

図1 治療経過

GTSS: Yale Global Tic Severity Scale

## II. 症 例

〔症例〕10歳，男児

既往歴：特記事項なし

家族構成：同胞2名中第2子。両親と姉の4人暮らし。

遺伝負因：父親が躁うつ病で，過去に2度の入院歴があり，近医精神科に通院している。

現病歴：出生発達に特記事項なし。X-2年頃に瞬目や，顔をしかめるような動作がみられるようになったが，家庭内で出現することが多く，また症状も断続的であったため見守っていた。

X-1年10月下旬より特に誘因なく「アッ，アッ」という声が出たり，肩をすくめるような運動をするようになった。母親がそれに対して注意すると徐々に悪化したため，12月に近医小児科を受診した。チック障害と診断され，少量のhaloperidolの服薬を開始したが，症状は軽快せず，日中に眠気を訴えるようになった。その後も同月に学校の授業中に勝手に声が出てしまうため，級友からからかわれることがあった。また，その頃より，腕が唐突に動き，床を触るなどの複雑運動チックが出現するようになった。X年1月26日，自転車より転倒し左上腕を受傷したため当院整形

外科を受診した。左上腕骨骨折と診断され，1月27日に外科的治療を施行され，1月30日に退院となった。退院後より「アッ，アッ」と頻回に叫ぶようになり，同時に「殺すぞ」「死ね」といったコプロラリアがみられるようになった。患児はチック症状を気にして，不登校状態となり，さらに母親を叩くなどの暴力行為を認めるようになったため，X年2月21日に母親とともに当科初診となった。

初診後経過（図1）：診察中に，突然「アッ，アッ」と甲高い声で叫び，「死ね」「殺すぞ」といったコプロラリアが認められ，同時に肩をすくめたり，床を触るなどの複雑運動チックも認められた。血液検査，脳波検査，頭部CT検査で異常所見は認められなかった。これらのことからトゥレット障害と診断した。Yale Global Tic Severity Scale (YGSS)<sup>7)</sup>は77点であった。また，注意欠如・多動性障害などを含め併存疾患は認めなかった。

患児および母親に対して，疾病教育を含めた心理教育を行うとともに，引き続き薬物療法を行うことを提案した。しかし患児は「こんな良くなれないし，眠くなる薬(haloperidol)なら，もう飲みたくない」とhaloperidolの内服を拒否し，母親もその患児の意向に同意したため，paliperidone

徐放剤を用いた薬物療法を提案した。そして、paliperidone 徐放剤において、小児に対する安全性は使用経験がないため確立していないこと、また統合失調症以外の疾患に対して保険適応がないことや、効能や副作用等を本人および両親に十分に説明し同意を得た上で、haloperidol を中止し、paliperidone 徐放剤3mg を開始した。2月28日の再診時、「アッ、アッ」と音声チックや、床を触るなどの複雑運動チックは認めるものの、コプロラリアは明らかに軽減していた (YGTSS 60点)。患児は「だいぶ (チック症状が) 少なくなった」と述べ、さらに母親からは、診察室などの緊張する場面では、依然としてコプロラリアを含めたチック症状は認めているが、自宅ではコプロラリアは全く認めず、明らかにチック症状の頻度および程度は減少しているとのことであった。そのため同処方継続することとし、また担任教師とも面談を行い、学校内で共通認識を持って本人が自信を失わないようにすることや、本人の気持ちを尊重しつつ学校生活を送りやすいように配慮を求めた。具体的には無理にチックを抑えようとはせず、授業中であっても保健室に行っても構わないなどと、避難場所を確保し患児が安心して学校で過ごせるように配慮した。その後次第に音声チックは軽減し、3月中旬から登校できるようになった。診察時には「学校に行ってみたら全然平気だった。前は学校で声が出るのが気になっていたけれど、もう大丈夫」と述べ、安心して学校生活を送れていることが窺えた (YGTSS 38点)。依然として床を触るなどの複雑運動チックは認められていたが、患児および母親ともに同量の処方を希望したため継続した。4月中旬には複雑運動チックや音声チックは消失し、肩をすくめるといった単純運動チックが若干認められるのみとなった (YGTSS 17点)。その後も、血液検査や心電図検査を実施し、安全性の確認や有害事象の出現の有無を確認しながら治療を継続しているが、有害事象の出現はなく、安定して経過している。

### Ⅲ. 考 察

以前、トゥレット障害は稀な疾患と考えられて

いたが、現在ではトゥレット障害の頻度は約0.3～1%とみられており、男女比においては4:1と男性優位であるといわれている<sup>13)</sup>。トゥレット障害の原因は未解明であるが、遺伝的要因が主要因であるといわれている一方で、一卵性双生児間の一致率が約50%であるのに対し、二卵性双生児間の一致率は約10%である<sup>12)</sup>ため、環境要因の関与も示唆されている。

またトゥレット障害の病態は十分に明らかになっていないが、大脳基底核-視床-大脳皮質回路の異常が中核であろうと考えられており<sup>9)</sup>、さまざまな脳機能画像を用いた研究で、トゥレット障害におけるドパミンの異常が示唆されている。Single photon emission computed tomography (SPECT) 研究では、健常対照と比較してトゥレット障害患者では尾状核および被殻でドパミントランスポーター結合が有意に高いとする報告<sup>18)</sup>や、positron emission tomography (PET) 研究では、トゥレット障害患者の被殻においてドパミン分泌増加が認められたという報告<sup>19)</sup>がある。これらの研究からトゥレット障害とドパミンとの関係性が示唆されている。そのため、アメリカトゥレット協会医療アドバイス委員会がエビデンスの程度を吟味してまとめた薬物治療のガイドライン<sup>16)</sup>によると、チック症状に対して抗精神病薬が有効であり、その抗精神病薬の中でチック症状に対して十分にエビデンスがあるものは、haloperidol, pimozide, risperidone であるといわれている。最近では、錐体外路症状などの有害事象を鑑みて、非定型抗精神病薬が試みられることが増えており、その中では特に risperidone が推奨されている<sup>14,16)</sup>。その他にも、近年は aripiprazole<sup>5)</sup>, bronanserin<sup>10)</sup>, olanzapine<sup>15)</sup>, quetiapine<sup>9)</sup> など多くの非定型抗精神病薬による単剤または併用療法の報告や研究が海外のみならず本邦においてもなされている。

本症例で使用された paliperidone 徐放剤は risperidone の主要な代謝産物 (9-hydroxy-risperidone) であり、risperidone と比べて体内で代謝酵素の影響を受けずに効果を示すため<sup>9)</sup>、薬物動態的な個人差の影響を受けにくく、また浸透圧作用を利用して安定した血中濃度が得られるとされている<sup>11)</sup>。そして、海外で実施された複数の臨床

試験において、錐体外路症状および日中の眠気のリスクが低いこと<sup>8,17)</sup>が報告されており、paliperidone 徐放剤はセロトニン・ドパミン拮抗薬としての特徴をより良く発揮し、錐体外路症状等の副作用が少ないことが期待されている<sup>11)</sup>。本症例においては、haloperidolにて日中の眠気を認め、内服への抵抗感がすでに生じており、薬剤を変更しても、再び眠気が生じた場合に拒薬する可能性が高いと判断された。このため、チック症状に対して十分にエビデンスのある risperidone ではなく、眠気のリスクがさらに低い paliperidone 徐放剤を選択した。Paliperidone 徐放剤は、適応症が統合失調症のみであることもあり、トゥレット障害への効果を検討した報告は、海外での統合失調症にトゥレット障害が併存した1症例の報告<sup>2)</sup>のみであり、本症例のようにトゥレット障害患児への効果を検討した報告は筆者らが調べた限りでは存在しなかった。

本症例において paliperidone 徐放剤3mg でチック症状の改善が YGTSS において認められた。治療効果判定の尺度として使用した YGTSS は、最近1週間のチック症状を評価する客観的評価尺度であり、number (チックの数)、frequency (頻度)、intensity (強度)、complexity (複雑度)、interference (妨害)を運動と音声をそれぞれで採点(0:なし~5:最重度)し、さらに impairment (チック全体による社会機能の障害)に関するスコア(0~50点)を合計し、計100点で評価を行うものである。本症例では、初診時から約8週間で77点から17点に減少した。

今回、急激にコプロラリアを含めてチック症状が悪化したことは、骨折のための入退院という環境の変化が一因と考えられるが、母親に対するコプロラリアや暴力行為により、母親に気持ちのゆとりがなくなり、そのために患児に対して叱責し過ぎたことがチック症状の悪化にさらに拍車をかけたと考えられた。本症例のような重度のチック障害か否かにかかわらず、チック障害の治療は家族ガイダンスや心理教育および環境調整が基本であり<sup>4)</sup>、患児が適切に発達していくことができるように、患児および家族や教師などの周囲の人々の理解と受容を促して適切な対応のための情報を

提供することが重要である。しかし、本症例のようにコプロラリアを含めた音声チックが目立つ場合には周囲への影響もあり、他の生徒などの理解を求める必要など学校を含めた周囲との連携を密に行い、環境調整を十分に図る必要がある。それでもなおチック症状が重症であったり、環境への不適応が顕著である場合には抗精神病薬などの薬物治療が考慮される。本症例では YGTSS が高値であることに加え、コプロラリアのために不登校状態であったため薬物治療の適応があったといえる。そして、paliperidone 徐放剤による薬物治療を当科初診時から行い、症状・状態の改善が認められた。しかし、paliperidone 徐放剤のみによる効果だけでなく、家族ガイダンスを行ったことや、教師との連携による環境調整も患児のチック症状の改善に寄与したことに十分に留意しなければならない。

