

- 5) Fein, D., Dixon, P., Paul, J. et al. : Brief report : Pervasive developmental disorder can evolve into ADHD : Case illustrations. *J. Autism Dev. Disord.*, 35 ; 525-534, 2005.
- 6) Gillberg, C. : Deficits in attention, motor control, and perception: A brief review. *Arch. Dis. Childhood*, 88 ; 904-910, 2003.
- 7) Herbert, M.R. and Kenet, T. : Brain abnormalities in language disorders and in autism. *Pediatr. Clin. North Am.*, 54 ; 563-583, 2007.
- 8) Howlin, P., Mawhood, L. and Rutter, M. : Autism and developmental receptive language disorder — a follow-up comparison in early adult life. II : Social, behavioural, and psychiatric outcomes. *J. Child Psychol. Psychiatr.*, 41 ; 561-578, 2000.
- 9) 神尾陽子 : 今日の診断分類とその概念の変化. *精神科治療学*, 23 (増刊号) ; 8-12, 2008.
- 10) Kamio, Y., Tobimatsu, S. and Fukui, H. : Developmental disorders. In : (eds.), Decety, J. and Cacioppo, J. *The Oxford Handbook of Social Neuroscience* (Oxford Library of Psychology), Oxford University Press, Oxford, p.848-858, 2011.
- 11) Mawhood, L., Howlin, P. and Rutter, M. : Autism and developmental receptive language disorder — a comparative follow-up in early adult life. I : Cognitive and language outcomes. *J. Child Psychol. Psychiatr.*, 41 ; 547-559, 2000.
- 12) Mulligan, A., Anney, R.J., O'Regan, M. et al. : Autism symptoms in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder : a familial trait which correlates with conduct, oppositional defiant, language and motor disorders. *J. Autism Dev. Disord.*, 39 ; 197-209, 2009.
- 13) Murdoch, J.D. and Matthew. W.S. : Recent development in the genetics of autism spectrum disorders. *Curr. Opin. Genet. Dev.*, 23 ; 310-315, 2013.
- 14) Robins, E. and Guse, S.B. : Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application to schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 126 ; 107-111, 1970.
- 15) Zappella, M. : Early-onset Tourette syndrome with reversible autistic behaviour: A dysmaturational disorder. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 11 ; 18-23, 2002.

## 児童精神医学の診断概念と DSM-5 (DSM-IV 以降)

児童精神医学がカバーする精神疾患群 (Child and Adolescent Mental Disorders : CAMDs) は, DSM-5<sup>1)</sup> の改訂ではいくつかの点でかなり大きな変更がなされた。これは, DSM-IV<sup>2)</sup> 発刊からの 20 年間の CAMDs に関連する認知神経科学, 脳画像, 疫学, ゲノムなどの研究成果を反映し, DSM-IV について批判されていた問題点の一部を克服したものと理解できる。「従来の記述精神医学の時代に片足を, もう片方の足を生物学的精神医学に入れた状態」<sup>3)</sup> と形容される今日の児童精神医学の到達点は, 病態生理に基づく疾患分類にはまだ遠いものの, 臨床的利便性や経済面も考慮した実用性や, 今後の検証を待つ研究的要素も含んだ折衷的な産物といえよう。

児童精神医学を専門とする医師のみならず, 一般精神科医, 小児科医, そして心理, 教育, 福祉など子どもと家族にかかわる多領域の専門家にとって, DSM-5 は共通言語となるものである。診断に関する不適切な使用や偏見などを最小に抑え, 臨床ニーズのある子どもと家族の治療や支援に役立てるためには, 用いる診断体系の長所と短所を知っておくことが重要である。本項では, DSM-IV, DSM-IV-TR<sup>4)</sup> から DSM-5 への CAMDs 全体にかかわる主要な変更点を取り上げ, その背景にある CAMDs の診断概念の変化やその根拠について概略を述べる。今後, より科学的妥当性の高い診断体系<sup>5,6)</sup> に向けて中間地点にある現在, 何が課題として残されているかについても言及する。

### DSM-5 における構成上の再編とその背景

個別的, 具体的な変更は, 表 1 に示す通りである (詳細は本巻に収載された各論を参照のこと)。本項では, DSM-5 の注目すべき特徴を 3 点に絞り, その概略を述べる。

#### ●●● 三部構成

DSM-5 は, 3 つのセクションから成る三部構成となった。第 I 部は序や使用法, 第 II 部は診断分類, そして第 III 部は症例の定式化の助けとなりうるアセスメント尺度や文化の多様性を考慮した面接法などがあげられている。

DSM-5 の診断分類の信頼性を調べるフィールドトライアルは, DSM-IV の時と違って構造化面接ではなく, 現実の臨床場面に近い設定で実施された<sup>7)</sup>。CAMDs のうち検討されたのは, ① 自閉スペクトラム症/自閉症スペクトラム障害 (Autism Spectrum Disorder : ASD), ② 注意欠如・多動症/注意欠如・多動性障害 (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder : ADHD), ③ 回避・制限性食物摂取症/回避・制限性食物摂取障害 (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder), ④ 反抗挑発症/反抗挑戦性障害 (Oppositional Defiant Disorder), ⑤ うつ病 (DSM-5)/大うつ病性障害 (Major Depressive Disorder), ⑥ 重篤気分調節症 (Disruptive Mood Dysregulation Disorder : DMDD), ⑦ 混合不安-抑うつ障害, ⑧ 非自殺的な自傷行為 (Nonsuicidal Self-Injury) の 8 種類で, 2 人の臨床

家が1人の患者を別個に診断した場合の診断一致率は障害単位によってばらつきが大きかった<sup>8)</sup>。すなわち、8種類の障害単位のうち、①と②の評価者間信頼性は「とても良い」( $\kappa = 0.60 \sim 0.79$ )と最も高く、③と④は「良い」( $\kappa = 0.40 \sim 0.59$ )、⑤と⑥は「疑わしい」( $\kappa = 0.20 \sim 0.39$ )、そして⑦と⑧は「ない」( $\kappa < 0.20$ )であった<sup>8)</sup>。

第III部には、初診時の包括的評価の補助として、また治療効果をモニターする際の指標として使うことが推奨されている横断的症候尺度 (cross-cutting symptom measures) の成人版とともに児童版 (6~17歳) も掲載されている。まずレベル1の尺度で精査が必要な領域を発見し、閾値を超えた領域に特異的な、レベル2の尺度を用いて問題をより深く調べる (DSM-5のp.735/日本語版 p.732の表, pp.740-741/日本語版 p.735の表参照)<sup>1)</sup>。児童用のレベル1の尺度は12の領域 (身体症状、睡眠の問題、不注意、抑うつ、怒り、易怒性、躁状態、不安、精神病症状、反復思考と行動、物質使用、自殺念慮/自殺企図) にわたる25項目の質問で構成されている。児童の年齢や障害領域によって評定者 (親/保護者、本人、臨床家) 別に尺度が用意されている。これらの尺度の検査-再検査信頼性、フィジビリティ、臨床的有用性は、米国でのフィールドトライアルで検証済みであるが、領域によっては臨床家の信頼性は低かった<sup>9)</sup>。レベル1の尺度は簡便で広範囲をカバーするように作られているので、プライマリーケアにかかわる臨床家が精神科医への紹介の必要性を判断する際にも有用となる可能性がある。

