

が国の伝統的子育てによって発達障害は予防、防止できるものであり、こうした子育ての知恵を学習する機会を親およびこれから親になる人に提供する」(第18条)とも書いてある。発達障害は脳の機能的な障害であるため、わが国の伝統的子育てなどによって予防、防止できるものでも、病気のように治癒する概念にもあてはまらない。現在の医学的な考え方では、発達障害を何とかなくそうとするのではなく、その当事者や周囲の者が感じている社会的不適応さや困難さがあり、これに対して支援を求めているのであれば、対応すべきであるとされている。発達障害者は独特の考え方や、ユニークな発想をもっていることも珍しくはなく、この特性・特徴は類まれなものであり、社会に大きく貢献する可能性を秘めている。発達障害そのものをなくしてしまえば、彼らのもつ特性までなくすことになってしまう。発達障害を疑われている人たちのなかには偉大な研究や芸術作品を残した人もいる。英国や台湾のように、「こういう子どもを早くみつけて、特別な教育を行い、国家のために貢献してもらおう」という考え方もある。

予防・防止という考え方に立つと、これを引き起こす原因となる保護者を非難することになりやすい。かつて自閉症の心因論が話題になり、「保護者の愛情不足」がその原因と指摘された時代があった。「愛情を一生懸命注いだのに改善しない」ことに責任を感じて親子心中が生じたり、身辺自立のできない自閉症者ができてしまった。1960年代の半ばに英国のラターらによる大規模研究が行

われ、「自閉症児の親と、そうでない親の育て方に違いはなかった」とされたことで、医学的には心因論は否定された。そもそも支援の核になって貰わなくてはいけない保護者を責めて、養育に自信を失わせても意味はない。予防・防止と言う考え方は、現状ではエビデンスに基づく原因によってないものであり、論拠に乏しい。

最近でも、「おかしな人を入社させないためのキット」や「8分間でアスペルガー障害を治すキット」などが高額で販売されている。国民の間に、発達障害に対する正しい認識が広まっていれば、このようなキットが売れるはずもないのだが。

### おわりに

発達障害は、法律が施行されてから7年しか経過していない新しい障害概念である。全国的に発達障害者支援センターができ、ほかの法律上も“発達障害”が明記されつつある。このように支援の充実が短期間に進んでいる一方で、「発達障害が本当には理解されていないのではないか?」と感じる事柄も散見されている。発達障害の理解・啓発にさらに努力する必要があると思われる。

### 参考文献

- 1) 市川宏伸：医療における発達障害の支援。LD研究 21：143-151, 2012
- 2) 市川宏伸：発達障害—医療を中心に。Jpn J Rehabil Med 49：421-427, 2012
- 3) 市川宏伸：発達障害の概念の流れ。発達障害年鑑 3：6-11, 2011



### 「ノーマライゼーション 障害者の福祉」11月号特集目次

特集 障害者差別禁止法の制定に向けて

差別禁止部会の意見の概要について (東 俊裕)

差別禁止法制定に向けて (太田修平)

障害者差別禁止法に求めるもの

～聞こえ始めた「障害女性」の声～ (加納恵子)

日本における障害差別禁止法 (仮称) の制定に向けて (引馬知子)

条例や虐待防止法の観点から (野沢和弘)

障害者差別禁止法への期待—JDFの立場から— (崔 榮繁)

差別禁止法の制定に向けて

—障害者欠格条項撤廃に取り組んできた立場から (臼井久実子)

## 発達障害診断の最新事情

—DSM-5を中心に

福島大学大学院教授

内山登紀夫  
うちやま と き 夫

### なぜ診断が必要なのか？

まず、なぜ診断が必要なのかについて発達障害の中心である自閉症スペクトラム障害 (Autism Spectrum Disorder 以下ASD) を中心に解説する。

#### (1) 支援のための診断

重要な目的は治療方針を決定するためである。ASDの症状は多様である。例えば言葉の遅れが生じるのはASDだけではない。知的障害でも難聴でも言葉の遅れは生じる。同じ言葉の遅れでも難聴とASDでは支援の方法が違う。適切な支援を行うためには適切な

診断が必要なのである。難聴であれば補聴器や人工内耳、手話などの支援手段をとるだろう。ASDの場合は聴力障害ではなく認知障害であるから、認知障害を想定した支援方法をとることになる。診断は支援方法をプランするときに、どのような方法をとるかの根拠になる。

さらに診断を下すことで、その障害のさまざまな特徴が明らかになる。ASDと診断すれば、合併しやすい障害がわかる。知的障害を伴うASDにはてんかんが合併しやすいし、高機能のASDは思春期以降に抑うつや不安状態になりやすいことがわかっている。診断を下すことで、合併しやすい障害についても予測し、もし合併すれば早期に治療することが可能になる。

もう一つ重要なことは予後予測である。予後とは、今の障害特性がどのように今後変わっていくかという情報である。ASDは基本的に生涯にわたって継続する障害であることがわかっている。したがって支援者は、ASDの特性は、発達や支援によって改善する可能性は十分にあるものの、基本的な特性は生涯継続することを前提に、支援プランをたてなければならぬ。

## (2) 情報共有のための診断

誰かがASDとかアスペルガー症候群などの診断名を言ったとき、それを聞いた他者が同じ特性をもったグループの人を思い浮かべないと診断名の意味がない。医師や教師などの専門家や親たちが、それぞれの経験を伝え合ったり支援ニーズについて検討したり、ASDに関する経験を集積して、他のASDの人たちに役立てたいと思う場合にASDの定義が人によって違っていると困る。親の会とかきょうだい会などはASDの家族という共通項が会を作る要件である。ASDの意味が人によって違っている場合は会を作る意味があまりないだろう。

## (3) 公的サービスを受けるための診断

ASDと診断された場合、ASD特有の不自由さがある。例えば、対人交流がうまくいかず孤立的になったり、一方的になったりする、急な変更が苦手であるとか、感覚が過敏であるとかの行動特徴は子どもではASDに比較的、特異的（ASD以外の障害では少ない）である。ASDでは他の障害とは異なった障害特性を考慮したサービスが必要になる。

ASDの障害特性は他の障害よりわかりにくい。例えば、運動障害のために歩行ができない子どもに個別の移動サービスを提供することは行政も理解しやすいが、奇声をあげたり感覚過敏があるために公共交通機関が実質的に使えないASDの子どもにも移動サービスが必要であることは、行政や一般の人には理解しにくい。ASDの障害特性を行政などの他者に理解してもらうことが重要である。

ASDは生涯にわたる障害であるから支援サービスも幼児期や学童期だけでなく成人期や老年期まで含めたサービスが必要である。ASDに特化した社会資源が充実するように運動するための出発点としても診断は重要である。