#### IV. まとめ

今回、コプロラリアも認め、不登校状態となっていたトゥレット障害患児に対して paliperidone 徐放剤が奏効した1例を経験したので報告した。トゥレット障害に対して risperidone は十分にエビデンスがあるため、その代謝産物である paliperidone 徐放剤においても同様の効果が予想されることや、また副作用も軽微で忍容性にも優れているため、学童期においても有用性が期待される。しかし、1例のみの報告であり、今後も症例を十分に蓄積していくことが必要であるとともに、現在、paliperidone 徐放剤は成人の統合失調症以外の疾患に対しては、保険適応外であることに留意し、有害事象の発現などに十分注意することが求められる。

#### 文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Text Revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association, Washington, D.C., 2000.
- 2) Guan, C.H. and Tsai, S.J.: Paliperidone in the treatment of Tourette's syndrome with comorbid schizophrenia. *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 67 ; 128,

- 2013.
- 3) Harris, K. and Singer, H.S. : Tic disorder : Neural circuits, neurochemistry, and neuroimmunology. *J. Child Neurol.*, 21 ; 678-689, 2006.
  - 4) 金生由紀子 : トウレット症候群の臨床. *児童青年精神医学とその近接領域*, 47 ; 318-325, 2006.
  - 5) 河邊憲太郎, 堀内史枝, 越智紳一郎ほか : Aripiprazole が奏功したトウレット障害の2症例. *臨床精神薬理*, 13 ; 1209-1214, 2010.
  - 6) 小林由佳, 小平かやの, 猪子香代ほか : トウレット障害への quetiapine と fluvoxamine. *小児の精神と神経*, 45 ; 278-279, 2005.
  - 7) Leckman, J.F., Riddle, M.A., Hardin, M.T. et al. : The Yale Global Tic Severity Scale : initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 28 ; 566-573, 1989.
  - 8) Luthringer, R., Staner, L., Noel, N. et al. : Sleep assessments in patients with schizophrenia following treatment with paliperidone extended-release tablets. Poster presented at the International Conference on Schizophrenia Research (ICOSR), 28 March-1 April, 2007. Dallas, USA, 2007.
  - 9) Marino, J. and Caballero, J. : Paliperidone extended-release for the treatment of schizophrenia. *Pharmacotherapy*, 28 ; 1283-1298, 2008.
  - 10) 太田豊作, 飯田順三, 末廣佑子ほか : Blonanserin が有効であった10歳の難治性トウレット障害患児の症例. *最新精神医学*, 17 ; 259-264, 2012.
  - 11) Owen, R. : Extended-release paliperidone : efficacy, safety and tolerability profile of a new atypical antipsychotic. *Drugs Today (Barc.)*, 43 ; 249-258, 2007.
  - 12) Price, R.A., Kidd, K.K., Cohen D.J. et al. : A twin study of Tourette syndrome. *Arch. Gen. Psychiatry*, 42 ; 815-820, 1985.
  - 13) Robertson, M.M. : The prevalence and epidemiology of Gilles de la Tourette syndrome. Part 1 : the epidemiological and prevalence studies. *J. Psychosom. Res.*, 65 ; 461-472, 2008.
  - 14) Rossener, V., Plessen, K.J., Rothenberger, A. et al. : European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part II : pharmacological treatment. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 20 ; 173-196, 2011.
  - 15) 三和千徳 : Olanzapine と paroxetine の併用療法が奏功した Tourette 症候群の1例. *精神医学*, 51 ; 781-783, 2009.
  - 16) Scahill, L., Erenberg, G., Berlin, C.M. et al. ; Tourette Syndrome Association Medical Advisory Board : Practice Committee : Contemporary assessment and pharmacotherapy of Tourette syndrome. *NeuroRx*, 3 ; 192-206, 2006.
  - 17) Schreiner, A., Hoeben, D., Lahaye, M. et al. : A flexible-dose study of paliperidone ER in Non-acute patients with schizophrenia previously unsuccessfully treated with other oral antipsychotics. Poster presented at the 18th European Congress of Psychiatry (EPA), 27 Feb-2 Mar, 2010. Munich, Germany, 2010.
  - 18) Serra-Mestres, J., Ring, H.A., Costa, D.C. et al. : Dopamine transporter binding in Gilles de la Tourette syndrome : a [<sup>123</sup>I] FP-CIT/SPECT study. *Acta Psychiatr. Scand.*, 109 ; 140-146, 2004.
  - 19) Singer, H.S., Szymanski, S., Giluliano, J. et al. : Elevated intrasynaptic dopamine release in Tourette's syndrome measured by PET. *Am. J. Psychiatry*, 159 ; 1329-1336, 2002.

# 神経発達症群/神経発達障害群と秩序破壊的・衝動制御・素行症群

齊藤卓弥<sup>1)</sup>, 岡田 俊<sup>2)</sup>, 田中 究<sup>3)</sup>, 本城秀次<sup>4)</sup>, 飯田順三<sup>5)</sup>, 松本英夫<sup>6)</sup>

日本児童青年精神医学会

## はじめに

今回の Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fifth Edition (DSM-5)<sup>1)</sup>の改訂において児童思春期の領域の診断基準および概念に変更が多くみられ、また改訂された内容に関しても改訂直後から議論を呼んでいる。従来の精神疾患の診断・統計マニュアル4版 新訂版(DSM-IV-TR)<sup>4)</sup>では「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」としてグループ化されていた児童思春期の疾患は、疾患のもつ特性ごとに発症年齢にかかわらず類似した診断群に移され再編成された。DSMでは従来、発達症(発達障害)という概念は存在しなかったがDSM-5では新たに「Neurodevelopmental Disorders (神経発達症群/神経発達障害群)」といった発達に関連した新たな枠組みが作られた。また、DSM-IV-TRにおける「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」に含まれていた「注意欠如および破壊的行動障害」のうち、注意欠如・多動性障害は発達症に、破壊的行動障害は、DSM-IV-TRの「他のどこにも分類されない衝動制御の障害」と統合されて「秩序破壊的・衝動制御・素行症群」に分類されることになった。今回

の改訂は、児童思春期精神医学の領域にとどまらず一般の精神医学、教育、福祉、司法などの各領域に与える影響は極めて大きいと考えられる。特に、神経発達症の診断では、疾患の名称、診断概念、診断基準の変更が多く行われ、診断の上の混乱や診断の連続性に関して臨床現場での混乱が予想される。このため、DSM-5の診断基準のみならず診断基準に付随する解説テキストを丁寧に読み込み冷静な対応が必要とされ、過剰診断・過少診断のいずれにも陥らないように注意する必要がある。本解説では、Neurodevelopmental Disorders (神経発達症群/神経発達障害群)とDisruptive, Impulse-Control and Conduct Disorders (秩序破壊的・衝動制御・素行症群)についてDSM-5における変更点を中心に基本的な解説を行う。

今回、DSM-5の病名の翻訳にあたっては、患者・家族、日本児童青年精神医学会会員の要望があり、病名によるステイグマを減らし偏見を減らすことを目的に、同学会用語委員会がdisorderの訳を「症」とする試訳を作成した。試案は同学会へ提出され、パブリックコメントにより修正し、また同学会評議委員へのアンケート調査を通じてdisorderを「症」と訳名に関してコンセンサスが得られたことを確認し、同時に日本小児科学会と

著者所属：1) 北海道大学大学院医学研究科児童思春期精神医学講座、2) 名古屋大学医学部付属病院親と子どもの診療科、3) 神戸大学大学院医学研究科精神神経科学分野、4) 名古屋大学発達心理精神科学教育センター、5) 奈良県立医科大学医学部看護学科、6) 東海大学医学部専門臨床学系精神科学

注) DSM-5病名の訳語は日本精神神経学会・精神科病名検討連絡会のガイドライン(初版)に従った。

も協議の上で disorder の訳を「症」とした。さらに、過渡期の混乱を避けるため「障害」も併記することとした。

## 神経発達症群

DSM では、初版、第2版には、神経発達症という概念は存在しておらず、DSM-III以降は、「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」の中に他の疾患と並列に配置されており、特定の診断群として認知されていなかった。DSM-5では、発達症は、人生の早期に発症し、発達期早期に顕在化し、個人的、社会的、学業、職業上の機能の障害を引き起こす欠陥で、特定された学習上の障害から、実行機能の制御の障害から社会スキルあるいは知能の広汎な障害を含み、臨床症状としては機能の発達の遅れや欠陥あるいは過剰として表現されるものと定義されている。神経発達症には、表1の疾患が含まれる。今回、発達症に含まれる疾患では概念上の大きな変更が行われたものが複数あり、それを中心に解説を行う。

### 1. Intellectual Disability (ID: 知的能力障害)

従来の精神遅滞が Intellectual Disability (ID: 知的能力障害) と名称が変わって、同時に基本的な概念も大きく変わった。精神遅滞では、従来、概念的な領域の問題(つまり低いIQ)が診断の中心におかれていたものが、IDでは社会的な領域、日常生活の能力の領域を加えて3つの視点から包括的に捉えることが診断の中心におかれることになった。診断にあたっては、認知的な能力および適応的な機能の評価が強調され、IQを診断の際の補助と位置付け、診断基準からもIQのスコアについての記載がなくなった。DSMの臨床的な特徴の中でIQ 65~75を目安にするもののテストの経験やテストの学習効果などを考慮するようなIQスコアの扱いに注意を喚起している。重症

度に関してもIQの記載がない代わりに、3つの領域に関して重症度が細かく記載され、包括的に軽度から最重度まで重症度を特定するように変更が行われている。仮にIQ 75の人が他の領域の適応能力を考慮してIDの診断がなされることもある。従来と違って他の領域について適切に評価することが重要になることになる。