さらに第III部には今後の研究用に、「今後の研究のための病態」が掲載されている。これらは第II部に含めるにはエビデンスが不足していると判断された単位群で、そのなかに児童・青年に関連して、減弱精神病症候群 (準精神病症候群) (Attenuated Psychosis Syndrome)、インターネットゲーム障害、出生前のアルコール曝露に関連する神経行動障害 (Neurobehavioral Disorder Associated with Prenatal Alcohol Exposure; ND-PAE)、自殺行動障害、非自殺的な自傷行為などが含まれている。ND-PAE、すなわち胎児アルコール症候群は、ICD-10では先天奇形としてコード化されているけれども、精神と行動の障害としてDSMに登場するのは今回初めてである。特徴的な顔貌が必ずしも現れない不完全型がほとんどで、その多くに認知機能や情動、自己制御に問題があり、ADHDの合併も多い。実際、米国ではADHDとして治療されているケースが多いが、薬物治療の反応性が異なり、ADHDとの鑑別の必要性が指摘されている<sup>10)</sup>。ここで提案されている診断基準案では、行動障害があれば顔面など身体的特徴がなくても診断可能としている点に注目したい。

DSM-5では、DSM-IVで採用された多軸分類 (I軸: 臨床疾患・臨床的関与の対象となることのある他の状態、II軸: 人格障害・精神遅滞、III軸: 一般身体疾患、IV軸: 心理社会的および環境的問題、V軸: 機能の全体的評定) が使われないこととなった。I軸の精神疾患は一般身体疾患や心理社会的問題と独立して存在するのではなく、それらは分かちがたく関連していることから、DSM-5ではI軸、II軸、III軸を並列にしてセクションIIに含めている。その一方で、IV軸の心理社会的および環境的問題やV軸の機能評定については、WHOと共有化をはかるためDSMで独自に作成しない方針が採用された。DSM-IVのIV軸に含まれていた問題に対してはICDのコード (ICD-9-CMのVコード/

表 1 DSM-IV から DSM-5 までの児童精神医学領域の障害

DSM-IV (1994)	DSM-IV (1994)	DSM-5 (2013)
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	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	神経発達症群/神経発達障害群
精神遅滞 II 軸 軽度精神遅滞 中等度精神遅滞 重度精神遅滞 最重度精神遅滞 精神遅滞、重症度は特定不能	精神遅滞 軽度精神遅滞 中等度精神遅滞 重度精神遅滞 最重度精神遅滞 精神遅滞、重症度は特定不能	知的能力障害群 知的能力障害 軽度知的能力障害 中等度知的能力障害 重度知的能力障害 最重度知的能力障害 全般的発達遅延 特定不能の知的能力障害
学習障害 読字障害 算数障害 書字表出障害 特定不能の学習障害	学習障害 読字障害 算数障害 書字表出障害 特定不能の学習障害	限局性学習症/限局性学習障害
運動能力障害 発達性協調運動障害	運動能力障害 発達性協調運動障害	運動症群/運動障害群 発達性協調運動症/発達性協調運動障害 常同運動症/常同運動障害 (チック症群/チック障害群)*
コミュニケーション障害 表出性言語障害 受容-表出混合性言語障害 音韻障害 (以前は発達性構音障害) 吃音症 特定不能のコミュニケーション障害	コミュニケーション障害 表出性言語障害 受容-表出混合性言語障害 音韻障害 (以前は発達性構音障害) 吃音症 特定不能のコミュニケーション障害	コミュニケーション症群/コミュニケーション障害群 (言語症/言語障害) 語音症/語音障害 小児期発症流暢症 (吃音) /小児期発症流暢障害 (吃音) 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 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
広汎性発達障害 自閉性障害 Rett 障害 小児期崩壊性障害 Asperger 障害 特定不能の広汎性発達障害 (非定型自閉症を含む)	広汎性発達障害 自閉性障害 Rett 障害 小児期崩壊性障害 Asperger 障害 特定不能の広汎性発達障害 (非定型自閉症を含む)	自閉スペクトラム症/自閉症スペクトラム障害
注意欠陥および破壊的行動障害 注意欠陥/多動性障害 混合型 不注意優勢型 多動性-衝動性優勢型 特定不能の注意欠陥/多動性障害 行為障害 反抗挑戦性障害 特定不能の破壊的行動障害	注意欠陥および破壊的行動障害 注意欠陥/多動性障害 混合型 不注意優勢型 多動性-衝動性優勢型 特定不能の注意欠陥/多動性障害 行為障害 反抗挑戦性障害 特定不能の破壊的行動障害	注意欠如・多動症/注意欠如・多動性障害 混合して存在 (presentation) 不注意優勢に存在 多動性・衝動性優勢に存在 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 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
幼児期または小児期早期の哺育、摂食障害 異食症 反芻性障害 幼児期または小児期早期の哺育障害	幼児期または小児期早期の哺育、摂食障害 異食症 反芻性障害 幼児期または小児期早期の哺育障害	食行動障害および摂食障害群 異食症 反芻症/反芻性障害 回避・制限性食物摂取症/回避・制限性食物摂取障害

表1 DSM-IV から DSM-5 までの児童精神医学領域の障害(つづき)

DSM-IV (1994)	DSM-IV-TR (2000)	DSM-5 (2013)
チック障害 Tourette 障害 慢性運動性または音声チック障害 一過性チック障害 特定不能のチック障害	チック障害 Tourette 障害 慢性運動性または音声チック障害 一過性チック障害 特定不能のチック障害	運動症群/運動障害群* チック症群/チック障害群 Tourette 症/Tourette 障害 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 暫定的チック症/暫定的チック障害 他の特定されるチック症/他の特定されるチック障害 特定不能のチック症/特定不能のチック障害
排泄障害 遺糞症 遺尿症 (一般身体疾患によらない)	排泄障害 遺糞症 遺尿症 (一般身体疾患によらない)	排泄症群 遺尿症 遺糞症
幼児期, 小児期, または青年期の他の障害 分離不安障害 選択性緘黙 幼児期または小児期早期の反応性愛着障害 抑制型 脱抑制型 常同運動障害 (以前は常同症/性癖障害) 特定不能の幼児期, 小児期, または青年期の障害	幼児期, 小児期, または青年期の他の障害 分離不安障害 選択性緘黙 幼児期または小児期早期の反応性愛着障害 抑制型 脱抑制型 常同運動障害 (以前は常同症/性癖障害) 特定不能の幼児期, 小児期, または青年期の障害	不安症群/不安障害群 分離不安症/分離不安障害 選択性緘黙 強迫症および関連症群/強迫性障害および関連障害群 抜毛症 皮膚むしり症 心的外傷およびストレス因関連障害群 反応性アタッチメント障害/反応性愛着障害 脱抑制型対人交流障害 心的外傷後ストレス障害
性障害および性同一性障害 性同一性障害 小児の性同一性障害 青年または成人の性同一性障害	性障害および性同一性障害 性同一性障害 小児の性同一性障害 青年または成人の性同一性障害	性別違和 小児の性別違和 青年および成人の性別違和
臨床的関与の対象となることのある他の状態 対人関係の問題 (親子関係の問題, 同胞関係の問題) 虐待または無視に関連した問題 (身体的虐待, 性的虐待, 無視) その他 (小児または青年の反社会的行動, 境界知能, 学業上の問題, 同一性の問題)	臨床的関与の対象となることのある他の状態 対人関係の問題 (親子関係の問題, 同胞関係の問題) 虐待または無視に関連した問題 (身体的虐待, 性的虐待, 無視) その他 (小児または青年の反社会的行動, 境界知能, 学業上の問題, 同一性の問題)	臨床的関与の対象となることのある他の状態 対人関係の問題 (親子関係の問題, 同胞関係の問題, 親から離れた養育, 両親の不和に影響されている児童) 虐待とネグレクト (身体的虐待, 性的虐待, ネグレクト, 心理的虐待) その他 (小児または青年の反社会的行動, 境界知能, 学業上や教育上の問題), など

註: 斜体で示した障害は, DSM-III から DSM-IV での幼児期から青年期までに発症する障害カテゴリーに含まれない障害 (群) である。

本表での DSM-5 の掲載は DSM-5 内の順番を反映していない。DSM-IV-TR との異同を強調するために, DSM-IV-TR の順番に倣って配置している。

