

図3 小規模市町村型の支援モデル

も求められる。これらはレベルⅡの機能になる。発達障害者支援センターなど、発達障害に対する専門性の高い相談機関は、レベルⅡである。山梨県では、発達障害者支援センター機能と診療所機能を合わせた総合センターとして「県立こころの発達総合支援センター」を設置している。これは、レベルⅡとレベルⅢの支援を1カ所で行える新しいタイプの支援センターとして注目される（本田、2014）。

### VIII おわりに

発達障害の早期支援は、その重要性が強調されている割には行政的な施策の中での比重が高くない。幼児期はほんの数年に過ぎないため、発達障害の人たちの大半にとっては過去の話になってしまうからであろう。しかし、当事者の長い人生、そして親たちにとっては育児という責任を伴う仕事の最初のボタンをかけ違えたときの代償の大きさを考えると、このわずか数年間の子どもの成長と親の育児をしっかり支援することは、何にも増して重要なことを痛感する。今後、わが国の各自治体が、規模の大小を問わず、本格的に早期支援の地域システム整備に乗り出すことが切に望まれる。

### 文 献

- Baron-Cohen S et al (1992) Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. British Journal of Psychiatry 161, 839-843.
- Honda H, Shimizu, Y (2002) Early intervention system for preschool children with autism in the community : the DISCOVERY approach in Yokohama, Japan. Autism 6 : 239-257.
- Honda H, Shimizu Y & Imai M et al (2005) Cumulative incidence of childhood autism : a total population study of better accuracy and precision. Developmental Medicine and Child Neurology 47 : 10-18.
- Honda H, Shimizu Y & Nitto Y et al (2009) Extraction and Refinement Strategy for detection of autism in 18-month-olds : a guarantee of higher sensitivity and specificity in the process of mass screening. Journal of Child Psychology and Psychiatry 50 : 972-981.
- 本田秀夫 (2009) 広汎性発達障害の早期介入－コミュニティケアの汎用システム・モデル. 精神科治療学, 24 : 1203-1210.
- 本田秀夫 (2012a) 発達障害の早期発見・早期療育システム－地域によらない基本原理と地域特異性への配慮. そだちの科学, 18 ; 2-8, 日本評論社.
- 本田秀夫 (2012b) 発達障害の早期発見－保健師に求められること. 保健師ジャーナル, 68(11) :

- 962-967.
- 本田秀夫 (2013a) 発達障害の子どもを早期発見・早期支援することの意義. 精神科治療学, 28 (11) : 1457-1460.
- 本田秀夫 (2013b) 自閉症スペクトラム - 10人に1人が抱える「生きづらさ」の正体. ソフトバンククリエイティブ.
- 本田秀夫 (2013c) 子どもから大人への発達精神医学 - 自閉症スペクトラム・ADHD・知的障害の基礎と実践. 金剛出版.
- 本田秀夫 (2014) 山梨県立こころの発達総合支援センター. 子育て支援と心理臨床. vol.8 : 117-121. 福村出版.
- Howlin P, Asgharian A (1999) The diagnosis of autism and Asperger syndrome : findings from a survey of 770 families. Dev Med Child Neurol 41 : 834-839.
- Ornitz EM, Guthrie D & Farley AH (1977) : The early development of autistic children. J Autism Child Schizophr 7 ; 207-229.
- Robins DL et al (2001) : The Modified Checklist for Autism in Toddlers : An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders 31 ; 131-144.
- 清水康夫・本田秀夫編著 (2012) 幼児期の理解と支援 - 早期発見と早期からの支援のために. 金子書房.