### 2. Communication Disorders (コミュニケーション症群)

Communication Disorders (コミュニケーション症群) は、小児期に始まり一般的には持続した会話、言語、コミュニケーションへの症状により成人期にも機能的な障害をもたらす可能性がある。DSM-5での変更点は、Language Disorder (言語症) においてDSM-IV-TRでは表出性言語障害と受容-表出性混合性言語障害に分かれていたものが言語症として統一された以外には従来の診断クライテリアに変更は行われなかった。しかし、Social (Pragmatic) Communication Disorder [社会的(語用論的)コミュニケーション症]が新たに追加されたことが重要な変更点である。社会的コミュニケーション症は、言語的および非言語的コミュニケーション能力を社会的な場面で行う能力に障害がある疾患で、後述するAutism Spectrum Disorderとの鑑別の上で重要な疾患である。DSM-IV-TRで特定不能の広汎性発達障害の診断を受け、限局した興味の障害がない患者は社会的コミュニケーション症に診断される可能性がある。

### 3. Autism Spectrum Disorder (ASD: 自閉スペクトラム症)

DSM-IV-TRでの広汎性発達障害は「Autism Spectrum Disorder (ASD: 自閉スペクトラム症)」と名称変更され、広汎性発達障害の下位分類であった「自閉性障害」「アスペルガー障害」などの診断名は自閉スペクトラム症に一括されて消失することとなった。従来、広汎性発達障害の中核の

表1 Neurodevelopmental Disorders 神経発達症群 / 神経発達障害群

1	Intellectual Disabilities 知的能力障害群
1)	Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder) 知的能力障害 (知的発達症 / 知的発達障害)
2)	Global Developmental Delay 全般的発達遅延
3)	Unspecified Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder) 特定不能の知的能力障害 (知的発達症 / 知的発達障害)
2	Communication Disorders コミュニケーション症群 / コミュニケーション障害群
1)	Language Disorder 言語症 / 言語障害
2)	Speech Sound Disorder 語音症 / 語音障害
3)	Childhood-Onset Fluency Disorder (Stuttering) 小児期発症流暢症 / 小児期発症流暢障害 (吃音)
4)	Social (Pragmatic) Communication Disorder 社会的 (語用論的) コミュニケーション症 / 社会的 (語用論的) コミュニケーション障害
5)	Unspecified Communication Disorder 特定不能のコミュニケーション症 / 特定不能のコミュニケーション障害
3	Autism Spectrum Disorder 自閉スペクトラム症 / 自閉症スペクトラム障害
4	Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder 注意欠如・多動症 / 注意欠如・多動性障害
1)	Attention Deficit/Hyperactivity Disorder 注意欠如・多動症 / 注意欠如・多動性障害
2)	Other Specified Attention Deficit/Hyperactivity Disorder 他の特定される注意欠如・多動症 / 他の特定される注意欠如・多動性障害
3)	Unspecified Attention Deficit/Hyperactivity Disorder 特定不能の注意欠如・多動症 / 特定不能の注意欠如・多動性障害
5	Specific Learning Disorder 限局性学習症 / 限局性学習障害
6	Motor Disorders 運動症群 / 運動障害群
1)	Developmental Coordination Disorder 発達性協調運動症 / 発達性協調運動障害
2)	Stereotypic Movement Disorder 常同運動症 / 常同運動障害
7	Tic Disorders チック症群 / チック障害群
1)	Tourette's Disorder トウレット症 / トウレット障害
2)	Persistent (Chronic) Motor or Vocal Tic Disorder 持続性 (慢性) 運動または音声チック症 / 持続性 (慢性) 運動または音声チック障害
3)	Provisional Tic Disorder 暫定的チック症 / 暫定的チック障害
4)	Other specified Tic Disorder 他の特定されるチック症 / 他の特定されるチック障害
5)	Unspecified Tic Disorder 特定不能のチック障害
8	Other Neurodevelopmental Disorders 他の神経発達症群 / 他の神経発達障害
1)	Other Specified Neurodevelopmental Disorder 他の特定される神経発達症 / 他の特定される神経発達障害
2)	Unspecified Neurodevelopmental Disorder 特定不能の神経発達症 / 特定不能神経発達障害

症状であると考えられていた, ①対人的相互作用の質的な障害 (社会的な障害), ②コミュニケーション伝達の質的な障害 (言語発達などコミュニケーションの障害), ③行動, 興味, および活動の限定された反復的で常同的な様式の3つの特徴は, ①相互的社会関係の障害・コミュニケーションの障害, および②行動, 興味, および活動の限定された反復的で常同的な様式の2つに集約されることになり, 言語の発達そのものは必須の症状からは取り除かれることになった (図1). また,

新たに知覚過敏・鈍麻が行動, 興味, および活動の限定された反復的で常同的な様式の一部として追加された. 重症度は, 症状の重症度よりも患者が必要な支援のレベルからレベル1~3に分類された. 支援の必要度が重症度に直結している点は, ASDの重症度の決定時の特徴的な点と考えられる. DSM-5では, 下位分類が撤廃された一方で, 特定用語として, 知的機能, 言語能力, カタトニア症状などが追加され, ASDの個々の特性を重症度とともに臨床に即して表現できるとされ

DSM-IV-TR 自閉性障害の診断基準

DSM-5 ASDの診断基準(抜粋訳)

A. (1), (2), (3)から合計6つ(またはそれ以上), うち少なくとも(1)から2つ, (2)と(3)から1つずつの項目を含む  
(1) 対人的相互反応における質的な障害で以下の少なくとも2つによって明らかになる:

(a) 目と目で見つめ合う, 顔の表情, 体の姿勢, 身振りなど, 対人的相互反応を調節する多彩な非言語性行動の使用の著明な障害

(b) 発達の水準に相応した仲間関係を作ることの失敗

(c) 楽しみ, 興味, 成し遂げたものを他人と共有すること (例: 興味のあるものをみせる, 持って来る, 指さす)を自発的に求めることの欠如

(d) 対人的または情緒的相互性の欠如

(2) 以下のうち少なくとも1つによって示されるコミュニケーション伝達の質的な障害:

(a) 話し言葉の遅れまたは完全な欠如(身振りや物まねのような代わりのコミュニケーション伝達の仕方により補おうという努力を伴わない)

(b) 十分会話のある者では, 他人と会話を開始し継続する能力の著明な障害

(c) 常同的で反復的な言葉の使用または独特な言語

(d) 発音水質の相応した他人に言われた自発的な遊戯や社会性を示すことかある遊戯の欠如

(3) 行動, 興味および活動の限定され, 反復的で常同的な様式で, 以下の少なくとも1つによって明らかになる:

(a) 強度または対象において異常なほど, 常同的で限定された型の1つまたはいくつかの興味だけに熱中すること

(b) 特定の, 機能的でない習慣や儀式にかたくなにこだわるのが明らかである

(c) 常同的で反復的な非言語的行動(例: 手や指をまたまたもみたりし続ける, または反復的な全身の動き)

(d) 物体の一部に持続的に熱中する

A. 様々な場面での社会的なコミュニケーションおよび社会的交流の持続した欠損が現在あるいは過去に認められる

1. 情緒的相互性の障害, 異常な社会的な接近, 感情, 情動や興味の共有ができない, 社会的交流の完全な欠如, 正常な会話のやり取りができない

2. 社会的交流に使われる非言語的コミュニケーション行動の障害(未熟な言語的コミュニケーションスキルが不足して身体言語の異常, 非言語的コミュニケーションの使い方と理解の障害, 表現式があるいは不正確な完全な欠如)

3. 発達レベルに対応した対人関係の構築と維持の障害(養育者との対人関係以外); 異なった社会的な場面にふさわしい行動の修正の困難, 想像的な遊戯を共有し友人を作ることの困難, 人への興味の明らかな欠如

B. 行動, 興味および活動の限定され, 反復的で常同的な様式が, 以下の少なくとも2つで現在あるいは過去に認められる

1. 常同的あるいは反復的な会話, 運動あるいは対象の使い方(単純な常同運動, 反響言語, 対象の反復的な使用, 不自然な言葉の使い方)

2. 日常習慣, 儀式化した言語的あるいは非言語的行動に過度にこだわる, あるいは変化への過度の抵抗(たとえば運動上の儀式, 同じ道順や食べ物へのこだわり, 反復した質問や些細な変化への極端な苦痛)

3. 高強度または固定した興味, 活動, 対象, 話題, 活動, あるいは非言語的行動に過度に熱中する(例: 特定の物体, 話題, 活動, あるいは非言語的行動に過度に熱中する)

4. 感覚に対して過度にあるいは過小に反応する, あるいは環境の感覚的な面に異常な興味を示す; 明らかに痛み・熱さ・寒さへの無関心, 特定の音や肌触りへの有害な反応, 臭いや触覚の過敏さ, 光や回転するものに魅了される

特定用語

図1 ASDの診断: DSM-IV-TRからDSM-5の変更点のまとめ  
\*矢印および網掛けはDSM-IVとDSM-5での症状の対応・移動を示す

ている。当初, ASDへの診断基準の変更により, 広汎性発達障害と従来診断された患者が診断されなくなる懸念された<sup>3)</sup>。しかし, 最近の報告では従来広汎性発達障害と診断された91%がASDと診断されたと報告されている<sup>2)</sup>。診断に以前は, 3歳以前に症状が存在することが必要とさ

れたがDSM-5では特定の年齢についての表現は削除され, また社会的な負荷が増加する幼少期以降に事例化する可能性についても言及しており, 成人期に初めて事例化, 診断されるASDも明確に認知された。ASDの診断基準では①あるいは②の症状が現在だけではなく過去に存在した場合