DSM-5 では児童に診断する可能性のある障害は, 複数のカテゴリーにまたがって存在するが, 表では DSM-IV-TR からの経緯を示すためにその一部のみ示されている。

\*: 神経発達症群/神経発達障害群のなかの運動症群/運動障害群に, 発達性協調運動症/発達性協調運動障害と常同運動症/常同運動障害とともに含まれている。本表では, 上述の理由で分けて表示されている。

(APA. DSM-IV. 1994/日本語版. 1996<sup>2)</sup> / APA. DSM-IV-TR. 2000/日本語版. 2002<sup>4)</sup> / APA. DSM-5. 2013/日本語版. 2014<sup>1)</sup> をもとに作成)

ICD-10-CM の Z コード) の使用が推奨されている。V 軸でなされていた機能評価には従来用いられていた CGAS (Children's Global Assessment Scale)<sup>11)</sup> に代わって、ICF (International Classification of Functioning)<sup>12)</sup> の考え方に即して作成された世界保健機関能力低下評価尺度第 2 版 (WHODAS II: World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (DSM-5, pp.747-748/日本語版, pp.740-742 参照)) の児童青年版 (WHODAS-Child) が使用される予定である (現在世界各地で検証中)<sup>13)</sup>。WHODAS-Child は 6 領域 (理解と意思伝達, 移動, セルフケア, 対人関係, 家庭/職場/学校での活動, 社会参加) 36 項目のスコアを合計して得点化 (0~100 点) するもので, 簡便かつ領域別得点化や文化ごとに標準化ができるなど, 国際比較に使いやすい。この背景には, 機能障害は環境要因に左右され, 疾患それ自体とは独立していることから, WHO は精神疾患と生活機能/障害とを分離して, それぞれ ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) と ICF とで評価する方向で作業を進めている経緯がある。しかしながら, 実際の臨床場面ではこの両者を分けにくく, 診断基準が機能障害に言及しているケースがある。たとえば, 症状レベルでは Asperger 障害の診断基準に合致するが, 生活機能レベルでは良好な家庭や職場環境にあって問題のない成人を想定してみる。代償機構がうまく働き, 適応スキルを獲得しているような場合, それでも診断は必要かというところ, 診断や支援を希望しない人が多いと思われる。DSM-5 の ASD の診断基準に, 複数の重要な生活場面で機能障害を引き起こしていることを要件とする項目が含まれたのは, こうした事情を考慮しての処置と推測される。ところが機能障害を診断要件としてしまうと, 前述の例とは逆に, 年少児まではなんとか適応できても周囲からの社会的要請が高くなるにつれて適応が難しくなるような ASD 児の場合には, 診断時期が遅れ, 早期治療の機会を奪いかねないという問題が生じる。このように, 精神疾患と生活機能/障害の関係は複雑で, 必ずしも分離が患者に益するとは限らない事態も生じる。DSM-5 では, こうした懸念に対して個々の障害単位の診断基準にさまざまな修正が施されている (例: ASD では発症年齢の上限をなくすなど)。

## ●●● 発達の視点の導入

CAMDs は DSM-IV, DSM-IV-TR 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」というクラスターに一括されていたが, DSM-5 ではこのクラスターが撤廃され, 個々の CAMD は, 病因や病態がより均質と考えられるそれぞれ異なるクラスターの下に再配置された。この変更は, 現時点で CAMDs を特殊な病態と考える根拠がないこと, ほとんどすべての精神疾患が広い年齢帯を対象とすることなどや, 長期的な治療ニーズや予防の観点から, いずれの精神疾患も発達の視点を共有することが重要であるという認識に基づく。そのことは児童期発症限定クラスターの撤廃のほかにも, DSM-5 のすべてのクラスターおよびクラスター内のすべての障害単位が発症年齢順に配置されたこと, 各診断単位の解説欄で, 経過の説明に発達の視点が強調されたこと (DSM-IV では「経過」というサブタイトルであったが, DSM-5 では「症状の発展と経過」に変更された), などにはっきりとみてとることができる。多くの疾患で初発が児童期にまでさ

かのぼれること、CAMDs はさまざまなリスク要因や保護要因の修飾を受けて長い発達期間中に症状の発現がしばしば変化すること、などのエビデンスが反映されたと考えられる。

具体的には、「神経発達症群/神経発達障害群」クラスターが新しくつくられ、発達期に始まる神経発達の病理、経過、高頻度の合併症状の類似性、認知-情動処理特性、脳病態、バイオマーカー、発症リスク（ゲノム、環境、気質）、男性優位な有病率など、共通点の多い障害群を包含している<sup>14)</sup>。このクラスターには、知的能力障害群、コミュニケーション症群、ASD、ADHD、限局性学習症、運動症群、他の神経発達症群が含まれ、わが国ではすでに定着している「発達障害」とほぼ同義となった。

CAMDs に関連する、新しい障害単位には、重篤気分調節症 (DMDD) や社会的（語用論的）コミュニケーション症があるが、ほとんどデータがないため、今後の研究が注目される。DSM-5 で撤廃された広汎性発達障害の下位診断群の行方は、ASD に吸収・統合（自閉性障害、Asperger 障害、特定不能の広汎性発達障害）、廃止（小児期崩壊性障害）、精神障害から既知の状態へ移行（Rett 障害）など、エビデンスに基づいて決定された。

いくつかの CAMDs 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」というクラスターから、それぞれ共通点を示す障害群へ所属を変更した。すなわち、分離不安障害および選択性緘黙は不安症群クラスターに、反応性愛着障害は心的外傷およびストレス因関連障害群クラスターに、異食は食行動障害および摂食障害群クラスターに、排泄障害はそのまま独立し、反抗挑戦性障害および素行障害は ADHD と分かれて秩序破壊的・衝動制御・素行症群クラスターへと移動した。

これらの変更は、児童精神医学が一般精神医学と共通言語をもつようになったことを意味し、精神医学がすべてのライフコースにおける精神と行動の障害に取り組むために必要な土壌が整ったと評価できる。おおむね、主診断以外の併存症は DSM-5 内の隣接するクラスター内にあるように再配置されたので、見逃しが減ることが予想され、その結果、合併の基盤にある共通のリスク要因を調べる研究に役立つと思われる。その一方で、児童の正常範囲の行動のバリエーションになじみのない一般精神科医によって、安易に成人型精神疾患としてラベリングされる危険性も指摘されている<sup>15)</sup>。また CAMDs に日常的にかかわる小児科医、臨床心理士、ソーシャルワーカー、教員など多職種専門家は、精神医学の診断体系全体になじみが薄いため、多職種チームの共通言語として機能するには、いっそうの教育的機会や経験が必要となるであろう。

## ③③③ デイメンショナルアプローチとカテゴリカルアプローチ

一般医学では診断の際、カテゴリカルなアプローチとデイメンショナルな（次元的）アプローチが用いられている。前者は、罹患・非罹患に二分する立場で、臨床閾値を超える極端に偏った行動を罹患状態とし、そこに病因の存在が関与することを妥当性の根拠とする。後者は、正常状態と病理的状态のあいだにギャップがなく連続すると想定して定量的に測る立場で、うつ病や不安障害、統合失調症、ASD において明らかになってきたような症状、遺伝要因、病態生理学および認知心理学的所見における連続性をその根拠とす