## ■お知らせ

---

### 包括システムによる日本ロールシャッハ学会第20回記念大会のご案内

大会テーマ：変化を導くアセスメント——未知から既知へ、そしてさらなる未知へ——

大会日程：2014年5月16日（金）ワークショップ、5月17日（土）・18日（日）本大会

大会会場：国立オリンピック記念青少年総合センター（東京都渋谷区代々木）

参加対象者：臨床心理学や精神医学などの専門職および臨床心理学を専攻する大学院生等、守秘義務を負っている方々（学会会員以外の参加も可）

基調講演：「子どもの反応の測定から親の葛藤へ——バイオフィードバックを用いた児童思春期のアセスメント：症状から関係性へ——」Wai-Yung Lee（香港大学）

基調講演：「なぜロールシャッハが有効なのか——クライエントに変化をもたらすためのロールシャッハの使い方——」Stephen E. Finn（Center for Therapeutic Assessment）

特別講演：「サブリミナル効果の科学」對馬淑亮（NHK放送技術研究所）

大会企画シンポジウム：

「ひきこもりの心理アセスメント：日韓両国現状と展望」Kim Hyun Soo（Myongji Hospital, 韓国ソウル）・齊藤万比古（母子愛育会総合母子保健センター愛育病院）

第20回大会記念特別講演：

「変化を導くアセスメント」中村紀子（包括システムによる日本ロールシャッハ学会会長）

大会連絡先：包括システムによる日本ロールシャッハ学会第20回記念大会事務局

〒113-0033 東京都文京区本郷4-12-16-617

E-Mail : jrsc20th@gmail.com

ホームページ : <http://www.jrscweb.com/>

\* 詳細は学会HPをご覧ください

## 第Ⅱ部 ライフステージと発達障害

## 1) 幼児期

## 1. 幼児期の発達障害に対する地域支援システム

本田 秀夫\*

## はじめに

知的障害や自閉症の早期発見は、わが国的一部の地域が世界の先陣を切って1歳半健診を起点として推進してきた。たとえば横浜市では、1990年前後に生まれた子どもたちに対する1歳半健診を起点としたスクリーニングで、すでに自閉症に対して感度81%、発達障害に対する特異度100%という、当時としてのみならず20年以上経った現在、国際的にみても驚異的な高精度で早期発見がなされていた<sup>2,3)</sup>。

いま国際的に発達障害の早期発見のためのツールが精力的に開発され、一部は邦訳されて用いられ始めているものの、ツールを用いるだけではわが国の先進的な地域の発見精度には到底及ばない。発達障害の早期支援は、地域の行政が関与したシステム化が肝要であり、そのシステムの中のサブシステムを担う機関とそこで働く専門家が鍵となるのである。システムと専門家の配置がうまくいけば、ツールを少し活用するだけで発達障害の早期発見の精度が飛躍的に改善する可能性がある。

ただし、システムづくりには、地域ごとの特性を配慮する必要がある<sup>11)</sup>。人口規模、自治体の経済状態、住民の社会経済階層、専門の支援者を養成する教育機関の有無などのさまざまな要因によって、具体策には共通点と相違点が生じてくるかもしれない。本稿では、横浜市で筆者らがつくっ

てきた基本的なシステム・モデル<sup>1,4)</sup>と、山梨県における実践の中で小規模自治体向けに修正を加えたシステム・モデル<sup>9)</sup>を紹介する。

## I. 基本的なシステム・モデル

支援の地域システムづくりには、その基盤をなすシステム・モデルが必要である。筆者ら<sup>1,4)</sup>は、横浜市における支援の地域システムづくりにあたり、早期発見のシステム・モデルであるDISCOVERYおよび早期支援のシステム・モデルであるCHOICEを考案した(図1)。これらは地域によらない汎用システム・モデルであり、原理としての意義は高い。以下では、このモデルで強調されている基本原理について述べる。

## 1. 早期発見

診断確定の時期は、発達障害の種類によっても異なる。たとえば運動、言語、社会性など、どのような領域の発達に異常がみられるのかによって、定型的な発達との差異が明確になりやすい時期がある。したがって、ある程度の高い精度で早期発見が可能となる時期も、障害によって異なる<sup>10)</sup>。発達特性が重度であればあるほど低年齢のうちに社会不適応が出現しやすい。たとえば重度の知的障害は運動機能の発達の遅れで乳児期後半には異常に気づかれるし、中度～軽度の知的障害は、言葉の発達の遅れを指標にすれば1歳半健診で把握できる。自閉症も、知的障害を伴う典型例であれば1歳半健診で十分に把握可能である。一方、発達特性が軽度であればあるほど顕在化が総じて遅くなる。知的障害のない発達障害(高機能自閉症、アスペルガー症候群、ADHD、学習障害など)は、

\*信州大学医学部附属病院子どものこころ診療部

[〒390-8621 長野県松本市旭3-1-1]

Hideo Honda, M.D., Ph.D. : Mental Health Clinic for Children, Shinshu University Hospital. 3-1-1, Asahi, Matsu-moto-shi, Nagano, 390-8621 Japan.