表 2 ADHD の診断：DSM-IV-TR から DSM-5 の主な変更点のまとめ

	DSM-IV-TR	DSM-5
診断カテゴリー	注意欠如および破壊的行動障害	神経発達症
症状確認が必要な発症年齢と症状数	7歳以前 Some (いくつか：特に項目数に関しての意図はない)	12歳以前 Several (いくつか：3~5項目を想定)
発症確認時の障害の有無	必要	必要なし
診断に必要な項目数	6項目	17歳未満 6項目 17歳以上 5項目
診断に必要な場	2つ以上：学校（または職場）と家庭	2つ以上：家庭，学校，または仕事の場，友人と一緒にのときまたは親しい人と一緒にのとき，あるいはその他の活動の場
広汎性発達障害あるいは自閉スペクトラム症との併存	広汎性発達障害との併存は認められなかった	ASD との併存が認められた

もその診断基準を満たすことを明示しており、診断の際には縦断的な評価・病歴の聴取が重要である。

#### 4. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD：注意欠如・多動症)

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (注意欠如・多動症) については、DSM-IV-TRにおいて素行障害などとともに「注意欠如および破壊的行動障害」として位置付けられていたものが、DSM-5においては発達症として位置付けられたことになった。DSM-5では項目Aの症状の記述には、目立った変更はなかったが、症状を説明する凡例が成人期を中心に追加され、項目の変更を行うことなくより広範な年齢群に対応できるような配慮が行われている。今回の改訂では新しく成人のADHDの診断基準が明記され、小児期では6項目以上の症状が必要であるが、17歳以上では5項目以上の症状を満たすことが必要と年齢による診断閾値を変更した。従来7歳以前に症状が存在し障害が引き起こされることが必要とされたが、今回の改訂では12歳以前にいくつかの症状が存在することが必要であると変更が行われた。また、従来は広汎性発達障害が除外診断となっていたが、DSM-5ではASDとADHDの併存を認め

ることになった。ADHDの診断の主な変更点を表2にまとめる。成人のADHDの定義が明文化されたこと、ASDが除外診断から排除されたこと、発症年齢の変更などから今まで以上に適切に項目B~Eを運用していくことが求められる。

#### 5. Specific Learning Disorder (限局性学習症)

Specific Learning Disorder (限局性学習症) は、DSM-IV-TRでは学習障害のもとに読字障害、算数障害、書字表出障害と分類されていたものが、限局性学習症として統合されたことにより、学習症を一元的に捉えることになった。特定用語として、書字、読字、算数の障害を設け、その中でもさらに学習上の困難を特定できるように診断体系に変更が行われた。

#### 6. Motor Disorders (運動症群)

Motor Disorders (運動症群) に、Developmental Coordination Disorder (発達性協調運動症)、Stereotypic Movement Disorder (常同運動症) および広い意味で Tic Disorders (チック症群) がまとめられることになった。常同運動症では、強迫症状との鑑別が明確にされ、チック症では診断基準が下位分類の中で一貫性がもたせられるように修正された。

表3 Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders 秩序破壊的・衝動制御・素行症群

1	Oppositional Defiant Disorder 反抗挑発症 / 反抗挑戦性障害
2	Intermittent Explosive Disorder 間欠爆発症 / 間欠性爆発性障害
3	Conduct Disorder 素行症 / 素行障害
4	Pyromania 放火症
5	Kleptomania 窃盗症
6	Other Specified Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders 他の特定される秩序破壊的・衝動制御・素行症
7	Unspecified Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders 特定不能の秩序破壊的・衝動制御・素行症

### 秩序破壊的・衝動制御・素行症群

この群はDSM-IV-TRで2つの異なったカテゴリーが整理統合されて作られたものである。DSM-IV-TRでの“他のどこにも分類されない衝動制御の障害”は、間欠性爆発障害、窃盗癖、放火癖、病的賭博、抜毛癖、特定不能の衝動制御の障害から構成されていた。また、DSM-IV-TRの「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」の中で注意欠如および破壊的行動障害には注意欠如・多動性障害、特定不能の注意欠如・多動性障害、素行障害、反抗挑戦性障害、特定不能の破壊的行動障害に分類されていた。DSM-5では、秩序破壊的・衝動制御・素行症群として、表3に示される疾患が含まれることになった。DSM-IV-TRで“他のどこにも分類されない衝動制御の障害”に分類されていた病的賭博はSubstance Use and Addictive Disorders（嗜癖および関連障害群）に、抜毛癖は“強迫および関連障害群”にHair Pulling Disorder（抜毛症）として分類されることになった。また、「注意欠如および破壊的行動障害」に分類されていた注意欠如多動性障害は神経発達症群に分類された。秩序破壊的・衝動制御・素行症群は、感情や行動の自己制

御の問題をもつ状態にあつて、他者の権利を侵害（他者の所有物を攻撃、あるいは破壊）、社会の規範あるいは権威者との重大な衝突に巻き込むことを特徴としている。中でも、もっぱら行動の制御に問題をもつものは素行症、反抗挑発症であり、もっぱら感情の制御に問題をもつものは間欠爆発症、衝動の制御に問題があるものが放火症、窃盗症である。

#### 1. Oppositional Defiant Disorder（反抗挑発症）

Oppositional Defiant Disorder（反抗挑発症）ではDSM-IV-TRに示された8症状をそのまま踏襲したが、これら症状が怒り/易刺激的気分、論争的/反抗的行動、執念深さの3つのタイプに分類された。診断上は、このタイプにかかわらず8症状のうち4つあるいはそれ以上が、同胞ではない少なくとも1人以上の人との関係で認められ、少なくとも6ヵ月持続する場合に診断する。診断の基準を満たすためには、5歳未満では症状がほとんど毎日持続する必要がある、5歳以上では少なくとも週に1回以上認められることが求められており、年齢により診断に必要な症状の頻度が異なる。さらに家庭、学校、仕事場、仲間など1つの状況だけで生じる場合には軽度、2つの状況で生じる場合には中度、それ以上の状況で生じる場合には重度と重症度の評価をすることが求められている。また、素行症との重複診断を認めることになった。

#### 2. Intermittent Explosive Disorder（間欠爆発症）

Intermittent Explosive Disorder（間欠爆発症）では、DSM-IV-TRより、DSM-5では症状の定義、頻度に関してより具体的となった。一方で、診断を満たすためには、言語的攻撃性あるいは、他人の所有物や動物、他者に対する物理的攻撃性のいずれかが必要となり、従来必要とされていた物理的な攻撃性が診断に不可欠なものでなくなっ

た。診断を明確にするために、いずれかの症状が、平均週に2回、3ヵ月間、1年間に3回の行動噴出がみられることが定義に追加された。また、子どものかんしゃくと区別するために6歳以上あるいは発達で6歳以上相当であることが診断上必要であることが加えられた。

### 3. Conduct Disorder (素行症)

Conduct Disorder (素行症) では、診断項目は DSM-IV-TR と全く同じであるが、DSM-5 では特定用語として with limited prosocial emotions (限定された向社会性感情) が追加された。この特定用語を満たすためには、自責感や罪責感の欠如、冷淡さ-共感性の欠如、ものごとを遂行することへの無関心、感情の薄情さのいずれかのうち2項目を満たす必要がある。限定された向社会性感情の特性をもつ群は重症で治療的にも異なる対応が必要であるとされている。診断では、素行症が意図的な行動であるのに対して間欠爆発症が意図的でない点が鑑別上重要である。

### 4. Pyromania (放火症), Kleptomania (窃盗症)

Pyromania (放火症), Kleptomania (窃盗症) では診断基準の変更は行われなかった。

## まとめ

今回の DSM-5 の改訂では、神経発達症群、秩

序破壊的・衝動制御・素行症群のいずれも生涯を通しての発達の視点が多く加わった。特に、神経発達症群においては名称の変更、概念の変更、成人期の事例化への明確化と大きな変更が行われ実際に運用されるようになると混乱が予想される。DSM-5 による診断では診断項目にあてはめるだけではなく十分に説明テキストを読みこみ変更の意図を理解し運用することが必要である。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

## 文 献

- 1) American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition. American Psychiatric Publishing, Washington, D. C., 2013
- 2) Huerta, M., Bishop, S. L., Duncan, A., et al.: Application of DSM-5 criteria for autism spectrum disorder to three samples of children with DSM-IV diagnoses of pervasive developmental disorders. *Am J Psychiatry*, 169 (10); 1056-1064, 2012
- 3) McPartland, J. C., Reichow, B., Volkmar, F. R.: Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51 (4); 368-383 2012
- 4) 高橋三郎, 大野 裕, 染谷俊幸訳: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 新訂版. 医学書院, 東京, 2002

## —地方会報告—

## 東京精神医学会 第99回学術集会

日時：2013年10月12日(土) 9:55~15:00

会場：昭和大学16号館講義室

会長：岩波 明(昭和大学)

## 1. 86歳で初回躁病エピソードを呈した1例の臨床的特徴について

○馬場遥子, 松本裕史, 山口大樹, 辻野尚久, 根本隆洋, 水野雅文(東邦大学)

症例は86歳男性。多弁, 易怒性, 滅裂言動を呈し, 当院に医療保護入院となった。躁状態と思われたが, 入院直後, 薬物療法開始前に, 一時的に疎通性が改善し, 礼節を保てるようになるという非典型的な経過を呈した。せん妄との鑑別のため, 脳波検査を施行するも徐波の混入は認めず, 意識障害は否定的であった。鎮静目的でクエチアピン投与を開始したところ, 興奮は徐々に軽減した。その後の経過において, 観念奔逸, 誇大性などの症状が認められ, また当初の言動を全て想起可能であったことから, 改めて躁状態と診断した。炭酸リチウムに置換し, 入院後約3週間で躁症状は寛解した。本症例の経過から, 老年期の躁状態は, せん妄様の経過を呈することがあり, 診断に注意を払う必要があると思われた。また, 老年期の躁病の特徴について過去の報告と照らし合わせて考察した。