る。精神疾患の診断においては、従来、カテゴリー分類が主で、特に精神科医はディメンショナルなアプローチにはあまりなじみがなかったかもしれない。

DSM-5 は既存のカテゴリー分類の枠組みを大きく変えずに、ディメンショナルアプローチを一部、組み合わせて導入したことがその大きな特徴とされている。CAMDs においても多くの疾患で症状の重症度はスペクトラムを構成しており、ディメンショナルアプローチの必要性は指摘されていた<sup>16)</sup>。カテゴリー分類の限界として、診断基準に完全に合致しない非定型や臨床閾下の人々の臨床ニーズに対する感度の低さがあげられる。またカテゴリーはライフコースにおいて変わることがしばしばあり、発達の観点からみて流動的な性格をもつこともわかってきた。さらに、カテゴリー分類は各カテゴリーが相互排他的となるようにつくられているため、DSM-IV にはそれぞれのプロトタイプの臨床特徴だけが記述されていた。実際の臨床像の多様性を診断基準に反映させるために、カテゴリーを細分化してより均質なサブタイプに分けることが試みられてきた。その結果、診断基準に完全には合致しない NOS (not otherwise specified) 診断が増え、合併障害の複数併記も増えることとなり、元来、目指していたはずの、より均質な群の定義からかえって遠ざかってしまったのである。こうしてカテゴリー間の境界はこれまで考えられていたほど堅牢なものではなく多孔性であることが認識されるようになり、カテゴリー分類に代わって、ディメンショナルなアプローチへのシフトが進んできた。

神経発達症群の多くの障害ではディメンショナルアプローチへのシフトが他の疾患群よりも明白である。ASD, ADHD および限局性学習症のそれぞれの障害単位内のサブタイプは撤廃され、代わりに症状程度を段階的に示すための特定用語 (specifier) が設けられている。このことは、診断名が同じであっても各人で異なる治療ニーズを理解するのに役立つかもしれない。神経発達症群では同じ障害群内あるいは複数の障害群をまたいで (たとえば、抑うつ障害群、不安症群、秩序破壊的・衝動制御・素行症群など) の合併頻度が高いことを特徴とする。こうした複雑な臨床像は単なる診断名併記からは把握しづらかったが、それぞれの症状を定量することで各症例の治療ニーズがわかりやすくなるであろう<sup>16)</sup>。また障害特異的なマーカーを調べる研究においても、従来、診断群と非罹患対照群の群比較というカテゴリカルアプローチがほとんどであったが、最近では一部の CAMDs 研究において、診断群内の多様性を考慮してディメンショナルアプローチによって行動・脳の関連を調べた脳画像研究やゲノム研究も散見されるようになった。これらの両者のアプローチをどの障害に対してどのように使い分け、あるいは組み合わせるのが最善かについては今後の課題である<sup>17)</sup>。

臨床像を明細化するために、DSM-5 では多数の特定用語が設けられている。DSM-IV, DSM-IV-TR のそれがサブタイプ分類用であったのと比較すると、用いられ方が異なっている。たとえば ASD の特定用語は、現症の重症度、知的障害を伴うかどうか、言語障害を伴うかどうか、既知の医学的または遺伝的病態あるいは環境的要因の関与があるかどうか、他の神経発達症または精神医学的障害あるいは行動障害の併存があるかどうか、緊張病 (カタトニア) の併存があるかどうか、を示すためにそれぞれ設けられている。ADHD の特定用語は、現症の優勢な臨床症状はいずれか、寛解状態かどうか、現症の重



症度，を示すために設けられている。

精神疾患にディメンショナルなアプローチが取り入れられると，有病率に影響するのではないかという懸念がある。カテゴリカルにせよディメンショナルにせよ，閾値設定が鍵となる。閾値が低すぎると過剰診断を招き，いたずらに診断児を増やし，その結果，不適切な薬物治療が増える危険性がある。また高すぎると診断が厳しくなり，治療ニーズのある子どもや家族が治療や支援を受けられないという事態を招きかねない。さらに多くの疾患の経過において，当初，閾下の症状を呈していた子どもが後に臨床閾値を超え，診断基準を満たす状態に変化することはしばしば経験される。こうしたことから，早期治療の観点からあまり厳しい閾値設定は望ましくない。こうしたリスクに対して，DSM-5 は適切な閾値設定をするためにどのような方策をとっているのだろうか。DSM-5 では，DSM-IV 同様，「臨床的に著しい障害をきたしていること」という基準がほとんどの障害に含まれているので，閾値設定のコントロールに効果があるかもしれない。ただし，成人については「臨床的に顕著」基準が入ることで有病率が低くなると報告されている<sup>18)</sup>が，児童についてはその影響は不明である。他方の過少診断リスクに対しては，たとえば ASD や ADHD の診断基準の発症年齢の上限が緩められたことで，幼児期情報が不十分な症例でも臨床家の判断で診断しやすくなったと予想される。

## 今後の課題

DSM-5 改訂には間に合わなかったが，次の改訂に向けて引き続き検討すべき CAMDs 全体に共通する問題は多く残されている。特に重要と思われるのは，予防的な早期治療に果たす DSM のマニュアルとしての役割について，である。たとえば統合失調症の前駆状態の減弱精神病症候群（準精神病症候群）は第 III 部に採用されているが，その他の CAMDs についても，早期診断・早期治療の科学的妥当性についてさらなるエビデンスに基づいて慎重な検討が必要であろう。同時に，CAMDs について社会全体の理解を深め，治療や研究についての社会の合意の形成が不可欠である。研究を推進していくと同時に，社会と向き合っ対話していくことがもっと求められるであろう。

他の医療分野ではすでに進められている性差医療に関して，特に児童期は性の分化や心理社会的な性の発達の重要な時期であることから，すべての CAMDs に関して性差についてもっと明らかにする研究が待たれる。DSM-5 は，性を身体的なセックスと心理社会的なジェンダーとに区別しているが，これらを分けて検討するのは容易なことではない。また，神経発達症群では有病率や症状プロフィールに性差があることはよく知られているが，女子症例のプロトタイプについてはいまだ明らかではない。とりわけ，女子症例の unmet needs が大きいことを考慮すると，今後の重要な課題である。

DSM-5 では文化的配慮が強調されている。日本での使用は，言語が違うだけでなく，文化も異なる米国外での使用である。たとえガイドラインに則して忠実に翻訳されたとしても信頼性や妥当性が保障されるとは限らない。多動性，破壊的行為障害などのように，文化的背景によって専門家による評価が異なる障害も存在する<sup>19)</sup>。このような違いは，育

児に関する信念や価値観といった症状をとりまく状況の違いによるものなのか、あるいはそもそも異なる地域での症状の現れ方が違うのか、については見解が一致していない<sup>20)</sup>。CAMDs を、文化的背景にかかわらず普遍的な生物学的側面と、文化とかかわりの深い文化特異的な側面とに分けて理解できれば、日本の子どもと家族に応じたりスク要因と保護要因が明らかになり、ひいてはニーズに合った治療や支援を提供するのに役立つであろう。そのためには、信頼性と妥当性の検証がなされた国際的に標準的な尺度を使って、日本の子どもたちを対象とした疫学研究や臨床研究、あるいは国際比較研究が活発に行われることが望まれる。

今回の改訂は、現時点の病態理解を取り入れながらも、研究成果と臨床的有用性のバランスをとって、大きく疾患分類のあり方を変えない、いわば折衷となった。次の改訂でさらに理想に近づけるよう、私たちは、DSM-5 の長所と短所をきちんと理解し、習熟し、实际的に使い、そして批判的なモニターとフィードバックも忘れないようにすることが大切と思われる。日本での価値は、今後のエビデンスの蓄積に委ねられている。

(神尾陽子)

