の背景に、アスペルガー症候群をはじめとする広汎性発達障害が認められたり、疑わしきものがあることが報告されている。関係のないように見える日々の言動が、広汎性発達障害という視点で見たとき、初めてつながって理解できることも少なくないし、治療や援助にも新たな工夫が求められている。いまや一般臨床は、広汎性発達障害や発達という視点抜きに行えないという印象を、多くの臨床家が抱いている(青木, 2008)。

広汎性発達障害とパーソナリティ障害の関係のみをみると、アスペルガー症候群と統合失調質パーソナリティ障害、さらには統合失調病質(Schizoid)には、類似点が多い(杉山, 2007, 加藤, 2008)。ICD-10の統合失調質パーソナリティ障害の中の項目、「(f)ほとんどいつも孤立した活動を好んで選ぶこと」「(h)親密な友人や信頼できる人

間関係をもたず(またはたった一人だけ)、またそれを望みもしないこと」などは、アスペルガー症候群の「相互的な社会関係とコミュニケーションのパターンにおける質的障害」と非常に似ている。実際、アスペルガー症候群と他のパーソナリティ障害との鑑別もしばしば困難である。

## 3. 多動性障害と広汎性発達障害の合併、併存

ICD-10では、多動性障害の鑑別診断のところで、「障害が混合しているのがふつうであり、そして広汎性発達障害がある場合には、それが(多動性障害よりも)優先する」と記されており、基本的に両者の併記を認めていない(DSM-IVでも同様である)。しかし、多動性障害の別のところでは、「他の子どもとの関係では人気がなく、孤立しがちで、認知の障害が通常みられ、運動発達や言語発達の特異的な遅れが不釣合いに頻繁にみられる」とあり、多動性障害自体に広汎性発達障害的な側面があることが記されている。

この点においては、例えばSimonoffら(2008)は、10-14歳の自閉症スペクトラム障害を調査し、28.2%に注意欠陥/多動性障害が認められたことを、またわが国のYoshidaら(2004)は、7-15歳を対象とした53名の高機能広汎性発達障害のうち、36名(67.9%)がDSM-IVの多動性障害の診断基準を満たしており、広汎性発達障害と注意欠陥/多動性障害の併存を認めるべきだと報告している。他にも発達障害の専門家の多くが、この両者の併存を認めるべきだと考えている。

## 4. 自閉症スペクトラム障害

ICD-10のアスペルガー症候群の説明で、「疾病分類上の妥当性がまだ不明な障害であり・・・」「少なくとも一部の症例は自閉症の軽症例である可能性が高いと考えられるが、すべてがそうであるかは不明である」などと診

断分類上ではまだ確定していないものであることを示唆している。

高機能自閉症とアスペルガー症候群の両者を比べて、共に言語理解と言語表出の問題を認めたとある報告がある (Howlin, 2003)。わが国でも高機能自閉症とアスペルガー症候群を区別していない臨床家は少なくない。高機能広汎性発達障害、高機能自閉症、アスペルガー症候群、非定型自閉症、特定不能の広汎性発達障害などの用語が混乱して用いられている。これをいかに整理するかは避けて通れない課題である。

例えば、広汎性発達障害の診断においては、小児自閉症に分類される症例よりも、非定型自閉症や特定不能の広汎性発達障害に分類される症例の方が多いとされており、これは大きな問題である。生後5年以内に明らかになるという、年齢にも関係してくるが、特に事例化、顕在化してくる年齢が高年齢になるほど、非定型自閉症が増加してくることに関係しているのではないだろうか。また、幼児期に自閉症と診断された子どもが、適切な療育や発達によって、アスペルガー症候群を経て、非定型自閉症や特定不能の広汎性発達障害となるという診断の変遷も経験することがある。そのため、これらを自閉症スペクトラム障害という概念で一括しようという意見がある。

また、レット症候群 (F84.2) や他の小児崩壊性障害 (F84.3) などの器質要因が強いと考えられる群と、その他の広汎性発達障害を一緒にしてよいのかどうかという疑問もある。