## 2. レボチロキシン大量療法が有効であった難治性双極性うつ病の1例

○草野秀亮, 戸田裕之, 吉野相英(防衛医科大学校)

難治性双極性うつ病の治療については様々な報告がある。その中でもレボチロキシン大量療法が有効であった症例を報告する。症例は63歳女性で糖尿病の既往がありX-30年頃には浪費を繰り返すエピソードがあった。X-25年に抑うつ状態となり, 他院でうつ病として様々な抗うつ薬を試されたが効果は限定的であった。X-6年に自殺企図で当院に搬送され, 双極性障害の診断でmECTや気分安定薬, 抗うつ薬, 抗精神病薬を併用したが寛解しなかった。そこでX年より, 適応外使用の説明を行い本人の同意を得た上で, レボチロキシンをfT3・fT4が正常上限の2倍程度まで上昇するよう投与(200 $\mu$ g)したところ, 抑うつ症状は軽快し気分の安定が得られた。同療法が有効であった

報告はいくつかあり, 難治で薬剤選択に難渋するような症例では有力な選択肢となりうる可能性が示唆された。

## 3. 覚醒療法が奏効した薬剤抵抗性うつ病の1例

○鈴木正泰, 斎藤かおり, 宮本 武, 大寄公一, 金野倫子, 内山 真(日本大学)

覚醒療法が有効であった薬剤抵抗性うつ病の1例を経験した。症例は45歳の男性。25歳時に初回うつ病エピソードの既往がある。43歳時, 過労を機にうつ病が再発し, 種々の抗うつ薬, 増強療法が試されたが改善せず, 入院環境下で覚醒療法を行った。入院時, 精神運動抑制の強い状態像であった。1日おきに3回全断眠を行い, 断眠による抗うつ効果維持のため高照度光療法(初回断眠時より7日間)も併用した。2回目の断眠後より精神運動抑制の改善を認め始め, 治療終了時にはほぼ消失した。17項目版ハミルトンうつ病評価尺度の得点は, 14点から5点に低下した。覚醒療法終了後も症状の再燃は認めず, 治療終了3週後に退院となった。本治療プロトコールは, 薬剤抵抗性うつ病に対して有効である可能性が示唆された。

## 4. デュロキセチン治療中に併用薬をミルタザピンに切り替え, 顕著かつ迅速な改善を認めた精神病症状を伴う重症うつ病の1例

○大野一樹, 竹田 稔, 佐々木祥人, 戸塚貴雄, 太田敏男, 豊嶋良一(埼玉医科大学)

症例は精神病症状を伴う重症うつ病の71歳女性。入院後デュロキセチンを60mgまで増量したが, 食欲と睡眠以外の症状改善には乏しかった。クロミプラミンを併用し50mgまで増量, 精神運動抑制は軽減したが, 血圧低下, 排尿障害, 嚥下障害が出現し中止した。無症候性脳動脈瘤や血圧低下のため, 一旦はmECTや抗精神病薬追加は避け, 作用機序の異なる抗うつ薬としてミルタザピンを追加した。症状は顕著に改善, 特に45mgに増量後頑強な罪業妄想も消退し, 血圧低下以外の副作用出現はなかった。ミルタザピンは5-HT<sub>2A</sub>受容体に選択性が高いため, 副作用なく, 十分量まで速やかに増量できたことが迅速で劇的な症状改善につながったと考えられた。

## ◆研究報告◆

## 日本における広汎性発達障害の診断・治療の標準化

太田 豊作<sup>1)</sup> 飯田 順三<sup>2)</sup> 岩坂 英巳<sup>3)</sup>

抄録：2011年1～2月に広汎性発達障害(PDD)の診断・治療に関するアンケート調査を日本児童青年精神医学会の医師会員1,802名を対象に実施し、540名(回収率30.0%)からの有効回答が得られた。診断・評価に際しては、ウェクスラー児童用知能検査(85.2%)、ウェクスラー成人知能検査(61.7%)、広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度(42.4%)などが多く使用されていた。心理社会的治療・支援としては、医師による精神療法、学校などとの連携による環境調整、親ガイダンスが主に行われており、ペアレント・トレーニングやsocial skills trainingへの要望が多かった。小児のPDDに処方されている薬剤は、抗精神病薬、抗てんかん薬、徐放性メチルフェニデート、抗うつ薬、アトモキセチンの順に多く、成人では抗精神病薬、抗てんかん薬、抗うつ薬の順に多かった。これらの結果や国内外の報告などを参考にして、日本における標準的なPDDの診断と治療を考案した。

臨床精神医学 43 : 927 ~ 942

Key words : 広汎性発達障害(pervasive developmental disorder), 診断(diagnosis), 心理社会的治療(psychosocial treatment), 薬物治療(pharmacotherapy), アンケート調査(questionnaire study)

(2013年8月7日受理)

## 1 はじめに

広汎性発達障害(Pervasive Developmental Disorder: 以下PDD)は、①視線の合いにくさや共感性の乏しさといった社会性の障害、②独特な言語使用や字義どおりの言語理解といった言語・コミュニケーションの障害、③習慣や儀式に頑なにこだわるといった想像力の障害とそれに基づく行動の障害の3症状を中心症状とする発達障害であり、以前は2～4/10,000人と比較的稀な発達障害と考えられてきたが、最近では60～70/10,000人と高い数値が報告<sup>7)</sup>されている。性差は、3～5:1で男性に多く、遺伝的要因を中心とした生物学的要因が基盤にあるとされる。下位診断と

して、Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision (以下DSM-IV-TR)<sup>8)</sup>では、自閉性障害、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害、レット障害、小児期崩壊性障害があり、International Classification of Diseases, 10th edition (以下ICD-10)<sup>6)</sup>では、小児自閉症、アスペルガー症候群、非定型自閉症、レット症候群、ほかの小児期崩壊性障害などがある。わが国では、1977年に開始された1歳6カ月児健診によってPDDなどの発達障害への取り組みが本格化した。その後、乳幼児健診などでは発達上の問題を指摘されなかった子どもが教育現場で不適応を起こすことなどから医療の必要性が高くなり、現在では職場での不適応や他の精神疾患との関連など成人期においてもPDDは注目される。

Standardized diagnostic approach and treatment for pervasive developmental disorder in Japan

<sup>1)</sup> OTA Toyosaku 奈良県立医科大学精神医学講座 [〒634-8522 奈良県橿原市四条町 840]<sup>2)</sup> IIDA Junzo 奈良県立医科大学医学部看護学科<sup>3)</sup> IWASAKA Hidemi 奈良教育大学特別支援教育研究センター

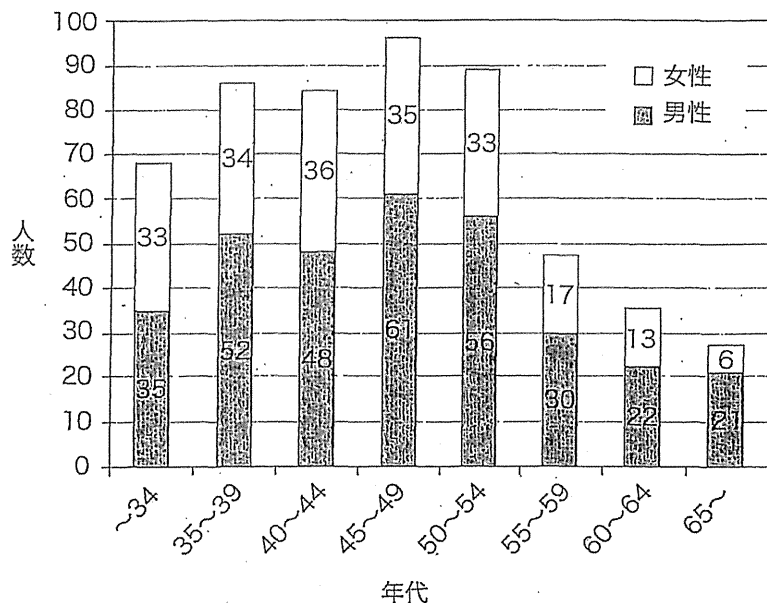


図1 回答者の年代別の人数と性別

このように各ライフステージにおいてPDDの診断・治療が求められる一方でPDDの標準的なガイドラインは本邦ではいまだ示されていない。

今回、2011年の現状を把握するためにPDDの診断・治療に関するアンケート調査を日本児童青年精神医学会の医師会員を対象に実施した。このアンケート調査の結果や国内外の報告などを参考にして、日本における標準的なPDDの診断と治療を考案したので報告する。

## 2 アンケート調査の方法

2011年1月20日～2月28日までの期間に、日本児童青年精神医学会の医師会員1,802名に対してPDDの診断・治療に関するアンケートを郵送し、回答を求めた。アンケートの内容は、回答者の診療科や診療経験年数、PDDの診断に用いる検査や評価尺度、心理社会的治療・支援についての現状と要望、薬物治療の現状、教育との連携についてなどであった。その結果を集計し、統計学的に解析した。

本研究のアンケート調査にあたり、回答者の匿名性には最大限配慮し、個人を特定できないようにし、アンケートの内容も患者の個人情報を同定しうるものを含まないように配慮した。