#### ◎文献

- 1) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5). Arlington VA: APP; 2013 / 日本精神神経学会 (監), 高橋三郎ほか (訳). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京: 医学書院; 2014.
- 2) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV). Washington DC: APA; 1994 / 高橋三郎ほか (訳). DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京: 医学書院; 1996.
- 3) Leckman JF, Pine DS. Editorial commentary: Challenges and potential of DSM-5 and ICD-11 revisions. *J Child Psychol Psychiatry* 2012; 53: 449-453.
- 4) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC: APA; 2000 / 高橋三郎ほか (訳). DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル, 新訂版. 東京: 医学書院; 2002.
- 5) Robins E, Guse SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970; 126: 983-987.
- 6) 神尾陽子. 今日の診断分類とその概念の変化. 「精神科治療学」編集委員会 (編). 児童・青年期の精神障害治療ガイドライン. 精神科治療学 Vol.23 増刊号. 東京: 星和書店; 2008. pp.8-12.
- 7) Clarke DE, Narrow WE, Regier DA, et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part I: Study design, sampling strategy, implementation, and analytic approaches. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 43-58.
- 8) Regier DA, Narrow WE, Clarke DE, et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: Test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 59-70.
- 9) Narrow WE, Clarke DE, Kuramoto SJ, et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part III: Development and reliability testing of a cross-cutting symptom assessment for DSM-5. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 71-82.
- 10) Rich SD. Shifting diagnostic paradigms for improved treatment & surveillance of fetal alcohol spectrum disorder in DSM-V. *Child & Adolescent Psychiatry Society of Greater Washington Newsletter*. Fall-Winter 2012. pp.4-7.  
<http://www.susanrich.info/psychooffice/pdf/Article%20on%20Dr%20Moss%20DSMV%20talk.final.pdf>
- 11) Shaffer D, Gould MS, Brasic J, et al. A children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 1228-1231.

- 12) World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health : Children and Youth Version. ICF-CY. Geneva : WHO ; 2007.
- 13) Scorza P, Stevenson A, Canino G, et al. Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule for Children, WHODAS-Child" in Rwanda. PLoS One 2013 ; 8 (3) ; e57725.
- 14) Andrews G, Pine DS, Hobbs MJ, et al. Neurodevelopmental disorders : Cluster 2 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. Psychol Med 2009 ; 39 : 2013-2023.
- 15) Taylor E. Commentary : The language of diagnosis-reflections on Rutter (2011). J Child Psychol Psychiatry 2011 ; 52 : 665-666.
- 16) Rutter M. Child psychiatric diagnosis and classification : Concepts, findings, challenges and potential. J Child Psychol Psychiatry 2011 ; 52 : 647-660.
- 17) Coghill D, Sonuga-Barke EJ. Categories versus dimensions in the classification and conceptualization of child and adolescent mental disorders-implications of recent empirical study. J Child Psychol Psychiatry 2012 ; 53 : 469-489.
- 18) Narrow WE, Rae DS, Robins LN, et al. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States : Using a clinical significance criterion to reconcile 2 survey's estimates. Arch Gen Psychiatry 2002 ; 59 : 115-123.
- 19) 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.
- 20) Casino G, Alegria M. Psychiatric diagnosis : Is it universal or relative to culture? J Child Psychol Psychiatry 2008 ; 49 : 237-250.

# 自閉スペクトラム症/自閉症スペクトラム障害

Autism Spectrum Disorder

299.00 (F84.0)

自閉スペクトラム症 (ASD) カテゴリーは、DSM-5 の改訂で大きな変更があった診断単位であったため、ドラフト発表から大きくメディアで取り上げられた。すでに広汎性発達障害 (PDD) の診断のある人々や家族のなかには、DSM-5 診断でははずれてしまうのではないかという懸念があった。一方、欧米でのフィールドトライアルやシミュレーションからは、PDD 診断のすべてではないがおおむね ASD 診断が引き継ぐだろうと予測された<sup>1,2)</sup>。わが国での影響はまだわからないが、本項では、DSM-5 での変更点とその背景、そして、今後、実際に使用する際に留意すべき点について概説する。

## DSM における定義と分類の変遷

自閉症の最初の報告者である Leo Kanner<sup>3)</sup> の児童症例たち、すなわち、生まれた時から人や状況に普通の方法でかわりをもてず、同一性保持の強迫性欲求を有する子どもたちは、その約 10 年後に出版された DSM-I<sup>4)</sup> では統合失調症の一亜型に位置づけられ、統合失調症性反応小児期型 (schizophrenic reaction, childhood type) として登場することとなった (本巻「児童精神医学の診断概念の歴史の変遷 (DSM-IV 導入まで)」(p.34) を参照のこと)。1968 年の DSM-II<sup>5)</sup> においても同様に精神病カテゴリーに含められていた。さらに 1950 年代から 1960 年代にかけての米国の精神医学界においては、自閉症の病因に関して精神分析学派の提唱する心因説が優勢だったため、冷蔵庫のように冷たい母親の養育が原因とされる風潮がつけられた。

こうした概念は 1980 年の DSM-III<sup>6)</sup> 以降、大きく変わった。1970 年代に入って、英国を中心に双生児・家族研究や言語・認知研究が精力的になされた結果、自閉症は統合失調症とは独立した障害単位であることが確認され、さらに心因説は否定され遺伝的要因が想定される神経生物学的病態として再定義されることとなった<sup>7)</sup>。こうした「コペルニクス的転回」<sup>8)</sup> と形容されたパラダイムシフトを反映して、自閉症は DSM-III で初めて精神病のカテゴリーからはずれ、新たに導入された全般性発達障害 (pervasive developmental disorders: PDD) という新しいカテゴリー下に、幼児自閉症 (infantile autism) として位置づけられた。その診断基準は、A. 30 か月までの発症、B. 対人反応性の広汎な欠如、C. 言語発達の明白な障害、D. 話し言葉を有する場合、即時および遅延反響言語、暗喩的言語使用、代名詞の反転などの特異なパターンがあること、E. 環境のさまざまな側面に対する奇妙な反応 (例: 変化への抵抗、生物/非生物の物体への異常なまでの興味や執着)、F. 統合失調症でみられる妄想、幻覚、連合弛緩、支離滅裂がないこと、と Kanner<sup>3)</sup> や Rutter<sup>9)</sup> の定義に準じ、3 領域 (対人交流の障害、話し言葉の特異性、反復的儀式的行動) に集約された。幼児自閉症の名前が示すように、本来、明確に決めにくい発症年齢の上限を 30 か月としたため、狭く限定的な定義となった。一方、幼児期自閉症以外の PDD の下

位診断は、小児期発症PDD (childhood-onset PDD)、そしてWingとGould<sup>10)</sup>の疫学研究に基づいて非定型PDD (atypical PDD) が設けられた。さらに、以前は診断基準を満たしたが現在は満たさなくなった状態に対して「残遺型 (residual)」という形容詞を冠して、残遺型幼児自閉症や残遺型小児期発症PDDもPDDに含められた。こうして閾値と閾下の境界があいまいだったことから、必然的にPDDは拡大していった。その結果、3領域の症状を特徴とする中核的自閉症と、自閉症の診断基準には一致しないが多くの自閉症的特徴を有する亜型を含む拡張したPDDという概念構造は、DSM-IIIからDSM-IV-TRまで3度の改訂を経て引き継がれた<sup>11,12)</sup>。