## 5. 成人期の多動性障害と広汎性発達障害の診断

青年期や成人期の臨床の視点から、筆者は、幼児期や学童期に大きな問題や症状特徴を認めず、青年期や成人期となって環境的な負荷が加わったとき、広汎性発達障害の特徴を顕在化させてくる群がある可能性を指摘している (青木, 2006, 2008)。あくまでも私見であ

るが、広汎性発達障害の一群は、青年期や成人期の bio-psycho-social な負荷によって顕在化し、乳幼児期や児童期から顕在化する群とはいくらか異なった特徴を呈する可能性がある。しかし、青年期や成人期に顕在化してくる広汎性発達障害を疑われる場合は、十分な発達歴を家族から聴取できないことも少なく、また、ICD-10 の診断は主として小児期を対象としており、自閉症の場合は、「小児期自閉症」となっている。その診断基準で成人を診断できるのかという問題がある。広汎性発達障害が6歳以後に顕在化してくる例も少なくないと考えられる。

また、多動性障害においても、Kooij ら (2005) は、DSM-IV の ADHD の診断基準の6つ以上を満たす成人 (18歳~75歳) は1.0%で、4つ以上満たす成人は2.5%と報告し、ADHD が児童の障害ではなく、成人期にも持続するものであることを指摘した。成人の ADHD においては、不注意の問題と遂行機能の障害が残遺症状となる (Biedermann et al, 2006) とされている。そして、7歳以後 (DSM-IV で言えば、8歳以後に) 顕在化してくる多動性障害も少なくないと考えられる。

## 6. 文化的問題

Mann ら (1992) は、中国・インドネシア・日本・アメリカの専門家たちに、8歳の男の子のビデオを見て多動性について評価させたところ、同じ評価基準を用いても多動性の評価は国によって異なることを報告した。Polanczyk ら (2007) は、120の ADHD の研究から、世界での ADHD の有病率は5.29%であり、地域においては北米とアフリカ及び中東との間に有為な差が認められたが、地域による有病率の変化はそれほど大きくないと報告している。グローバル社会となり、世界が均一化の方向に進んでいるとしても、広汎性発達障害や ADHD と捉えるかどうかは、その社会の持つ価値体系などの文化的要因が関与している可

能性が否定できない。

## D. 考察

1. ICD-10 の F7:精神遅滞(知的障害) F8:心理的発達障害の障害 F9:小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害の多くのものが、発達障害という概念によって括られる可能性がある。「広い意味での発達障害」という視点から考えると、精神遅滞(知的障害)は、認識(認知など)に関する個々の能力にばらつきのない全般的な遅れと捉え、広汎性発達障害は社会性の発達を中心とした、個々の能力にばらつきがあるものと考えられる。また、多動性障害は、注意力に関する発達障害と捉えられるので、F9よりもF8に入れるべきだとも考えられる。以上より、F7精神遅滞とF8心理発達の障害は統合することを検討して良いと考えられる。また、多動性障害は、心理的発達障害に入れることも検討すべきことである。

2. 従来の精神疾患と広汎性発達障害の関係については、鑑別が難しい例が少なくないが、単に併存していると考えられる例もある。また、まず発達障害があり、それをベースとして様々な精神疾患が発展していると考えられると理解しやすい例もある。

DSM-Vでは、パーソナリティ障害、精神遅滞(知的障害)と同様に、第II軸に発達の問題を、含めていこうという意見がある。確かに精神障害と発達の問題は、同列に議論できないところがある。両者の合併は多く、発達の問題が基本にあり、その上に従来の精神障害が生ずる可能性がある。発達の問題と従来の精神障害とを異なった次元で捉え、両者を評価していくという視点が臨床的には求められているように思う。

特に、思春期・成人期に認められる精神障害は、基礎に発達障害を持っている可能性があり、それをどのようにICD-11に反映させ

るかが課題となる。

3. 多動性障害と広汎性発達障害の併存は考えられていた以上に多く、多動性障害の症状が改善したときに、広汎性発達障害症状が顕在化してくることは少なくない。両者を明瞭に区別することは困難であり、一人の子どもに多動性障害傾向がどの程度で、広汎性発達障害傾向がどの程度かというような視点で子どもを診ていく必要がある。多動性障害と広汎性発達障害の併存を認めるべきだと考えられる。