## 3 アンケート調査結果

1,802名のうち540名から有効回答が得られ、回収率は30.0%であった。回答者は、平均年齢 $46.6 \pm 10.6$ 歳(平均土標準偏差, 範囲28~85歳)、平均診療経験年数 $19.7 \pm 10.5$ 年で、男性326名、女性213名、性別について無回答1名であった(図1)。診療科としては、精神科442名(81.9%)、小児科94名(17.4%)、その他4名(0.7%)であった。精神科と回答した者のうち精神科のみとした者は234名、児童精神科のみとした者は133名、精神科と児童精神科とした者は75名であった。所属機関は、精神科病院25.4%、診療所・クリニック23.1%、総合病院18.5%、大学病院16.1%、療育センター6.1%、保健所・精神保健福祉センター・児童相談所4.3%、その他6.1%、所属機関について無回答0.3%であった。以下、診断・評価、心理社会的治療・支援、薬物治療に分けて結果を示す。

### 1. 診断・評価

診断に際して使用する評価尺度・スクリーニングとしては、42.4%が広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度(Pervasive Developmental Disorders Autism Society Japan Rating Scale: 以下PARS)<sup>2)</sup>、33.0%が自閉性スペクトル指数日本版(Autism-Spectrum Quotient Japanese Version: 以下AQ-J)<sup>27)</sup>、

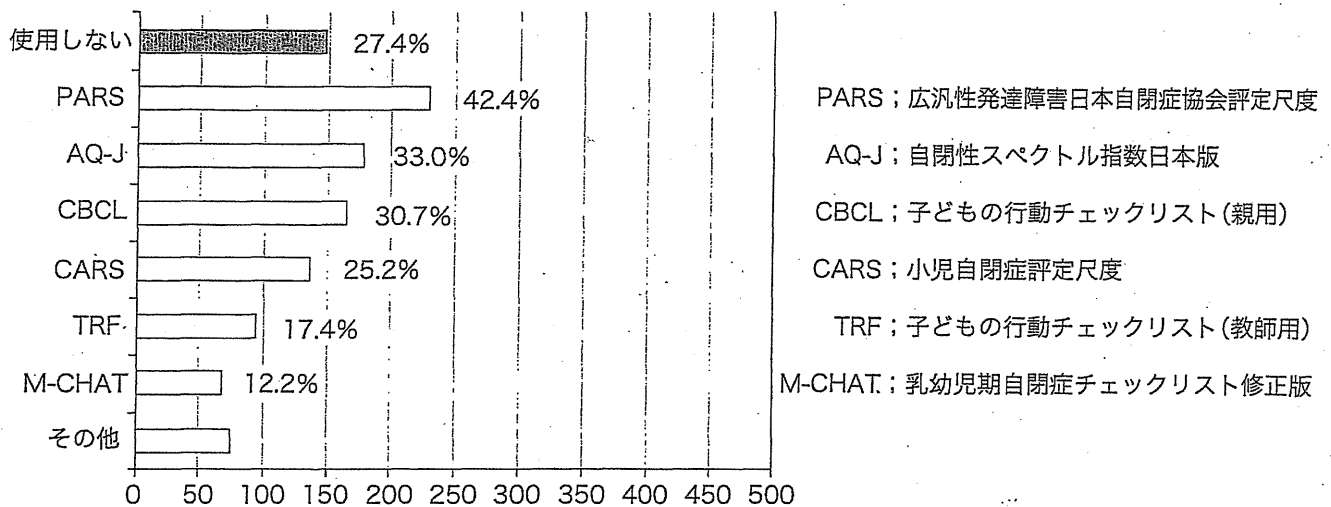


図2 診断に際して使用する評価尺度・スクリーニング

30.7%が子どもの行動チェックリスト(親用)<sup>20)</sup>, 25.2%が小児自閉症評定尺度(Childhood Autism Rating Scale: 以下CARS)<sup>48)</sup>, 17.4%が子どもの行動チェックリスト(教師用), 12.2%が乳幼児期自閉症チェックリスト修正版(Modified Checklist for Autism in Toddlers: 以下M-CHAT)<sup>19)</sup>を使用すると回答した(図2)。これらの評価尺度・スクリーニングを使用しないと回答したのは27.4%であった。

診断に際して実施する医学的検査としては, 45.0%が脳波, 37.6%が体重測定, 35.2%が身長測定, 20.4%が頭部単純MRI, 16.1%が頭部CT, 15.4%が血圧, 15.0%が脈拍, 10.2%が内分泌系血液検査, 8.7%が心電図, 2.2%が聴性脳幹反応, 2.2%が持続処理課題を実施すると回答した。

診断に際して実施する心理検査としては, 85.2%がウェクスラー児童用知能検査(Wechsler Intelligence Scale for Children: 以下WISC), 61.7%がウェクスラー成人知能検査(Wechsler Adult Intelligence Scale: 以下WAIS), 38.1%が描画テスト(グッドイナフ人物画知能検査, バウムテスト, House-Tree-Personテストなど), 36.3%が新版K式発達検査, 29.3%がPFスタディ(絵画欲求不満テスト), 29.3%が田中ビネー知能検査を実施すると回答した(図3)。

診断に際して使用する構造化面接などの診断面接法としては, 78.1%が使用しないと回答し,

5.0%が広汎性発達障害評定システム<sup>28)</sup>, 4.6%が精神疾患簡易構造化面接法(小児・青年用)(Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents: 以下M.I.N.I.KID)<sup>39)</sup>, 4.1%がDiagnostic Interview for Social and Communication Disorders(以下DISCO)<sup>60)</sup>, 2.4%がAutism Diagnostic Interview-Revised(以下ADI-R)<sup>29)</sup>を使用すると回答した。

PDDに対する診断基準としては, 55.6%がDSM-IV-TR, 35.6%がICD-10, 1.7%がWingのスペクトラム概念<sup>59)</sup>, 0.7%がDSM-IV-TRとICD-10の両方を使用すると回答し, 6.1%が無回答であった。また, 「PDD患者が注意欠如・多動性障害(Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder: 以下ADHD)の診断基準も満たす場合, 最終診断はどうしていますか」という設問に対して, 61.5%が「PDDとADHDの両方を診断する(“PDD + ADHD”と診断する)」と回答し, 「PDDと診断する」と回答した32.6%を上回った。

本人への診断告知の時期については, 「中学生ごろ(19.4%)」, 「診断確定後できるだけ早期に行う(16.9%)」, 「小学校高学年ごろ(15.6%)」, 「高校生以降(15.0%)」という回答が順に多かった。その他, 「ケースバイケース(7.8%)」, 「小学校中学年までに(4.4%)」という回答がみられ, 4.6%が無回答であった。

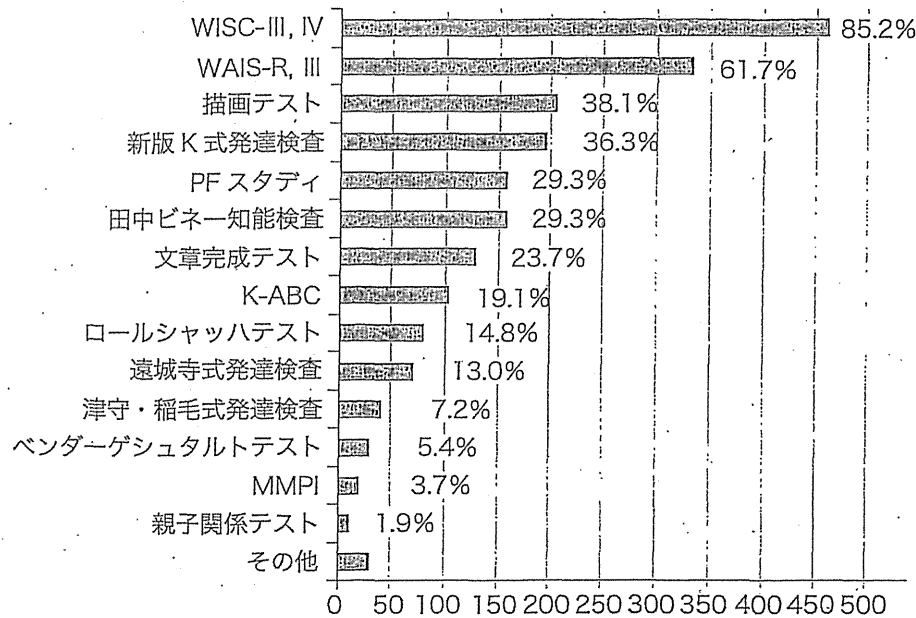


図3 診断に際して実施する心理検査

## 2. 心理社会的治療・支援

心理社会的治療・支援としては、71.3%が医師による精神療法、66.7%が学校など関係機関との連携による環境調整、52.4%が心理療法(カウンセリングやプレイセラピーなど)、50.0%が親ガイダンスを行っているとは回答した(図4)。また、今後行いたい心理社会的治療・支援としては、32.0%がペアレント・トレーニング、29.8%がsocial skills training (以下SST)と回答した(図4)。

家族からの要望が多い心理社会的治療・支援としては、60.2%が学校など関係機関との連携による環境調整、44.4%が心理療法(カウンセリングやプレイセラピーなど)、43.5%が親ガイダンス、43.3%がSST、40.6%が医師による精神療法、28.7%がペアレント・トレーニングと回答した(図5)。

学校との連携については、49.6%が必要な場合に随時実施、29.4%が積極的に実施、16.1%が必要と思うが時間がとれないと回答し、あまり必要と思わないとする回答は1名であった。

早期支援における問題点としては、71.3%が「療育機関が不足している」、41.1%が「子どもの障害についての親の意見の不一致がある」、18.7%が「親が療育に消極的である」と回答した。

## 3. 薬物治療

小児のPDDに処方されている薬剤としては、抗精神病薬(83.0%)、抗てんかん薬(54.3%)、徐放性メチルフェニデート(52.8%)、抗うつ薬(48.7%)、アトモキセチン(46.3%)の順に多かった(図6)。また、7.4%の医師は小児のPDDに対して薬物治療を行っていないと回答した(図6)。