DSM-III-R<sup>13)</sup>は、幼児自閉症から「幼児期」の限定がなくなり、発症時期の上限についての記載が削除された。自閉性障害 (autistic disorder) と名称が変更されたのに伴い、対象の年齢にかかわらず現症に基づいた診断が可能になった。自閉性障害以外のPDD下位カテゴリーは、特定不能のPDD (PDD not otherwise specified : PDD-NOS) のみで、DSM-III-RのPDDはこれらの2つの下位カテゴリーから構成された。WingとGould<sup>10)</sup>の疫学研究の結果に基づいて、高機能群を診断に含めるために症状の記述は発達水準による症状の変化を考慮した、より具体的なものになった。3領域は16の症状群 (A. 対人相互反応の質的障害〈5項目〉、B. 言語的、非言語的コミュニケーションと想像的活動の質的障害〈6項目〉、C. 活動や興味の著名な限局的パターン〈5項目〉) がリストアップされ、診断に必須ではないE項目には、異常な感覚反応や学習能力の不均衡、統合や般化の困難などが含まれた。自閉性障害は3領域から少なくとも8項目 (Aから2項目、B、Cから各1項目) を、PDD-NOSはCの限局的行動の有無にかかわらず、Aの対人領域とBのコミュニケーション領域の症状があれば診断された。症状の定義が具体的になった結果、実際に臨床場面で診断されているよりも多くの人々がDSM-III-Rを適用して自閉症と診断されるようになったこと、さらにPDD-NOSの導入で必ずしも3領域の症状をもたない人々がPDDと診断されるようになったことにより、PDD診断の増大を導いた。

DSM-IV<sup>14)</sup>では、PDDの3領域は12の症状群 [(1) 対人相互反応の質的障害〈4項目〉、(2) コミュニケーションの質的障害〈4項目〉、(3) 行動、興味、活動の限局的、反復的、常同的パターン〈4項目〉] に整理され、自閉性障害は12項目中少なくとも6項目 [(1) から2項目、(2)、(3) から各1項目] を満たすことと、3歳までの症状発現が要件となった。自閉症診断の拡大を緩和することが狙いであった。それ以外の大きな変更点としては、PDD下位カテゴリーにAsperger障害、Rett障害、小児期崩壊性障害 (childhood disintegrative disorder) が追加された。Asperger障害は、ICD-10<sup>15)</sup>に初出したAsperger症候群に準じて定義された。対人的領域 (A項目) と限局的反復行動 (C項目) は必須だが、コミュニケーション領域 (B項目) を必須としなかったため、後に臨床家や研究者から批判を受けた。また、DSM-IVのPDD-NOSの記述は、A (対人) or B (コミュニケーション) or C (限局的反復行動) と誤って印刷されたため、ますます診断の拡大を招いた。DSM-IV-TR<sup>16)</sup>ではA and B or Cと訂正され、対人的領域の障害のないPDDの可能性を排除したが、PDD-NOSの定義は明確ではなかったので診断閾下との境界が不鮮明であるという問題点は残った。PDD-NOSの有病率<sup>17)</sup>はPDD中最も高い一方、Asperger障害は1万人

あたり3人未満<sup>17)</sup>とその有病率は非常に低く、日常臨床でよく出会う Wing<sup>18)</sup> の描いた臨床像の実態とはギャップがあった。

## DSM-5 における新しい定義と分類<sup>19)</sup>

自閉症と関連する神経発達症群/神経発達障害群の改訂作業は、専門家から構成された神経発達障害のワークグループが行った。

### ●●● 全体的な変更点

第1に、5つの下位カテゴリーを包含した DSM-IV の PDD は、下位カテゴリーをもたない ASD カテゴリーに置き換えられた。DSM-IV では症状の数と程度によって、自閉性障害、Asperger 障害、PDD-NOS の順に重症度は軽くなるよう位置づけられたが、これらの下位カテゴリーが量的に違うだけでなく質的にも異なる独立した障害単位であることを支持するに足るエビデンスはないと判断された。遺伝子レベルで病因が同定された Rett 障害は、必ずしも全ケースに自閉症的行動がみられるわけではないことから、カテゴリーとしては ASD から排除された。ただし、ASD に合致する症状を有する Rett 障害ケースは、「特定の遺伝的病態と関連する」という特定用語 (specifier) を付けたうえで ASD と診断する。広汎な領域にわたって退行する小児期崩壊性障害は、独立した神経学的病態である可能性があるものの、症例数が少ないことや退行現象自体のバリエーションが大きく確立しにくいことから、カテゴリーとしては ASD から削除された。こうして DSM-5 の ASD はその原因のいかんにかかわらず、行動特徴によって自閉スペクトラム症として一括された。

第2に、これまで自閉症の中核症状とみなされていた対人、コミュニケーション、限局的反復行動の3領域が、2領域(対人コミュニケーション、限局的反復行動)に統合、再編された。そして、ASD と診断するには症状がこの2領域の要件を満たさなくてはならない。A の対人コミュニケーションおよび対人相互交流の領域からは、対人-情緒的な相互性の障害、非言語的コミュニケーションの障害、発達水準に相応した仲間関係を築くことの障害の3項目すべての項目を、B の限局的反復行動の領域からは、常同反復的な言語・運動・物の使用、儀式的パターン、限局的で固着した興味、感覚反応の亢進/低下の4項目中少なくとも2項目を、A、B 合わせて計5項目を最低限満たす必要がある。したがって、ASD は伝統的な3徴候を必ず有することになり、PDD-NOS の一部にみられたような限局的反復行動のない ASD 亜型はもはや存在しない。

第3に、DSM-IV までは症状が顕著かどうかという観点から各項目の該当/非該当を判断していたのに対して、DSM-5 では現在の支援ニーズの観点から現症の重症度 (severity) を A、B 各領域ごとに評定する。レベル1は、「支援を必要とする」、レベル2は、「十分な (substantial) 支援を要する」、レベル3は、「非常に十分な (very substantial) 支援を要する」、と3段階で評価し、それぞれのレベルの具体例が記載されている。ASD が症状程度の連続するスペクトラムであることは十分実証されており<sup>20,21)</sup>、症状程度が発

達過程において変動しうることをふまえて、次元の（ディメンショナルな）アプローチが適用された好例である。

第4に、発症時期の年齢の上限が撤廃された。近年の早期診断のエビデンスをふまえて、C項目では「症状は発達早期に存在していなければならない」と明言しながらも、「社会的要求が能力の限界を超えるまでは症状は完全に明らかにならないかもしれない」と、成人期に症状が顕在化しているが、児童期の決定的な情報が得られないようなケースへの対応を想定して、臨床家が柔軟に判断できる余地を残している。本文中にも、現症が診断基準を満たしていれば、発達歴が入手できないからといって診断を除外してはならないと明記されている（DSM-5. p.56/日本語版. p.55）<sup>19)</sup>。

第5に、前述の重症度についての特定のほかに、知的障害の有無やその程度、言語障害の有無やその程度、既知の医学的または遺伝的病態、あるいは環境的要因の関与、他の神経発達障害、精神医学的障害、あるいは行動障害の併存、緊張病（カタトニア）の併存についても特定することが求められている。ASDの人々の約70%が少なくとも1つ以上の精神医学的障害を合併しているというエビデンスをもとに、DSM-IVでは二重診断を禁じていた注意欠如・多動症や発達性協調運動症との併存が認められた。言語障害については、ASDの診断基準からはずれたことによって、併存する場合には改めて特定する必要が生じた。

## ●●● 個別の変更点

**対人コミュニケーション領域：**この領域に含まれる、対人-情緒的な相互性の障害、非言語的コミュニケーションの障害、発達水準に相応した仲間関係を築くことの障害の3項目は、DSM-IVの対人的領域4項目中3項目と同一である。ただし、DSM-IVでは1項目でも満たせばPDDと診断可能だったのに対して、DSM-5では3項目すべてを満たす必要がある。つまり、より自閉症的な対人的障害の性質を明確にしたといえる。さらに、評価者が症状をとりこぼしなく拾えるよう、発達水準に応じた具体的な例があげられている。たとえば、3番目の仲間関係の障害の項目では、「さまざまな社会的状況に合った行動に調整することの困難さ」といった、知的水準の高い成人を想定した記述と同時に、「仲間に対する興味の欠如」といった年少児にもよくみられる特徴があげられている。