4. 高機能自閉症とアスペルガー症候群の鑑別が困難であり、また小児自閉症に分類される症例よりも、非定型自閉症や特定不能の広汎性発達障害に分類される症例の方が多きことなどから、自閉症スペクトラム障害という概念を用いることも今後は検討すべきだと考えられる。ただ、概念としては有用だと思われるが、疾病分類としては範囲が曖昧で広すぎるという側面があり今後の検討を要する。

5. ICD-10の多動性障害と広汎性発達障害の診断は、主として小児期の行動特徴を診断基準としている。それを小児期の行動特徴を成人期に適用するというのは問題であり、思春期、成人期における診断基準を検討する必要がある。

6. 広汎性発達障害やADHDと捉えるかどうかは、その社会の持つ価値体系などの文化的要因が関与している可能性が否定できない。それをどのように疾病分類に反映させていくかが難しい。

## E. 結論

ICD-10の問題点について、調査、検討した。ICD-10のF7:知的障害(精神遅滞) F8:心理的発達障害 F9:小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害の多くが、発達障害という概念によって括られる可能性がある。成人の精神障害と発達障害を分けて

考える必要がある。多動性障害と広汎性発達障害の合併は考えられていた以上に多い。自閉症スペクトラム障害という概念を用いることは有用ではあるが、範囲が曖昧で広すぎるという問題がある。多動性障害と広汎性発達障害の思春期、成人期の診断基準を検討する必要がある。それぞれの社会の持つ価値体系などの文化的要因が関与を考慮することがある、などが重要と考えた。

#### 引用文献

青木省三：成人期における広汎性発達障害への理解と援助。そだちの科学 8号,47-54,2007

青木省三：思春期における広汎性発達障害。そだちの科学 11号,112-118,2008

青木省三：成人期臨床における広汎性発達障害を考えるにあたって。臨床精神医学 37(12):1511-1514,2008

Biedermann J, Petty C, Fried R, et al. Impact of psychometrically defined deficits of executive functioning adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Am J psychiatry* 2006; 163: 673-1675, 2006

傅田健三：うつ病、不安障害と広汎性発達障害の関係。臨床精神医学 37(12):1535-1541, 2008

広沢正孝：統合失調症と広汎性発達障害。臨床精神医学 37(12):1515-1523,2008

Howlin P. Outcome in High-Functioning Adults with Autism With and Without Early Language Delays-Implications for the Differentiation Between Autism and Asperger Syndrome. *Journal Autism and Developmental Disorders* 2003; 33: 3-13.

加藤 敏：成人期のアスペルガー症候群(障害)とシゾイドパーソナリティ、および統合失調症質(Kretschmer)。精神医学、50：669-679,2008

kooij JJ, Buitelaar JK, Vanden EJ, al. Internal and external validity of Attention-Deficit

Hyperactivity Disorder in et population-based sample of adults. *Psychological Medicine* 2005; 35: 817-827.

Mann EM, Ikeda Y, Mueller CW, et al. Cross-Cultural Differences in Rating Hyperactive-Disruptive Behaviors in Children. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1539-1542.

中川彰子、山下陽子：強迫性障害と広汎性発達障害。臨床精神医学 37(12):1543-1549, 2008

大高一則：パーソナリティ障害と広汎性発達障害。臨床精神医学 37(12):1557-1564,2008

Polanczyk G, Lima MS, Horta BL, et al. The Worldwide Prevalence of ADHD-A Systematic Review and Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 942-948.

Simonoff E, Pickles A, Charman T, et al. Psychiatric Disorders in Children With Autism Spectrum Disorders-Prevalence, Comorbidity, and Associated Factors in a Population-Derived Sample-. *J. AM. ACAS. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY* 2008; 47: 921-929.

杉山登志郎：Asperger 症候群の周辺。児童青年精神医学とその近接領域、49：243-258,2007  
滝川一廣：「精神発達」とはなにか。そだちの科学、1：2-9,2003

高宮静男：摂食障害と広汎性発達障害。臨床精神医学 37(12):1551-1555,2008

山下 洋：気分障害と広汎性発達障害。臨床精神医学 37(12):1525-1533,2008

Yoshida Y, Uchiyama T. The clinical necessity for assessing Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD) symptoms in children with high-functioning Pervasive Developmental Disorder (PDD). *European Child & Adolescent Psychiatry* 2004; 13: 307-314.