そして、抗精神病薬の内訳は、70.5%がリスペリドン、11.3%がアリピプラゾールと回答し、これらを含めた非定型抗精神病薬を処方すると回答したものは87.4%、定型抗精神病薬は5.6%であった。薬剤名(抗精神病薬)の回答が得られなかったものは7.0%であった。抗てんかん薬の内訳は、64.8%がバルプロ酸、23.3%がカルバマゼピンと回答し、7.8%は薬剤名(抗てんかん薬)の回答が得られなかった。抗うつ薬の内訳は、56.9%がフルボキサミン、16.1%がセルトラリンと回答し、これらを含めた選択的セロトニン再取り込み阻害薬(selective serotonin reuptake inhibitor: 以下SSRI)を処方すると回答したものは81.6%、SSRI以外は9.7%であった。薬剤名(抗うつ薬)の回答が得られなかったものは8.6%であった。

成人のPDDに処方されている薬剤としては、抗精神病薬(87.6%)、抗てんかん薬(64.4%)、抗うつ薬(63.5%)の順に多かった(図6)。また、



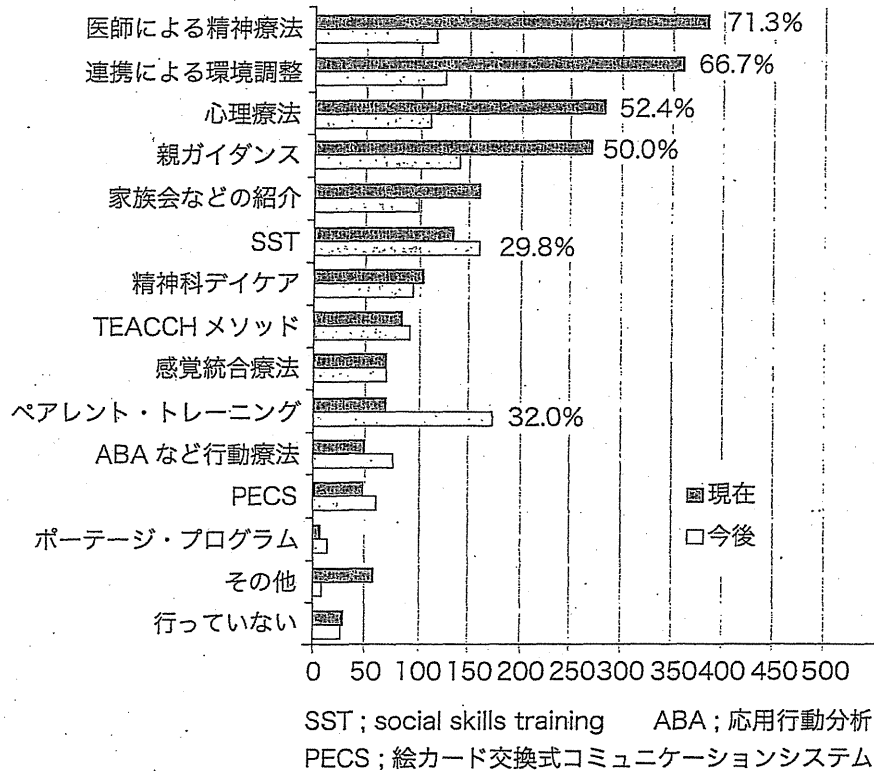


図4 現在行われている心理社会的治療・支援と今後

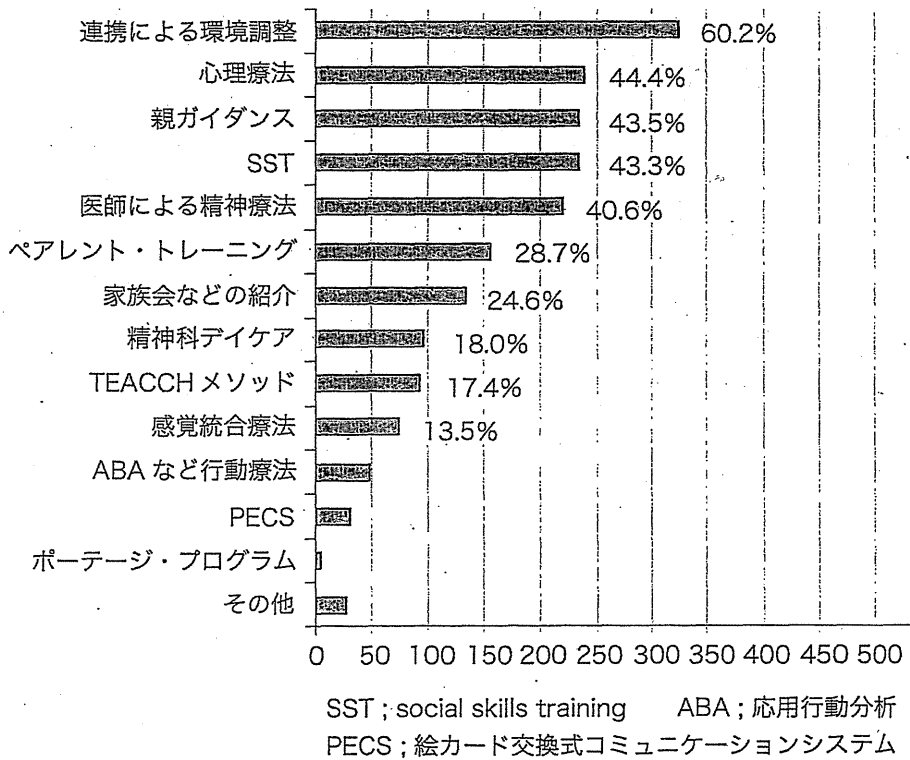


図5 家族からの要望が多い心理社会的治療・支援

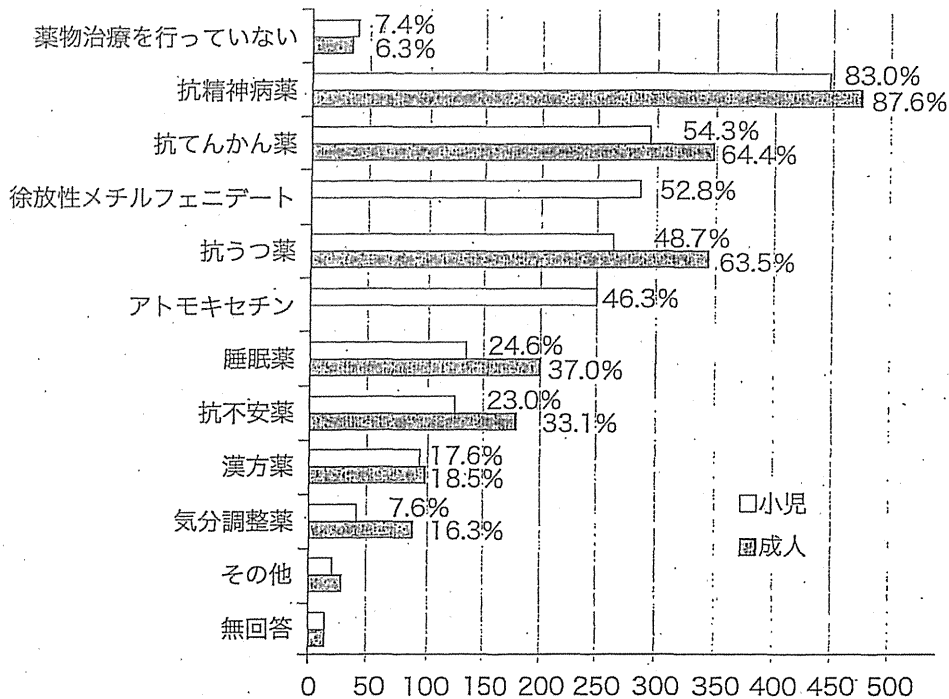


図6 広汎性発達障害に対して処方されている薬剤

6.3%の医師は成人のPDDに対して薬物治療を行っていないと回答した(図6)。

そして、抗精神病薬の内訳は、66.3%がリスペリドン、12.5%がアリピプラゾールと回答し、これらを含めた非定型抗精神病薬を処方すると回答したものは87.3%、定型抗精神病薬は5.8%であった。薬剤名(抗精神病薬)の回答が得られなかったものは6.9%であった。抗てんかん薬の内訳は、66.5%がバルプロ酸、22.3%がカルバマゼピンと回答し、8.4%は薬剤名(抗てんかん薬)の回答が得られなかった。抗うつ薬の内訳は、49.0%がフルボキサミン、16.7%がセルトラリンと回答し、これらを含めたSSRIを処方すると回答したものは73.8%、SSRI以外は10.3%であった。薬剤名(抗うつ薬)の回答が得られなかったものは15.9%であった。

#### 4 考察

##### 1. 診断・評価について

PDDの診断・評価は、面接から得られる情報と診察室での行動観察、家族から聞かれる詳しい発達歴、保育や教育機関などの関係者からの評価や集団場面での行動特徴、そして心理検査や医学

的検査の結果などを総合的に判断して行われる。つまり、診断・評価の精度を向上させるためには、初回面接時の評価尺度・スクリーニングに始まり、医学的検査、心理検査、そして診断面接といった過程を経ることが必要である。今回の調査結果から、わが国において実施可能かつ必要と考えられるPDDの診断・評価の過程が考えられたため、国内外の報告なども参考にしながら、その過程を評価尺度・スクリーニング、医学的検査、心理検査、診断面接の順に示す。