**限局的反復行動：**この領域に含まれる、常同的または反復的な身体の運動、物の使用、儀式的行動様式、限局され執着する興味の3項目は、DSM-IVの同領域の4項目が再配置されて構成される。DSM-IVではコミュニケーション領域の1項目であった言語の常同反復使用（反響言語や特異的な言い回しなど）は、その使用パターンという点で当該領域に移動した。診断基準として初登場したのは、4番目の感覚刺激に対する過敏さまたは鈍感さである。感覚の異常はASDにしばしば存在することが知られていたものの客観的にとらえにくかった。儀式的行動様式がしばしば感覚刺激への異常反応と関連することがわかってきたことから、新たに診断基準に含められることにつながった。適切に評価するためには、丁寧な聴取や行動観察が必要となるのはいうまでもない。以上4項目中2項目を満たす必要がある。

## ●●● 移行に際しての問題点とその対応策

DSM-5 のドラフトが公表されて以来、ASD 診断基準をめぐって当事者、専門家のあいだに反響を呼び、さまざまな議論がなされてきた<sup>22,23)</sup>。一つには、冒頭で述べたように、削除される Asperger 障害や PDD-NOS と診断された人々が DSM-5 に移行した後、サービスを受けられなくなるのではないかと、という懸念からであった。振り返りの診断シミュレーションによると、DSM-5 の ASD は、DSM-IV や DSM-IV-TR あるいは ICD-10 と比べて、特異度は向上する反面、感度は低くなるようである<sup>1)</sup>。ただし振り返りで検証しているため、実際にはどのような影響が生じるかはまだ不明なところが多い。とは言え、DSM-5 への移行に伴って PDD と診断されているケースのうち少数の人々は診断を失うことが想定されるため、DSM-5 は次のような対応策を講じている。

第 1 に、診断基準に「DSM-IV で自閉性障害、Asperger 障害、PDD-NOS の診断が十分確定しているものには ASD の診断が下される」と明記されている (DSM-5. p.51/日本語版. p.50)<sup>19)</sup>。これまでサービスを受けていた人が DSM-5 の改訂後、受けられなくなるといった事態を防ぐためである。

第 2 に、対人コミュニケーションの著明な障害を有するが、限局的反復行動の問題のない人 (PDD-NOS の診断を受けていた人の一部) は、DSM-5 では、ASD の代わりに、コミュニケーション障害のなかに設けられた新しい障害単位「社会的 (語用論的) コミュニケーション症 (Social (Pragmatic) Communication Disorder : SCD)」(本巻 p.63 を参照のこと) がカバーする。

第 3 に重症度に関して、「記述的な重症度区分は、サービスを受ける資格やその提供を決定するために用いるべきではなく、その区分はその個人の状態水準に応じて、その個人の優先事項と目標についての議論によってのみ作成されうるものである」と述べられている (DSM-5. p.51/日本語版. p.50)<sup>19)</sup>。ここには、サービス提供は個別の決定事項であり、手順を踏んだ話し合いの末、判断されるべきであるという DSM-5 の哲学にかかわる記載がなされている。さらに症状程度は状況や時期によって変動するものなので、レベル 1 に満たない閾下と判断されることもありうる、と述べられていることに注目したい (DSM-5. p.51/日本語版. p.50)<sup>19)</sup>。

## ≡≡≡ DSM-5 の使用上の留意点<sup>19)</sup>

DSM-5 の ASD カテゴリーは、多様性の大きい ASD をいったん一つにしてしまってから、多面的な特定用語を記録することで個別の特徴を明細化しようとする試みである。臨床的には個別ニーズが明らかになり、学術的には神経生物学的な背景病態に迫ることが可能となる。特定用語を記録するには、適切な検査や十分な行動観察に加え、診察室の外の日常生活の困難を丁寧に聴き取る努力をしないと難しい。今日までの知識の集大成である DSM-5 は、診断行為そのものの質を問うものでもある。量的な重症度の適切な評価には、日本人集団で標準化された、高い信頼性と妥当性の検証された評価ツールを用いると有用



であろう。そのようにして得られた良質の臨床情報は、当事者に対してもスペクトラム性という視点から自分の問題として受け入れやすくなり、自己理解を肯定的に促すことが期待される。

DSM-5のASD診断をめぐって提起された強い懸念の背景には、長く続く自閉症に対するネガティブなイメージやスティグマが潜んでいる可能性もある。オーストラリアで行われた意識調査<sup>24)</sup>は、専門家のなかにも自閉症に対してAsperger障害より強いスティグマがあったことを報告している。このことはAsperger障害の診断名がなくなることへの抵抗感と無関係ではないだろう。Asperger障害の代わりに、自閉症診断を避けて、新しくできたばかりの社会的（語用論的）コミュニケーション症の診断が不適切に増えすぎることは適切な治療計画の点からも警戒しておく必要がある。

全体的にDSM-5のASDは自閉症の3徴候に忠実な概念となった。このことから、厳しくなったと解釈する向きもあるだろうが、DSM-5本文にあげられた例を用いて丁寧に尋ねれば、これまで見過ごしていた症状を新たに発見できるかもしれない。

DSM-5のASDカテゴリーの診断基準には、これまでのカテゴリー評価では拾えなかったような軽微な症状を評価しやすくなるよう、発達水準を考慮した例が含まれている。下位カテゴリーが撤廃されたことで、下位カテゴリー間の鑑別に悩む必要はなくなった。その代わりに、個々の臨床像を下位カテゴリーに依存せずに示すために、包括的評価に基づいて2領域の重症度、言語、知能、医学的・遺伝学的・環境要因の関連、併存症など複数の特定用語を明細化しなくてはならない。つまり、ASDの多様性を反映できる余地がある分、「ASDかどうか」だけでなく、標準化されたツールを用いて定量化することで、「どのようなASDなのか」を評価する努力と工夫が診断する側に求められているといえるであろう。

(神尾陽子)

#### ●文献

- 1) Huerta M, Bishop SL, 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* 2012 ; 169 : 1056-1064.
- 2) Regier DA, Narrow WE, Clarke DE, et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II : Test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am J Psychiatry* 2013 ; 170 : 59-70.
- 3) Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nerv Child* 1943 ; 2 : 217-250.
- 4) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual : Mental Disorders*. Washington DC : APA ; 1952.
- 5) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd edition (DSM-II)*. Washington DC : APA ; 1968.
- 6) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition (DSM-III)*. Washington DC : APA ; 1980.
- 7) 神尾陽子. 自閉症概念の変遷と今日の動向. *児童青年精神医学とその近接領域* (学会発足50周年記念特集号) 2009 ; 50 : 124-129.
- 8) 中根 晃. *自閉症研究*. 東京 : 金剛出版 ; 1978.