## 二つの診断基準 DSMとICD

国際的に使用される診断基準にはDSMとICDがある。DSMはアメリカ精神医学会が規定している診断基準であり、ICDは国際連合の組織である世界保健機関の診断基準である。日本の厚生労働省はICDを使用している。二〇一三年五月にDSM-IV-TRからDSM-5に改訂された。DSMによる診断は操作的診断基準と呼ばれ、いくつかの特徴的な行動特性を記述し、そのうち何項目以上があてはまれば自閉性障害、自閉症スペクトラム障害と呼びましようというのが基本的な考え方である。障害の原因や医学的・心理学的特性を研究する際、医学的・心理学的治療法を検討するような研究をする際には、対象となる特定のグループ（「臨床単位」と呼ばれる）の同定と、そのグループの認知特性や行動特性がある程度一致していること（均質性と呼ばれる）、医師などの専門家間で同じグループをイメージできること（再現性と呼ばれる）が必要である。DSMの診断体系は異なる場で集められたデータを比較し、研究者・臨床家間のコミュニ

ニケーションを促すことが目的の一つで、現在に至っている。そこで自閉症の人たちが呈しやすい行動特徴をいくつか記載し、そのうち何項目があてはまると自閉症と呼びましようという取り決める方が、人によって自閉症の範囲が異なる可能性が少ないと考えた人たちがいた。それが現在のDSM-5に繋がっている。

では、DSMを適用した場合、自閉症はどのように診断するのだろうか？ DSM-5の自閉症スペクトラム障害の診断基準を表1（四・一五頁）にあげた。

### DSM-5では、何が変更されたか？

DSM-5では発達障害全般で診断基準の変更があった。

#### 自閉症スペクトラム障害（ASD）

ASDの診断基準が大幅に変更された点が注目される。主な変更点は次の四点である。①広汎性発達障害という用語が廃止された。②アスペルガー障害という用語も使われなくなった。③そしてDSM-IV-TRまでは「社会性」、「コミュニケーション」、「こだわ

C. 症状は児童期早期に存在しなければならない（しかし、周囲からの社会的要求が能力の限界を超えるまでは完全には顕在化しないことや、学習によって身についた方略によって隠されていることがある）。

D. 症状によって社会生活、職業、あるいは他の領域の現在の機能が臨床的に明白に障害されている。

E. これらの障害は知的障害（知的発達障害）つまり全般的な発達の遅れでは説明できない。知的障害と自閉症はしばしば合併する。自閉症スペクトラム障害と知的障害の重複診断を下すためには対人コミュニケーションの程度は全般的な発達の水準よりも重度でなければならない。

注：DSM-IVの自閉症、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害に該当する場合は自閉症スペクトラム障害の診断を下すべきである。

対人コミュニケーションに明白な障害があるが、自閉症スペクトラムの診断に該当しない場合は、社会的（語用論的）コミュニケーション障害について評価されるべきである。

**下記を特定せよ**

知的障害の合併の有無

言語障害の合併の有無

医学的・遺伝的あるいは環境要因があきらかな場合

（コード上の注意：合併した医学的・遺伝的障害を特定するために、そのコードを付記する）

他の神経発達・精神・行動障害がある場合

（コード上の注意：合併した神経発達障害、精神・行動障害を特定するために、それらのコードを付記する）

カトニアの合併（定義については精神障害を合併したカトニアの診断基準を参照、pp.119-120（原著））

（コード上の注意：合併したカトニアの存在を示すために自閉症スペクトラム障害に合併したカトニアのコード238.89 [F06.1]を付記する）

り」の三領域で診断されていたのが、「コミュニケーションと社会性」（DSM-5の用語では「対人コミュニケーションおよび対人的相互交流」と「こだわり」（DSM-5の用語では「限局された反復的な行動や興味、活動」）の二領域で診断されるようになった。つまり、DSM-IV-TRまでの対人交流障害とコミュニケーション障害が一つの領域にまとめられた。④さらに感覚の問題は今までは診断基準に含まれてこなかったが、「こだわり」の領域に感覚過敏/鈍麻というこれまで診断基準に含まれていなかった項目が含まれた。

さらに関連する障害として「社会的（語用論的）コミュニケーション障害：Social Prag-

表1 DSM-5 自閉症スペクトラム障害の診断基準 (内山訳)

**DSM-5 自閉症スペクトラム障害 299.99 [F84.0]**

**診断基準**

A. 対人コミュニケーションおよび対人的相互交流の継続する障害で、現在および過去の様々な場面で以下の状態で現れる（例は参考のための記載で、網羅しているわけではない；テキスト〈略〉を参照のこと）：

1. 対人-情緒的な相互性の障害；その範囲は、例えば、異常な対人的接近や正常な発話の交換ができないことから、興味、情緒、感情を他者と共有することの乏しさ；対人的交流を開始すること、他者からの対人的交流に反応することの不全にまで及ぶ。
2. 対人的相互交流のために用いられる非言語的コミュニケーション行動の障害；その範囲は、例えば、言語と非言語的コミュニケーションがうまく統合されていないことからアイ・コンタクトやボディ・ランゲージの異常、表情や身振りの完全な欠如にまで及ぶ。
3. 対人関係を築くこと、維持すること、理解することの障害、その範囲は、例えば、多様な社会的状況で適切にふるまうために行動を調整することの困難からごっこ遊びの共有や友人をつくることが難しいこと、仲間への関心の欠如にまで及ぶ。

*現在の重症度を特定せよ*

重症度は対人コミュニケーションの障害と限局された反復的行動パターンに基づく（表2〈略〉を参照）

B. 限局された反復的な行動や興味、活動で、以下の少なくとも2つが現在あるいは過去にみられる（例は参考のための記載で、網羅しているわけではない；テキスト〈略〉を参照のこと）：

1. 常同的／反復的な運動、物の使用、あるいは会話（例：単純な常同運動、物並べや物を弾く、エコラリア、独特の表現など）
2. 同一性への固執、ルーチンへの頑なな固着、言語あるいは非言語的行動の儀式的パターン（例：些細な変化に対して極端な苦痛を感じる、変化に対する適応困難、固着した思考パターン、儀式的挨拶、毎日同じ道順を通ったり同じ食べ物を食べる必要がある）
3. 強度や集中の仕方が異常な程度に高度に限局的で固着した興味（例：変わった物への強い執着や没頭、極めて限局的あるいは固執的な興味）
4. 感覚刺激に対する反応性亢進あるいは反応性低下、あるいは環境の感覚的側面に対する異常なほどの興味（例：痛み／熱さ／冷たさに対する明白な無反応、特定の音や感触に対する嫌悪反応、過度に物の匂いを嗅いだり、触ったりすること、光や動く物体に魅惑される）