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

青木省三：思春期面接の基本と進め方 第46回日本児童青年精神医学会総会教育講演  
児童青年精神医学とその近接領域  
49(4):414-416,2008

青木省三：思春期における広汎性発達障害  
ー外来診療から そだちの科学 11:112-118,  
2008

青木省三：成人期臨床における広汎性発達  
障害を考えるにあたって、臨床精神医学  
37(12):1511-1514,2008

青木省三、村上伸治、松下兼宗、笹江岳児、  
宮崎哲治、鷺田健二、渡邊史恵、和辻大樹：  
F7：精神遅滞(知的障害)、F8：心理的発達の  
障害、F9：小児期および青年期に通常発症す  
る行動および情緒の障害ー特集 精神科診断  
と分類についてーICD-11 の課題ー 精神科  
14(1):54-57,2009

### 2. 学会発表

青木省三：思春期の広汎性発達障害を考え  
る、第16回岡山小児心身症研究会 特別講演  
(岡山) 2008.7.6

青木省三：精神療法の基本について考える、  
富山県精神科医会学術講演会(富山)2008.9.26

青木省三：自傷行為と攻撃性について考え  
る 第49回日本児童青年精神医学会シンポジ  
ウム 2008.11.7(広島)

青木省三：思春期・青年期の精神療法、平  
成20年度鹿児島県精神科病院協会研修会(鹿  
児島) 2008.11.14

青木省三：日常臨床に活かす精神療法、第  
49回中国・四国精神神経学会 教育講演(徳島)  
2008.11.21

## 研究成果の刊行に関する一覧表



## (添付資料2) 研究成果の刊行に関する一覧表

## 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
三國雅彦	気分障害の脳画像と死後脳解析の臨床的意義	福田正人	専門医のための精神科臨床リュミエール2 精神疾患と脳画像	中山書店	東京	2008	205

## 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
丸田敏雅、松本ちひろ、飯森眞喜雄	ICD-11 に向けての動向	精神科診断学	1(1)	48-57	2008
丸田敏雅、松本ちひろ、飯森眞喜雄	ICD-11 作成の動き	精神神経科学雑誌	110(9)	813-818	2008
丸田敏雅、松本ちひろ、飯森眞喜雄	ICD-11 作成に向けて	精神科	14(1)	1-11	2009
一ノ瀬仁志、中根秀之	病名をどう告げるか	Schizophrenia Frontier	9(2)	17-21	2008
岩永洋一、中根秀之、中根允文	DSM と ICD—わが国における精神科診断システムの運用状況—	精神科	14(1)	58-66	2009
Baba S, Kubota Y, Suzuki T, Arai H	Seven Cases of Late-Life Depression Treated With Cilostazol-Augmented Therapy	Journal of Clinical Psychopharmacology	27(6)	727-728	2007
Kawamata M, Kirino E, Inoue R, Arai H	Event-Related Desynchronization of Frontal-Midline Theta Rhythm During Preconscious Auditory Oddball Processing	CLINICAL EEG and NEUROSCIENCE	38(4)	193-202	2007
Shibata N, Ohnuma T, Higashi S, Higashi M, Usui C, Ohkubo T, Watanabe T, Kawashima R, Kitajima A, Ueki A, Nagano M, Arai H	Genetic Association Between Notch4 Polymorphisms and Alzheimer's Disease in the Japanese Population	Journal of Gerontology: BIOLOGICAL SCIENCES	62A(4)	350-351	2007
Kumagai R, Matsumiya M, Tada Y, Miyakawa K, Ichimiya Y, Arai H	Long-term effect of donepezil for Alzheimer's disease: Retrospective clinical evaluation of drug efficacy in Japanese patients	PSYCHOGERIATRY CS	8	19-23	2008