今回の調査(図2)で回答された評価尺度・スクリーニングはいずれも有用であり、それぞれの特徴に沿って使用することで有益な情報が得られ診断の補助となる。最も使用されていたPARSは、幼児期、児童期、思春期・成人期の各年齢段階でのPDDの特徴が把握でき、認知発達水準によらないPDD特有の困難さも把握できる。PDDに特徴的な6領域57項目からなり、幼児期尺度、児童期尺度、思春期成人期尺度のそれぞれの信頼性と妥当性が示されており<sup>1,22,55)</sup>、有用である。AQ-Jは、正常知能成人を対象とした50項目からなる自己記入式質問紙であり、高機能PDDのスクリーニングに使用できる。スクリーニングを目的とした

場合のカットオフとして、PDDに対して26点<sup>26)</sup>と報告されている。子どもの行動チェックリスト(親用)は、行動や情緒における特性を包括的に評価する113項目のチェックリストである。各項目の得点から8つの症状群尺度(ひきこもり、身体的訴え、不安/抑うつ、社会性の問題、思考の問題、注意の問題、非行的行動、攻撃的行動)、内向尺度、外向尺度、総得点が算出される。子どもの行動チェックリスト(教師用)も内容は同様であり、教師が回答する。CARSは、自閉症児とそれ以外の発達障害児とを鑑別するために開発されたもので、15項目からなる行動を通して評定する尺度である<sup>48)</sup>。同じ尺度であるが、Kuritaらが翻訳したCARS-Tokyo Version (CARS-TV)<sup>25)</sup>について、DSM-IVに対応したカットオフスコアをTachimoriら<sup>50)</sup>が報告しているが、2歳前後の早期診断および知能障害のないPDDの評価については十分といたいという意見<sup>24)</sup>がある。M-CHATは23項目に「はい・いいえ」で回答する親記入式の質問紙で、2歳前後の幼児に対してスクリーニング目的で使用され、わが国においても1歳6カ月児健診に導入が試みられる<sup>23)</sup>など一定の成果をあげている。以上のように有益な情報が得られるこれらの評価尺度・スクリーニングであるが、今回の調査では27.4%が評価尺度・スクリーニングを使用していないと回答し、最も使用されているPARSも42.4%であった。今回の調査で上位を占めた、PARS、子どもの行動チェックリスト(親用)、CARS、子どもの行動チェックリスト(教師用)、M-CHATといった評価尺度・スクリーニングのさらなる使用が望まれる。以上から、評価尺度について標準化すると、必須項目としてはPARS、成人期におけるAQ-Jがあげられ、行った方がよい項目としては子どもの行動チェックリスト(親用)、子どもの行動チェックリスト(教師用)、CARS、M-CHATがあげられる(図7)。

PDDの診断根拠となる生物学的指標が明らかとなっていない現状を勘案すると、PDDの医学的検査とは併存・鑑別診断を意識した検査であるといっても過言ではない。PDDと併存する、または鑑別が必要となる身体疾患として、てんかん、脳炎、結節性硬化症、神経線維腫症、聴覚障害な

どがあげられ、医学的検査が必要といえる。今回の調査では、45.0%が脳波、20.4%が頭部単純MRI、16.1%が頭部CT、10.2%が内分泌系血液検査、2.2%が聴性脳幹反応を実施していたが、さらなる実施が望まれる。てんかんがPDDに併存する割合は5%から44%と報告<sup>50)</sup>され、てんかんの発症のピークが幼児期と思春期の二峰性であることもあり、脳波異常がみられれば経過をみて定期的に脳波検査を行う必要がある。また、乳幼児期のPDDでは呼名への無反応などから聴覚障害との鑑別が必要となるため、乳幼児期では聴性脳幹反応の実施が必要となる。薬物治療を行ううえでも、血圧、脈拍、心電図、脳波などへの影響の有無を確認することは重要であるし、成長障害の有無や食欲低下の程度を検討するために身長、体重の確認も必要である。以上から、医学的検査について標準化すると、必須項目としては身長・体重測定、脳波、血液検査、心電図(薬物治療を行う場合)があげられ、行った方がよい項目としては頭部単純MRI、頭部CTがあげられ、可能であれば行う項目としては聴性脳幹反応(乳幼児期)があげられる(図7)。

PDDにおいては、認知機能の著しいアンバランスが想定されているため、診断を行ううえで知能検査は必須といえる。今回の調査(図3)でも、85.2%がWISC、61.7%がWAISを診断に際して実施すると回答し、その他新版K式発達検査、田中ビネー知能検査、遠城寺式乳幼児分析的発達検査、津守・稲毛式乳幼児精神発達質問紙など知能検査に準ずる心理検査が実施されていることがわかった。これらは年齢に応じて選択されるが、乳幼児期のPDDでは直接的な評価が困難な場合もあり、その場合には養育者への質問紙法である遠城寺式乳幼児分析的発達検査や津守・稲毛式乳幼児精神発達質問紙を選択することとなる。今回の調査(図3)で多く使用されていたWISC、WAISに関しては、PDDを対象に多く検討され、下位項目ごとの評価点のばらつきが目立つのが特徴とされる。また、知能検査は知的障害の併存の検討や鑑別に用いられるとともに、鑑別または併存障害である学習障害を示唆する情報が得られる場合もあるため、必要に応じてさらに詳細な学習機能や

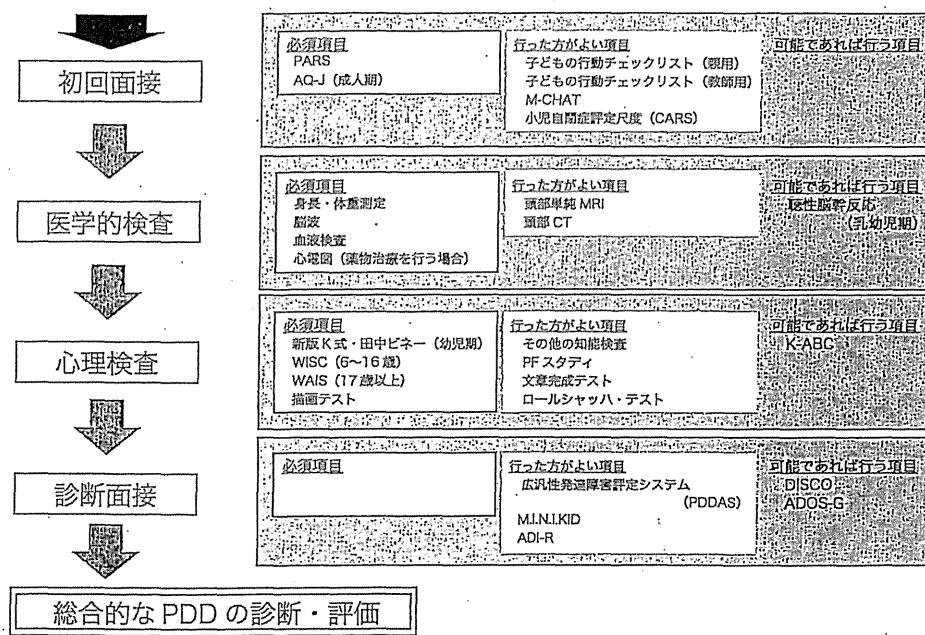


図7 広汎性発達障害の医学的診断・評価フローチャート

認知機能を評価できるK-ABC心理・教育アセスメントバッテリーなどを追加することが望まれる。診断するという目的以外に、知能検査によって認知プロファイルを把握し、長所と弱点を見極めて支援方針や治療を考える姿勢も必要である。また、情緒的側面を評価することのできる描画テスト、PFスタディ、文章完成テスト、ロールシャッハ・テストもPDDをもつ子どもを多面的に理解するためには重要である。加えて、これらの心理検査は併存障害の評価にも有用である。今後、心理検査としては、WISCを中心とした知能検査に加えて、情緒的側面や併存障害を評価できる描画テスト、PFスタディ、文章完成テスト、ロールシャッハ・テストなどを積極的に実施するべきであろう。以上から、心理検査について標準化すると、必須項目としてはWAIS (17歳以上)、WISC (6~16歳)、新版K式発達検査または田中ビネー知能検査(幼児期)、描画テストがあげられ、行った方がよい項目としてはその他の知能検査、PFスタディ、文章完成テスト、ロールシャッハ・テストがあげられ、可能であれば行う項目としてはK-ABC心理・教育アセスメントバッテリーがあげられる(図7)。

今回の調査では診断面接法としては、78.1%が

使用しないと回答した。臨床現場において診断面接法が使用されにくい要因として、実施時間が長時間に及ぶことやその特殊性などが考えられる。しかし、診断者の主観の関与を低減し、過剰診断や見逃しを防ぐためには診断面接法のさらなる使用が望まれる。ADI-RやAutism Diagnostic Observation Schedule-Generic (以下ADOS-G)<sup>30)</sup>は研究診断や臨床診断の至適基準としての認識が広まりつつあるが、今回の調査では使用していると回答した医師は10名程度であった。今回の調査で4.1%が使用していたDISCOやADOS-Gは日本語版の信頼性や妥当性が検証中であることや、著作権があり無断使用が厳しく制限され、専門的なトレーニングを受けなければならず、現時点ではこれらの使用は極めて限定的な状況にある。ADI-Rについては、本調査後に日本語版の信頼性や妥当性が検証され<sup>54)</sup>、それをもって金子書房より日本語版が出版され、研究目的以外であれば使用できるようになった。研究目的での使用であれば海外での研修が必要であるが、日常臨床においては使用可能であり、今後使用されることが多くなると考えられる。一方、親からの回答に基づいて評定を行う91項目からなる半構造化面接法である広汎性発達障害評定システム<sup>28)</sup>や、患者から