*現在の重症度を特定せよ*

重症度は対人コミュニケーションの障害と限局された反復的行動パターンに基づく（表2〈略〉を参照）

matic) Communication Disorder] が新たに採用された。

#### 注意欠陥多動性障害 (ADHD)

注意欠陥多動性障害に関してはASDのような大幅な変更はなかった。DSM-IV-TRでは症状の出現が「七歳以前」とされていたのが「一二歳以前」に変更された。また、これまでは児童期も成人期も同じ基準が使用されていたが、成人期の診断基準が緩和された。これにより、成人期に注意欠陥多動性障害と診断される事例が増えることが予想される。

また、これまではASDと注意欠陥多動性障害の合併診断ができなかったが、DSM-5では合併診断が可能になった。

#### 知的障害 (Intellectual Disabilities)

これまで知的障害の重症度(軽度、中度、重度、最重度の四段階)を分類するのにIQ(知能指数)が用いられていたが、DSM-5ではIQではなく適応行動によって分類することになった。

#### DSM-5の影響

アメリカではDSM-5の草稿が発表された段階で、自閉症スペクトラムと診断される人の数が減るのではないかと議論が持ち上がった。ASDと診断されないことは、州によっては今まで受けられてきた公的サービスが受けられなくなるということになり、ASDの当事者や保護者にとっては大問題になる。まさに、前述の「公的サービスを受ける根拠としての診断」を巡る問題が持ち上がったのである。そのためもあってか、DSM-5には「DSM-IVの自閉症、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害に該当する場合はASDの診断を下すべきである」という注が付け加えられたであろう。このことはサービスの一貫性という点ではよいことかもしれないが、改訂をする理由が曖昧になったということも否めない。

その一方では、「対人コミュニケーションに明白な障害があるが、ASDの診断に該当しない場合は、社会的(語用論的)コミュニケーション障害について評価されるべきである」とされる。このような事例は従来、「特定不能の広汎性発達障害」とされてきた。また「社会的コミュニケーション障害」についての診断

や評価、支援の方法については専門家の間でも十分な議論があるわけではなく、研究蓄積も乏しいので、今後ASDとの鑑別を巡る混乱も予想される。

アスペルガー症候群（障害）が削除されたのは時期尚早であろう。アスペルガー症候群概念が普及してきて、従来自閉症と関連した障害として考えられることがほとんどなかった知的障害を伴わないASDが注目され、支援方法も議論されるようになってきた。従来「しゃべらない」「孤立している」などの自閉症のイメージにそぐわないASDが認知されてきた背景にはアスペルガー症候群概念の浸透がある。ここで、アスペルガー症候群の用語が廃止されることで、いわゆる高機能例（知的障害を伴わないASD）への支援が後退しないことを願うばかりである。

ADHDについては診断基準が緩和されたので、ADHDと診断される子どもや成人は増えることが予想される。特に成人期のADHDは増えるだろう。またASDとの併記が認められたので、「ASD+ADHD」と診断される子どもや成人が増えるだろう。

## まとめ

前述したように、DSMはアメリカ精神医学会の診断基準であり、日本では公的な診断基準としてはICDを使用している。DSMが改訂されたからといって直ちに重大な影響があるとは思えない。日本の子どもや成人が直接影響を受けるのは現在改訂作業中のICDであり、我々はICD-11に向けて意見を表明していく必要がある。

### 【参考・引用文献】

- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition, Text Revision*. (高橋 三郎・大野 裕・柴 俊 俊 幸 (訳)「DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル」医学書院、二〇〇二)
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

## DSM-5の概要

— 歴史的意義と今日の臨床への影響

Overview of the DSM-5 : its history and implications for clinical practice



松本ちひろ

Chihiro MATSUMOTO

東京医科大学精神医学講座

◎精神疾患の分類と診断の手引き (Diagnostic and statistical manual for mental disorders : DSM) 第5版が2013年5月にアメリカ精神医学会により出版された。操作的診断基準をはじめ全面的に採用したことで急速に普及したDSM-IIIの登場から30年たつ現在においても、DSM-5の作成にあたり大規模な変更の論議となるような生物遺伝学的エビデンスは得られておらず、改訂の焦点は十分に蓄積された知見の反映と臨床的有用性の向上に絞られた。具体的には、発達の視点をより積極的に取り入れた診断の推奨、カテゴリカルからディメンショナルな診断法への移行、診断で要求される情報量の過不足の是正、臨床家の裁量拡大による柔軟性の確保があげられる。厳密な操作的定義と診断基準を提供することで支持を得てきたDSMであるが、第5版作成にあたっては臨床的意義がより重視された傾向があり、研究をはじめ、診断基準に厳密さが求められる領域において困難が生じるとの懸念もある。



Key word

診断分類, DSM, ICD, 操作的診断基準

精神疾患の診断分類において International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) とならびわが国でも広く用いられている Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM) が、2013年5月に第5版の完成と出版を迎えた。

本稿においては、各論は本特集号内の他稿に譲り、DSM-5<sup>1)</sup>の概要とその前身にあたるDSM-IV-TR<sup>2)</sup>からの変更点を、歴史的な背景と考えられる臨床への影響を交えて紹介する。

### 歴史的文脈におけるDSM-5作成の意義

DSMの改訂が意味するところに踏み込む前に、そもそも精神疾患を診断し分類するという試みについて触れる必要があるであろう。精神疾患は自然科学的な意味で実体的に、いわばはっきりと目に見える形で存在するものではない。他の医学領

域ではさまざまなバイオマーカーが診断における客観的情報として確保できるが、精神疾患はいぜんとして実態的疾患というよりも臨床症状による操作的定義に依拠せざるをえないのが現状である(「サイドメモ」参照)。

精神疾患の定義が他の身体疾患に対し比較的曖昧であっても、精神疾患とされる病態を呈する患者を目前に医療サービスを施さないわけにはいかない。近代医学の原理は、患者にまず診断という命名を行い、その命名により医学という知の体系にその患者が結びつけられることから、医療というサービスがはじまる、というものである。精神医療というサービスの提供にあたり治療のターゲットとなる精神疾患を名づける必要がある一方、客観的な臨床所見および病理所見の乏しさから臨床家間で共通の診断言語を発展させることは難しかった。