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Nakano Y, Baba H, Maeshima H, Kitajima A, Sakai Y, Baba K, Suzuki T, Mimura M, Arai H	Executive dysfunction in medicated, remitted state of major depression	Journal of Affective Disorders	111	46-51	2008
松原洋一郎、一宮洋介、野澤宗央、新井平伊	高齢者のせん妄—特徴と治療における留意点—	精神科治療学	22(9)	1019-1026	2007
新井平伊	4大認知症疾患の臨床的重要性—なぜ4疾患を取り上げたか?—	精神科治療学	22(12)	1345-1349	2007
村山憲男、井関栄三、杉山秀樹、山本由記子、山本涼子、長嶋紀一、新井平伊	ベンダーゲシュタルトテストによるレビー小体型認知症の簡易鑑別法の開発	老年精神医学雑誌	18(7)	761-769	2007
新井平伊	アルツハイマー病の治療はどこまで進んでいるか?	順天堂医学	54	516-519	2008
野澤宗央、一宮洋介、新井平伊	神経梅毒	老年精神医学雑誌	19	970-974	2008
野澤宗央、一宮洋介、杉山秀樹、野澤詠子、榛沢 亮、内海雄思、山本涼子、村山憲男、熊谷 亮、井関栄三、新井平伊	アルツハイマー病における高用量 donepezil の治療効果	精神医学	50(10)	945-980	2008
新井平伊	アルツハイマー病の神経伝達系の異常	診断と治療	96(11)	2259-2263	2008
Ariga M, Uehara T, Takeuchi K, Ishige Y, Nakano R, Mikuni M	Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in delinquent female adolescents.	J Child Psychol Psychiatry	49(1)	79-87	2008
Sakai T, Oshima A, Nozaki Y, Ida I, Haga C, Akiyama H, Nakazato Y, Mikuni M	Changes in density of calcium-binding-protein-immunoreactive GABAergic neurons in prefrontal cortex in schizophrenia and bipolar disorder.	Neuropathology	28(2)	143-50	2008
Takahashi K, Oshima A, Ida I, Kumano H, Yuuki N, Fukuda M, Amanuma M, Endo K, Mikuni M	Relationship between age at onset and magnetic resonance image-defined hyperintensities in mood disorders.	J Psychiatr Res	42(6)	443-50	2008
Takei Y, Kumano S, Hattori S, Uehara T, Kawakubo Y, Kasai K, Fukuda M, Mikuni M	Preattentive dysfunction in major depression: A magnetoencephalography study using auditory mismatch negativity.	Psychophysiology	46(1)	52-61	2009

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Takahashi K, Oshima A, Inoue K, Takeyoshi H, Fukuda M, Mikuni M	Novel Augmentation therapy with cilostazol for the geriatric major depressive disorder patient with deep white matter hyperintensities on T2-Weighted brain MRI:	A case report. Pharmacopsychiatry	41	37-39	2008
西原浩司、小澤寛樹	抗精神病薬（第1世代、第2世代、その他）	医学と薬学	60(2)	171-177	2008
小澤寛樹、森貴史、尾関あゆみ	疾患と神経新生 うつ病	Clinical Neuroscience	26(8)	863-865	2008
石田康、長友慶子、池田学、内村直尚、大内清、小澤寛樹、北村俊則、近藤毅、赤崎安昭、佐野輝、寺尾岳、西村良二、山田茂人、神庭重信、中村純	プライマリケア医のうつ病診療に関する実態調査	九州神経精神医学	54(2)	120-126	2008
青木省三	思春期面接の基本と進め方 第46回日本児童青年精神医学会総会教育講演	児童青年精神医学とその近接領域	49(4)	414-416	2008
青木省三	思春期における広汎性発達障害-外来診療から	そだちの科学	11	112-118	2008
青木省三	成人期臨床における広汎性発達障害を考えるにあたって	臨床精神医学	37(12)	1511-1514	2008
青木省三、村上伸治、松下兼宗、笹江岳児、宮崎哲治、鷺田健二、渡邊史恵、和辻大樹	F7: 精神遅滞(知的障害)、F8: 心理的発達の障害、F9: 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害-特集 精神科診断と分類について- ICD-11の課題-	精神科	14(1)	54-57	2009

研究成果の刊行物・別冊