- 9) Rutter M. Diagnosis and definition of childhood autism. *J Autism Child Schizophr* 1978 ; 8 : 139-161.
- 10) Wing L, Gould J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children : Epidemiology and classification. *J Autism Dev Disord* 1979 ; 9 : 11-29.
- 11) 高木隆郎, 石坂好樹. 自閉症概念の拡大. 高木隆郎 (編). 自閉症—幼児期精神病から発達障害へ. 東京 : 星和書店 ; 2009. pp.15-34.
- 12) Volkmar FR, Paul R, Klin A. Issues in the classification of autism and related conditions. In : Volkmar FR, Paul R, Klin A. et al (eds). *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders : Vol.1 Diagnosis, Development, Neurobiology, and Behavior*. New Jersey : Wiley ; 2005. pp.5-41.
- 13) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition, Revised (DSM-III-R)*. Washington DC : APA ; 1987.
- 14) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)*. Washington DC : APA ; 1994 / 高橋三郎ほか (訳). *DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル*. 東京 : 医学書院 ; 1996.
- 15) World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Diagnostic Criteria for Research*. Geneva : WHO ; 1993.
- 16) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington DC : APA ; 2000 / 高橋三郎ほか (訳). *DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル, 新訂版*. 東京 : 医学書院 ; 2002.
- 17) Fombonne E. Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders : An update. *J Autism Dev Disord* 2003 ; 33 : 365-382.
- 18) Wing L. Asperger syndrome : A clinical account. *Psychol Med* 1981 ; 11 : 115-129.
- 19) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5)*. Arlington VA : APP ; 2013 / 日本精神神経学会 (監), 高橋三郎ほか (訳). *DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル*. 東京 : 医学書院 ; 2014.
- 20) Constantino JN, Todd RD. Autistic traits in the general population : A twin study. *Arch Gen Psychiatry* 2003 ; 60 : 524-530.
- 21) Kamio Y, Inada N, Moriwaki A, et al. Quantitative autistic traits ascertained in a national survey of 22,529 Japanese schoolchildren. *Acta Psychiatr Scand* 2013 ; 128 (1) : 45-53.
- 22) McPartland JC, Reichow B, Volkmar FR. Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012 ; 51 : 368-383.
- 23) Swedo SE, Baird G, Cook Jr EH, et al. Commentary from the DSM-5 workgroup on neurodevelopmental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012 ; 51 : 347-349.
- 24) Kite DM, Gullifer J, Tyson GA. Views on the diagnostic labels of autism and Aspergers's disorder and the proposed changes in the DSM. *J Autism Dev Disord* 2013 ; 43 : 1692-1700.

## 〔言語発達の評価〕

## 自閉症、情緒・行動関連の評価

神尾陽子\*

## はじめに

言語発達に問題がある場合、自閉スペクトラム症 (autism spectrum disorder : ASD) の合併の有無、つまり ASD の合併のない純粋な言語障害なのか、ASD の症状としての言語障害なのか、または ASD と知的障害の双方の症状としての言語障害なのか、を鑑別することは治療選択において重要である。初診時、言語の遅れに関する親の心配が述べられれば、また経過中に言語の問題に気づかれた時点で、言語評価に加えて、自閉症状の評価を行うことが望ましい。ASD のスクリーニングや評価目的に使用可能なフォーマルな標準的評価方法は多数開発されているが、日本の子どもに使用可能であることが検証済みで、かつ使いやすいものは多くはない。親や教師回答の質問紙、半構造化された親面接尺度、そして半構造化された子どもの行動観察、などがある。子どもの日常をよく知る親に質問に答えてもらう方法は最も簡便であるが、一定の訓練を受け、かつ臨床経験の豊かな専門家が直接子どもと関わりながら観察して得られる情報はより客観的であろう。しかしながら、そのいずれもが有用である。子どもの行動が診察場面、家庭、そして保育所・幼稚園や学校など集団場面とでそれぞれ異なることは自然なことなの

で、親、教師、専門家それぞれの利点を活かした観察結果を総合して、診断に熟練した医師が臨床診断を行うというのが理想的である。ただし、実際には、すべての情報源から客観的な情報が得られるとは限らず、時間的制約もあるため、必要に応じて組み合わせを柔軟に判断するのが現実的といえる。

また、診断にいたる効率という観点からは、ハイリスク児を広めに同定し、専門医による精査につなげるといったスクリーニングが乳幼児健診や定期健診に導入されると早期対応が可能となるであろう。

ASD に限らず、発達障害児は情緒や行動の問題をかかえやすい。精神科診断を確定するにはまだ幼い年齢でもサブクリニカルな症状があると、対人関係に困難を生じ、集団参加の意欲が低下する。そうした子どもに言語治療を行う際には併存する問題への対応を考慮しながら、慎重に行う必要があるだろう。

本稿で紹介する客観的な行動評価は、子どもにとって集団参加が重要な意味をもつことを考えると、子どもの全体像を把握し、また、実際の生活場面における言語治療や療育の効果を知らううえで役立つであろう。

## 1. 自閉症 (自閉スペクトラム症) の評価

1. M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers)<sup>1)</sup>

23 項目から成る親回答 (はい・いいえ) の質問紙 (<http://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/research/mchat.pdf>) (表 1)。

KAMIO Yoko

\* 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

児童・思春期精神保健研究部

〔〒187-8553 小平市小川東町 4-1-1〕

TEL 042-346-1978 FAX 042-346-1978

E-mail : kamio@ncnp.go.jp

表 1 M-CHAT の項目別内容

項目番号	項目内容	関連領域	親に確認するのに適した時期	標準化判別係数
1	体を揺らすと喜ぶ	ダミー項目	8 か月以前	
2	他児への関心	対人的関心		
3	高所のぼり	ダミー項目		
4	イナイナイバーを喜ぶ	ダミー項目	11~12 か月	0.197
5	ふり遊び	対人的想像		
6	要求の指さし	コミュニケーション	11~12 か月	0.511
7	興味の指さし	共同注意	11~12 か月	0.132
8	機能的遊び	物の操作の理解・感覚反応	15~17 か月	
9	興味あるものを見せる	共同注意	15~17 か月	
10	合視	対人的反応	8 か月以前	0.437
11	聴覚過敏	感覚反応 (逆転項目)	8 か月以前	
12	微笑み返し	情動的反応性		
13	模倣	対人的反応	11~12 か月	0.335
14	呼名反応	情動的反応性	8 か月以前	0.153
15	指さし追従	共同注意	11~12 か月	0.143
16	歩行	ダミー項目	15~17 か月	
17	視線追従	共同注意		
18	常同行動	常同行動 (逆転項目)	15~17 か月	
19	親の注意喚起	対人的関心		
20	耳の聞こえの心配	対人的反応 (逆転項目)		
21	言語理解	言語コミュニケーション	15~17 か月	
22	感覚への没頭	感覚反応 (逆転項目)		
23	社会的参照	対人的理解		

一定期間、一定地域で乳幼児健診を受診した児 1851 人のうち、長期フォローで ASD と診断された 51 人とその他 1800 人の 2 群 (文献 4) を分けた判別力の指標。

### 1) 対象となる児

1 歳 6 か月から 2 歳前後の幼児。

### 2) 項目内容

共同注意行動 (たとえば親が指さす方向や見ているものを見も一緒に見る, また自ら指さしや物を持ってきて親に見せるなど) を含むノンバーバルな社会的行動に関連する項目 (表 1 の太字) を鍵項目とする。定型発達では, これらの行動は言語発達の前段階となる 1 歳前後, 遅くとも 1 歳半には頻繁にみられるようになる<sup>2)</sup>。ほかに, ASD に特異的な感覚反応や常同行動に関する項目も含んでいる。

### 3) 使用方法

ASD のスクリーニング目的では 1~2 か月の間隔において 2 回以上の複数回評定をくり返す。日本語版<sup>3)</sup>は, 18~24 か月時に行うことを想定して検証されている。第 1 段階でカットオフ値 [3/23

項目以上, または 1/重要 10 項目 (2, 6, 7, 9, 13, 14, 15, 20, 21, 23) 以上の不通過) をこえた陽性ケースには 2 回目の面接で不通過項目を中心に社会的発達状況を具体的にフォローする。再度, 陽性 (カットオフ値 3/23 項目以上または 2/重要 10 項目以上の不通過) であれば, 専門医に紹介することが推奨される。

### 4) 解釈

1 歳半の時点で M-CHAT 陽性が意味するのは社会性の発達になんらかの懸念があり, 精査とフォローが必要であるということである。言い方を変えると, M-CHAT は乳幼児期の社会的発達が定型的なマイルストーンをたどっているかどうかを確認するツールだといえる。その結果として, ASD に敏感なのであって ASD に限らず社会的発達の遅れに敏感である。