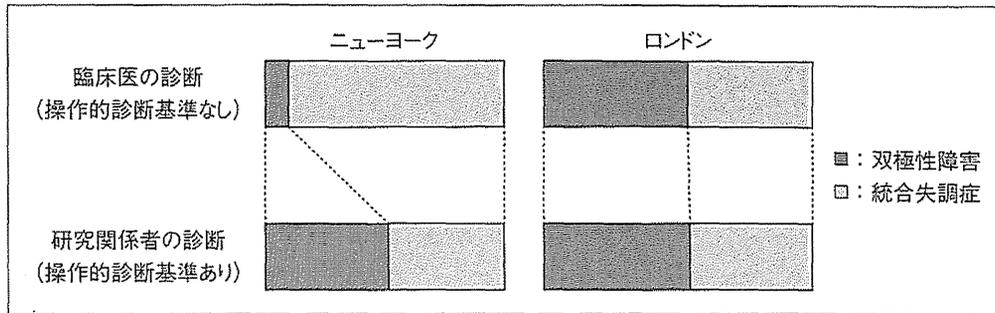


図 1 ロンドンとニューヨークにおける双極性障害と統合失調症診断の割合比較<sup>3)</sup>

DSM の歴史に触れるうえで欠かせないのが、1960～1970 年代にロンドンとニューヨークにおいて行われた、現在でいう統合失調症と双極性障害の有病率調査である<sup>3)</sup>。この調査では統合失調症の有病率がニューヨークにおいて非常に高いかのような結果が得られたが、実際にはニューヨークの医師に躁症状を精神病性症状とみなす傾向があり、2つの精神疾患の診断が共通して用いられていなかったことが判明した(図 1)。この調査以降、診断基準の信頼性、つまり共通の診断基準を用いることによってだれでも同じ診断に至ることが担保される診断分類システムが必要であるとの機運が高まった。ここで登場したのが DSM-III<sup>4)</sup>である。DSM はそれまでも第 1 版、第 2 版が出版されていたが、DSM-III では操作的診断基準が

はじめて全面的に採用されたため、高い信頼性と共通言語としての診断基準を求めるユーザーに広く受け入れられ、急速に普及することとなった。また、医療財政計画から新薬の治験まであらゆる分野において DSM-III が用いられるようになったため、DSM-III から DSM-IV<sup>5)</sup>への変更は必要最小限にとどめるのが DSM-IV 作成時の基本方針であった。

DSM-III 作成当時から数えれば実に 30 年もの間、臨床と研究の領域において用いられていた DSM の改訂にあたり、DSM-5 実行委員会への風当りは改訂作業開始当初から強かった。とくに DSM-III と DSM-IV 作成をそれぞれ担った Frances や Spitzer らはあらたに神経生物学的エビデンスが得られたわけでもないのに DSM を改訂する根拠はなく、むしろ臨床および研究に混乱をきたすものであるとの批判を繰り返した<sup>6)</sup>。実行委員会としても診断分類を根幹から見直すエビデンスに乏しいことは認めており<sup>7,8)</sup>、DSM-5 作成における目的は過去に十分蓄積された知見の反映と臨床的有用性の向上に焦点が絞られることとなった。

サイド  
メモ

Mental disorderをめぐるとの語の問題：“精神疾患” vs. “精神障害”

“Mental disorders” は DSM では一部 “精神疾患” と訳されており(日本語のタイトルは『精神疾患の分類と診断の手引き』)、ICD では基本的に “精神障害” に統一されている。個々の診断カテゴリーを自然科学的な意味での疾患と位置づけるにはエビデンスが不足している一方で、disability の訳語として一般的に広く浸透している “障害” を訳語として用いるのは適切とはいえない。病因や機序まで言及せず、秩序(order)が欠落あるいは損なわれている(dis-)状態を単に指し示す disorder に適切かつ広くコンセンサスが得られている訳語は現時点で存在せず、これは精神疾患または障害を診断し分類するという試みの本質的な難しさと無関係ではないであろう。

発達の視点の取入れ

DSM-5 作成においてはまず発達の視点の取り入れが重視された。DSM-IV-TR までは横断的診断における高い信頼性が重視されてきた関係上、ある精神疾患がライフスパンを通しどのように臨床像を変化させるのか、また発達段階によってどのように顕在化するのかなど、発達の視点が不十分であった側面がある。今回の改訂では診断分類システムの臨床での利用における発達の視点が

表 1 DSM-IVとDSM-5の章立て比較<sup>13)</sup>

DSM-IV (1994)	DSM-5 (2013)
通常, 幼児期, 小児期, また青年期にはじめて診断される障害	神経発達症
せん妄, 痴呆, 健忘および他の認知障害	統合失調症スペクトラム障害および他の精神病的障害群
一般身体疾患による精神疾患	双極性障害および関連障害群
物質関連障害	抑うつ障害群
精神分裂病および他の精神病的障害	不安症群 [不安障害群]
気分障害	強迫性および関連症群 [強迫性障害および関連障害群]
不安障害	心的外傷およびストレス因関連障害群
身体表現性障害	解離症群 [解離性障害群]
虚偽性障害	身体症状症および関連症群
解離性障害	食行動障害および摂食障害群
性障害および性同一性障害	排泄症群
摂食障害	睡眠・覚醒障害群
カテゴリー	性機能不全群
他のどこにも分類されない衝動制御の障害	性別違和
適応障害	秩序破壊的・衝動制御・素行症群
人格障害	物質関連障害と嗜癖性障害群
臨床的関与の対象となることのある他の状態	神経認知障害群
	パーソナリティ障害群
	パラフィリア障害群
	他の精神障害

重視され、全体の章立てから個別の診断カテゴリーの診断基準まで、さまざまな形で発達段階への配慮がなされることとなった。

実際の変更点をいくつか例にとると、まず章立てがDSM-IV-TRと比較して大きく変化していることがわかる(表1)。厳密ではないが、おおまかに生物遺伝学的負因の大きなものからライフスパンのより後期に発症するものへと配置されている。また、DSM-IV-TRまで発症が早期であるとの共通項からまとめられていた章(“通常, 幼児期, 小児期, または青年期にはじめて診断される障害”)が解体され、臨床症状からより適切と思われる章への再分類がなされている(例: 反応性アタッチメント [愛着] 障害は心的外傷およびストレス因関連障害群に、異食症は食行動障害および摂食障害群に)。

同一診断カテゴリーにおいて診断基準を年齢により別々に設定したものもある。ADHDは従来、就学以前に症状表出があることを診断の条件としており、成人以降の診断に関しては言及がなかった。これに対し、DSM-5では症状表出時期が7歳以前から12歳以前に引き上げられている。また、17歳以上では成長に伴う適応の工夫や向上の可能性も加味し、診断時に満たす必要のある基準の

総数を16歳以下と比較して1つ少ない5つとしている。6歳以下におけるPTSDの診断基準においては成人のそれと比較し閾値が低く設定されている。また、発達段階によって症状表出が成人の場合とは異なる可能性への言及も明示されている。

### カテゴリーカルからディメンショナルへの限局的な移行

診断分類の領域において精神疾患をカテゴリーカルでなくディメンショナルな概念として考えようという発想が主流となりつつある。ある人が診断カテゴリーAに該当するか否か、症状があるかないかでなく、診断カテゴリーAにどの程度合致し、症状がどの程度重いかという、いわば連続性のなかでとらえようとする発想と表現してもよいであろう。この発想は臨床的に有用であることが期待される一方、カテゴリーカルな分類法に依拠する既存の診断分類システムからの変更は大規模なものとならざるをえない。臨床のみならず行政などへの影響も加味され、最終的にディメンショナルな評定方法の採用は限定的なものとなった。具体的には、抑うつ症状、不安症状、不眠症状などを、診断カテゴリーにかかわらず評定する案(“cross-cutting measures” とよばれる)や、精神

病症状の重症度評価が DSM-5 への収載を期待されたが、最終的には Section III とよばれる、今後引き続き検討されるべき尺度とモデルのセクションに収録された。

DSM-5 においてディメンショナルな発想が反映された領域としては、広汎性発達障害があげられる。自閉症、アスペルガー症候群、広汎性発達障害 NOS などさまざまなカテゴリーが広汎性発達障害には含まれていたが、このカテゴリー間の区別が廃止され、自閉スペクトラム症として、その名称がさすとおりのスペクトラム上に再概念化されることとなった。また、症状もコミュニケーションと限局的・反復的行動の 2 領域における重症度が段階的に評価されるようになった。自閉スペクトラム症は発達障害の有識者間で普及して久しく、今回の改訂における採用は比較的妥当との判断がなされたものと思われる。

#### 臨床への有用性を鑑みた情報の追加と削除

既存の診断分類システムが臨床的有用性の点で抱える問題は幅広く指摘されてきた<sup>9-12)</sup>。なかでも臨床現場において問題となるのは同一診断名がつく患者どうしであっても臨床像が実に多様であること(つまり診断名が臨床上の情報伝達において役割を十分に果たさない)と、治療に直結しない情報まで特定を求められる(つまり診断分類システムの使用が臨床業務を必要以上に煩雑にする)ことの 2 点があげられる。言い換えれば、診断分類システムが臨床家に特定を求める情報の項目が臨床の現状に即さず過不足を呈しているということである。この問題に対し、治療や予後への関連を鑑みて情報の追加と削除が試みられた。

病態がより詳述された例に、まず強迫症関連がある。OCD をはじめ、ためこみ症(hoarding disorder; DSM-5 で新設)、身体醜形症(DSM-IV-TR では強迫性でなく身体表現性障害に分類)を含む強迫症群では病識の程度が表記できるようになった。これは自らの病態への認識の程度が予後に大きく関連するとの理由からである。PTSD における解離性サブタイプの追加もこの例に含んでよいであろう。解離性症状を伴う PTSD 患者への治療方針は解離性症状がない場合と比較し配慮が

必要であり、予後にも関連するとの理由から従来の PTSD 診断に当該サブタイプが設けられた。臨床への直接的貢献を見込んだ情報の追加という点では軽度の(mild)神経認知障害の診断カテゴリー新設もここに含められる。従来の認知症に相当する診断カテゴリー(major neurocognitive disorder)に加え、近年では画像診断などから認知症未満の病態も診断と治療の対象に含められるようになってきている。そこで、DSM-5 では認知機能の障害が major と minor の 2 段階で評価されるようになった。

反対に、臨床的意義の観点から簡略化された診断カテゴリーも存在する。身体表現性障害は従来複数の診断カテゴリーが設けられていたが、DSM-5 では身体面での症状を呈する病態は基本的に身体症状症で一本化され、疼痛、持続期間、重症度はすべて特定用語による表記となった(唯一、実際の身体症状を伴わない身体疾患にまつわる不安のみを訴える病態は illness anxiety disorder として別途診断カテゴリーが設けられている)。物質使用に関する診断分類も同様に簡略化の方向で見直しが試みられ、従来の依存と乱用が物質使用障害に一本化されることとなった。具体的には DSM-IV-TR の依存と乱用の診断基準を合わせたうち、2 つ以上を満たすと物質使用障害の診断となる(依存では 3 つ以上、乱用では 1 つ以上であった)。なお、物質使用障害においては該当する診断基準の総数により重症度評価が特定用語で示される。

最後に、経時変化が大きく信頼性や妥当性が低いとの理由に加え、治療方針の決定や予後の予測に役立たないとの理由から DSM-5 で廃止された統合失調症の亜型分類にも触れておく。統合失調症は病像の記述にあたり DSM-IV-TR まで亜型分類が用いられてきたが、これに相当する情報を補完する代替的手段は、緊張型を除き、上述の身体症状症や物質使用障害と異なりとくに用意されていない。臨床への直接的または具体的なメリットが期待できないとしても患者の臨床像の記述や伝達に貢献していた可能性は除外できず、亜型でなく特定用語とするなど漸次的措置がいつい講じられなかったことに懸念が残る。

## 臨床家による裁量の拡大

診断基準の信頼性は基準が操作的であればあるほど、つまり客観的かつ具体的で、解釈の余地が少ないほど信頼性は高まる。冒頭で述べたとおり DSM は長らく診断基準を非常に操作的に記述することで高い信頼性を誇ってきた。一方、操作的診断基準が厳格であるあまりに臨床的有用性が損なわれる側面も指摘されてきた。端的な例として神経性やせ症 [神経性無食欲症] における低体重の基準があげられる。DSM-IV-TR まで有意な低体重の基準は操作的に BMI が年齢相応の 85% 未満と定義されており、たとえば他の基準をすべて満たすのに BMI が 86% の患者は NOS と診断せざるを得なかった。これが DSM-5 では BMI の数値への言及は重症度評価にのみ用いられ、診断の要件ではなくなった。患者の体重が有意に低いかどうかの判断は最終的には臨床家への判断に委ねられることとなっている。

臨床家による裁量が拡大されたと解釈できる領域は他にも及ぶ。伝統的に知的障害の重症度は IQ の数値に依拠していたが、DSM-5 では知的障害の診断にあたり conceptual, social, practical の 3 領域における機能の程度が記述されており、この記述に照らし合わせる形で重症度が評価されるようになっていく。

抑うつ障害における死別体験の除外基準の削除もここに含めてよいであろう。死別反応と抑うつ状態または抑うつ障害との関連は今日において明らかに示されていない。死別体験後に抑うつ状態を呈するのは正常な反応であり、この反応を“障害”とするのは行き過ぎであり不当であるとの意見がある。一方では死別体験もストレス因子の一種にすぎず、死別体験により誘発されたとみられる抑うつ状態を他のストレス因子による抑うつ状態から区別する根拠は乏しく、発症の契機となったライフイベントの種類にかかわらず治療を必要とする患者への加療を認めるべきとの意見もある。DSM-IV-TR まで、死別を発症 2 カ月以内に体験している場合はうつ病性障害の診断対象から除外するとの記載があったが、DSM-5 では死別体験後の典型的または健全な反応と、診断対象とすべき病態を詳細に記述し、各臨床家はその記述

に則り判断するかたちとなった。

## おわりに

上述の変更点は臨床での使用における柔軟性が高まったという点において評価される一方、信頼性の高さからとくに学術分野で重用されてきた DSM の歴史を考えると診断基準に厳密さが要求される領域において困難が生じるとの懸念もある。

今回の改訂ではとくに疫学を中心とする研究領域の継続性を損ねず、かつ臨床的有用性の向上をめざすというバランス感覚が要求された。改訂のプロセスにおいて幾度となく実行委員会が主張してきたのは、living document としての DSM、つまりあくまでも現在において最新の診断分類システムという位置づけであり、あらたなエビデンスを随時取り込み、将来的に発展する含みをもたせる姿勢である。

本稿は DSM-5 の総論ということで、変更点を網羅的に記述することはできなかったが、読者が歴史的背景や文脈を念頭に DSM-5 を手に取る一助となれば幸いである。

## 文献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. Arlington VA, American Psychiatric Association, 2013.
- 2) American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., Text Revision. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.
- 3) Professional Staff of the United States-United Kingdom Cross-National Project : The diagnosis and psychopathology of schizophrenia in New York and London. *Schizophrenia Bulletin*, **11** : 80-102, 1974.
- 4) American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Washington DC, American Psychiatric Association, 1980.
- 5) American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
- 6) Frances, A., 大野 裕 : DSM-5 をめぐって—Dr. Allen Frances に聞く. *精神医学*, **54** : 819-827, 2012.
- 7) Hyman, S. E. : Can neuroscience be integrated into the DSM-IV. *Nat. Rev. Neurosci.*, **8** : 725-732, 2007.
- 8) Hyman, S. E. : The diagnosis of mental disorders : The problem of reification. *Ann. Rev. Clin. Psy-*

病症状の重症度評価が DSM-5 への収載を期待されたが、最終的には Section III とよばれる、今後引き続き検討されるべき尺度とモデルのセクションに収録された。

DSM-5 においてディメンショナルな発想が反映された領域としては、広汎性発達障害があげられる。自閉症、アスペルガー症候群、広汎性発達障害 NOS などさまざまなカテゴリーが広汎性発達障害には含まれていたが、このカテゴリー間の区別が廃止され、自閉スペクトラム症として、その名称がさすとおりのスペクトラム上に再概念化されることとなった。また、症状もコミュニケーションと限局的・反復的行動の 2 領域における重症度が段階的に評価されるようになった。自閉スペクトラム症は発達障害の有識者間で普及して久しく、今回の改訂における採用は比較的妥当との判断がなされたものと思われる。

#### 臨床への有用性を鑑みた情報の追加と削除

既存の診断分類システムが臨床的有用性の点で抱える問題は幅広く指摘されてきた<sup>9-12)</sup>。なかでも臨床現場において問題となるのは同一診断名がつく患者どうしであっても臨床像が実に多様であること(つまり診断名が臨床上的情報伝達において役割を十分に果たさない)と、治療に直結しない情報まで特定を求められる(つまり診断分類システムの使用が臨床業務を必要以上に煩雑にする)ことの 2 点があげられる。言い換えれば、診断分類システムが臨床家に特定を求める情報の項目が臨床の現状に即さず過不足を呈しているということである。この問題に対し、治療や予後への関連を鑑みて情報の追加と削除が試みられた。

病態がより詳述された例に、まず強迫症関連がある。OCD をはじめ、ためこみ症(hoarding disorder; DSM-5 で新設)、身体醜形症(DSM-IV-TR では強迫性でなく身体表現性障害に分類)を含む強迫症群では病識の程度が表記できるようになった。これは自らの病態への認識の程度が予後に大きく関連するとの理由からである。PTSD における解離性サブタイプの追加もこの例に含んでよいであろう。解離性症状を伴う PTSD 患者への治療方針は解離性症状がない場合と比較し配慮が

必要であり、予後にも関連するとの理由から従来の PTSD 診断に当該サブタイプが設けられた。臨床への直接的貢献を見込んだ情報の追加という点では軽度の(mild)神経認知障害の診断カテゴリー新設もここに含められる。従来の認知症に相当する診断カテゴリー(major neurocognitive disorder)に加え、近年では画像診断などから認知症未達の病態も診断と治療の対象に含められるようになってきている。そこで、DSM-5 では認知機能の障害が major と minor の 2 段階で評価されるようになった。

反対に、臨床的意義の観点から簡略化された診断カテゴリーも存在する。身体表現性障害は従来複数の診断カテゴリーが設けられていたが、DSM-5 では身体面での症状を呈する病態は基本的に身体症状症で一本化され、疼痛、持続期間、重症度はすべて特定用語による表記となった(唯一、実際の身体症状を伴わない身体疾患にまつわる不安をのみを訴える病態は illness anxiety disorder として別途診断カテゴリーが設けられている)。物質使用に関する診断分類も同様に簡略化の方向で見直しを試みられ、従来の依存と乱用が物質使用障害に一本化されることとなった。具体的には DSM-IV-TR の依存と乱用の診断基準を合わせたうち、2 つ以上を満たすと物質使用障害の診断となる(依存では 3 つ以上、乱用では 1 つ以上であった)。なお、物質使用障害においては該当する診断基準の総数により重症度評価が特定用語で示される。

最後に、経時変化が大きく信頼性や妥当性が低いとの理由に加え、治療方針の決定や予後の予測に役立たないとの理由から DSM-5 で廃止された統合失調症の亜型分類にも触れておく。統合失調症は病像の記述にあたり DSM-IV-TR まで亜型分類が用いられてきたが、これに相当する情報を補完する代替的手段は、緊張型を除き、上述の身体症状症や物質使用障害と異なりとくに用意されていない。臨床への直接的または具体的なメリットが期待できないとしても患者の臨床像の記述や伝達に貢献していた可能性は除外できず、亜型でなく特定用語とするなど漸次的措置がいつい講じられなかったことに懸念が残る。

## ● 発達障害とは何か

## DSM, ICD における発達障害診断の新分類について

\* 東京医科大学 精神医学講座 \*\* 同 准教授 \*\*\* 同 主任教授

松本 ちひろ\* 丸田 敏雅\*\* 飯森 真喜雄\*\*\*

## 要旨

我が国を含め世界的に広く用いられている診断分類システムが、改訂の時期を迎えている。『国際疾病分類』(ICD), 『精神疾患の診断・統計マニュアル』(DSM) が扱う精神障害は多岐にわたるが、発達障害は近年特に著しく理解が進んだ分野であり、これを反映して大幅な改変が試みられている。本稿では、注意欠陥多動性障害 (ADHD) と自閉症スペクトラム障害に関して、主に DSM-5 における大分類の再編成に伴う発達障害の再概念化や診断基準の具体的な変更点について紹介し、教育や行政への影響について考察した。

## はじめに

2013年5月に『精神疾患の診断・統計マニュアル』(DSM) 第5版 (DSM-5)<sup>1)</sup> が発刊を迎え、『国際疾病分類』(ICD) は2015年の第11版 (ICD-11) 完成を目指し改訂作業が進められている。DSM 第4版新訂版 (DSM-IV-TR)<sup>2)</sup>, ICD 第10版<sup>3)</sup> 作成当時と比較し、発達障害に対する注目度は近年非常に高まっている。また同時に、発達障害は、診断概念や治療における発展が比較的著しい領域でもある。本稿では、発達障害診断における新分類の概要を紹介する。

キーワード：発達障害, DSM-5, ICD-11

## 新たな診断分類システムについて

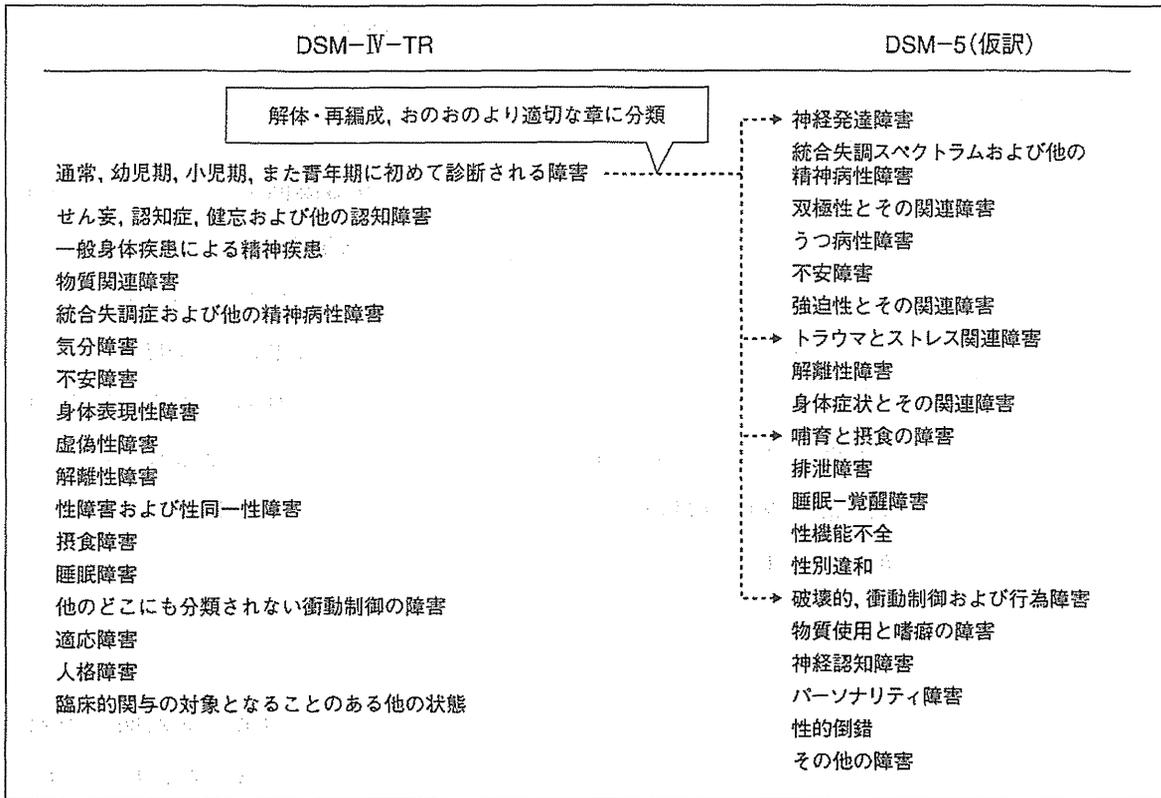
発達障害の診断分類の前に、DSM-5 および ICD-11 のタイムラインについて述べる。DSM は米国精神医学会により作成されており、ICD の改訂は世界保健機関が行っている。今回この2つの診断分類システム改訂の時期が大幅に重なり、両者間においてハーモナイゼーションに向けた努力が試みられた。しかし、ハーモナイゼーションはあくまでも協調できる範囲のことであり、これらのシステムが全く同一のものとなるとは考えにくい。

本稿執筆時点（2013年6月）において、DSM-5 は完成しているのに対し、ICD-11 は大分類の概要がある程度まとまった段階で、今後細部の変更が十分考えられる。したがって、本稿において決定事項として紹介できるのは DSM-5 における新分類である。また、我が国においては DSM が学術分野において広く用いられている一方、医療や行政では ICD の影響力が大きいいため、今後の ICD-11 の動向にも注視が必要であることをここで述べておく。

### “神経発達障害”の大分類

DSM-IV-TR から DSM-5 への改訂にあたり、大分類が大幅に再編成された（図1）。DSM-IV-TR においては知的障害、学習障害、運動能力障害、コミュニケーション障害、広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害（ADHD）に加え、破壊的行動障害、哺育・摂食障害、排泄障害、愛着障害なども、“通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害”にひとまとめに分類されていた。これに対し、DSM-5 において“神経発達障害”の章に含まれるのは、知的障害、コミュニケーション障害、自閉症スペクトラム障害（ASD）、ADHD、学習障害、運動能力障害のみとなっており、ほかの障害はおのおのより適切と考えられる、ほかの章に分類されることとなった（例：反応性愛着障害は“トラウマとストレス関連障害”の章、異食症は“哺育と摂食の障害”の章、反抗挑戦性障害は“破壊的、衝動制御および行為障害”の章にて分類）。本稿では、本誌の主眼とされている ADHD と ASD についてふれるものとする。

図1 DSM-IV-TR と DSM-5 の大分類の比較 (文献<sup>9)</sup>より引用改変)



### 注意欠陥多動性障害 (ADHD) について

DSM-5 における ADHD について, 特筆すべき点は2つある。まず, DSM-IV-TR から大きく変わった点として, 素行や衝動制御の問題と明確に区別されたこと, 次に児童期以降における ADHD について明確な診断基準が示されたことである。

#### 衝動制御の問題との明確な区別

DSM-IV-TR において, ADHD は行為障害, 反抗挑戦性障害とひとまとめに“注意欠陥および破壊的行動障害”に分類されていた。しかし, ADHD は先天的な注意と多動の問題を主症状とするのに対し, ADHD を除く上述の2つの精神障害は, 素行と, ケースによってはパーソナリティの問題と見なされるものであり, これら2群の精神障害における臨床像はかなり異なるものである。今回の改訂過程においても, 症状が外在的に観察されるという観点から ADHD を素行と衝

動制御の問題と同じ章内で扱おうとする動きがあったが、最終的に、ADHD は素行と衝動制御の問題よりも神経発達の問題に分類すべき、との結論に至ったようである。

その是非はともかくとして、行為障害は児童思春期における、反社会性パーソナリティ障害としばしば見なされる診断名である。ADHD がこれらの障害とは質的に別のものであると見なされたことで、ADHD に対する偏見の緩和が期待できるかも知れない。また、ADHD は、先に述べた障害の症状に似た苛立ち、かんしゃくなど、二次的な症状ないし問題につながるものが少なからずあるが、それら二次的な問題のみに焦点を当てた対応は根本的解決にはつながらず、むしろ主症状である注意と多動の問題への対処を考えることが、長期的に見て治療上有効かも知れない。

#### 児童期以降における注意欠陥多動性障害（ADHD）の診断

前述のとおり、ADHD は DSM-IV-TR まで“通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害”の大分類に含まれており、ADHD が認知され始めた当初は“子どもの障害”のイメージが強かった。しかし近年、成人期における ADHD がメディアなどでしばしば取り上げられているとおり、成人における ADHD は、児童期のそれと比較し症状表出は変化するものの、成人となっても ADHD が完治するわけではない実態が明らかとなってきた。このような知見の蓄積を踏まえ、DSM-5 においては、児童後期以降における ADHD の明確な診断基準が新たに設定された。

表1は DSM-IV-TR と DSM-5 における ADHD 診断基準を比較したものである。DSM-IV-TR は、7歳以前に症状が生活に支障を来していることが基準となっていたが、DSM-5 では、症状の発現時期が12歳までに引き上げられ、また症状のもたらす機能障害への言及が、緩やかになっていることが分かる。

#### 広汎性発達障害から自閉症スペクトラム障害（ASD）へ

DSM-IV-TR では、自閉症障害、レット障害、小児期崩壊性障害、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害が広汎性発達障害とし

表1 DSM-IV-TR と DSM-5 における注意欠陥多動性障害 (ADHD) 診断の比較

	DSM-IV-TR	DSM-5
症状表出時の年齢への言及	症状の幾つかが7歳以前に存在	症状の幾つかが12歳以前に存在
青年・成人における診断への言及	なし	17歳以上における診断基準を新設(不注意、多動性/衝動性の各領域において、16歳以下よりも1つ少ない5つの症状が見られれば診断基準を満たす)
機能障害への言及	社会的、学業的、または職業的機能において、著しい障害が存在	社会的、学業的、または職業的機能における妨げ、または質の低下が見られる

て扱われていた。これらの診断名は DSM-5 においては個々の障害として扱われなくなり、ほとんどのケースは“ASD”として扱われることとなる。これは、今回の改訂において、近年蓄積された知見を踏まえ、全面的な見直しが試みられた領域であり、新たな診断基準から行政などの社会的な影響までを含め、包括的に変更点を紹介する。

### 自閉症スペクトラム障害 (ASD) とは

ASD は、コミュニケーションと限局的興味・関心と反復的行動の、2つの領域において障害が見られる場合に診断される障害とされている。DSM-IV-TR によれば、自閉症、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害の診断を受ける個人の大半が、DSM-5 においては自閉症スペクトラム障害に相当し、上述の3つの診断の診断名は、個々の疾患単位ではなくなる。

“ASD”の呼称が診断分類システムに導入されるのは DSM-5 が初めてであるが、発達障害の専門家間で、発達障害全般をスペクトラムととらえる考え方は長く支持されてきた。後に詳述するアスペルガー障害に関しても、スペクトラム上において、ある特徴的な発達の偏りを見せる一群の患者を指すものと表現されることとなる。

### 消えるアスペルガー障害の診断名

アスペルガー障害という診断名は国内で認知度が近年急激に高まっ

ており、それが新診断分類システムにおいて姿を消すことについてのとまどいの声が散見される。しかし、この診断に関しては、疾患単位としての妥当性に対し疑問を呈する声が少なからずあった。言い換えれば、アスペルガー障害ないし症候群の診断名は、特定の症状を示す一群の患者の臨床像の記述に有用である点から用いられ、また認知度を高めてきたものとも言える。DSM-5 作成に際し、アスペルガー障害の疾患単位としての妥当性が見直され、結果的に、ほかの病態と比較した際の独立性が十分でない<sup>9)</sup>として、アスペルガー障害は ASD に吸収されるかたちとなった。

### 診断の対象となる個人は減るのか

DSM-5 は 2010 年から草案をウェブサイト上で公開しており、新たに提唱された基準による診断が行われた際、診断の閾値を満たす患者数が大幅に減るとの報告があった<sup>9)</sup>。この調査結果は、学術誌にとどまらず一般にも広く報道され、DSM-IV-TR から DSM-5 への移行に際し、これまで受けられていた必要なサービスが受けられなくなる個人が多数出るのでは、との懸念につながった。

DSM-5 実行委員会はこの報道により広まった動揺への対応に追われ、DSM-IV-TR において、広汎性発達障害の診断を受けている個人が、DSM-5 への移行に際し、診断の対象からはずれることはない<sup>9)</sup>と繰り返し強調した。

実際、診断基準そのものを比較してみると、DSM-5 における ASD の診断基準は、DSM-IV-TR の広汎性発達障害のそれと比較し、感度が向上している面もある (表 2)。

### 行政面への影響

発達障害の診断基準は、教育や行政に直接的な影響を及ぼす。行政にとって発達障害の診断分類は、限られたリソースをどの範囲までの個人を対象にどのように配分するかを判断する際の大きな指標となる。発達の問題が見られる子どもの保護者にとっては、今後も我が子が教育的支援やサービスの対象となるのか、動向を注視せざるをえない。

しかし、診断分類が教育や行政に及ぼす影響は一方的なものである