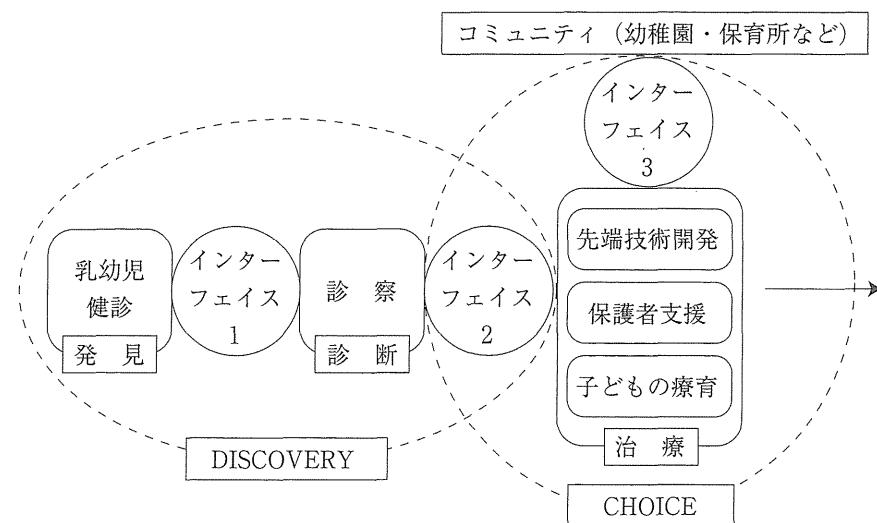


図1 早期介入の汎用システム・モデル  
導入部分に相当する「DISCOVERY」と本格的な介入を担う「CHOICE」からなる。

主として学童期に集団生活や学業において問題が発現しやすい。ということは、この群にとっての「早期」とは幼稚期後半ということになり<sup>6)</sup>、3歳児健診および幼稚園・保育園の集団生活の中での発見が重要となってくる。

1歳半健診を起点に位置づける場合、そこでの把握もれに対するフェイル・セーフとして3歳児健診を位置づけるとよい。1回限りの健診の場だけで精度高くスクリーニングすることは困難である。そこで、最初の健診の段階では発達障害を含め何らかの支援ニーズがありそうなケースをすべて抽出し、家庭訪問や電話相談、親子で参加する遊びの教室、臨床心理士による個別の相談などのさまざまな育児支援活動を通して絞り込んでいくというプロセスをとる。このプロセスを筆者らは「抽出・絞り込み法」と名づけた<sup>3,10)</sup>。育児に関するさまざまな相談を継続的に行っていくための発端である乳幼児健診を抽出段階、続くフォローアップ活動を絞り込み段階とする。「育児支援」という枠組みを明確にもつことにより、親の精神保健への配慮が可能となり、かつ高い精度をもって発達障害の早期発見を行うことができる。フォローアップを行う際には、細く長く、常に診断の場へ紹介することを想定しながら行うことが重要である<sup>5)</sup>。

## 2. 早期支援の場とインターフェイス

DISCOVERY<sup>1,4,10)</sup>では、一貫した支援を保証するために、「発見」と「診断」との間、および「診断」と「治療」との間にインターフェイスを設置し、連携の円滑化、緊密化を固有の役割とする。幼稚期では、診断と評価が未確定である、療育への親の動機づけが難しい、などの理由で、診断から療育へのスムーズな移行が困難であることがしばしばある。そこで、早期介入を2つのステップに分け、診断・評価の精緻化と親への動機づけを目的とした短期間の療育の場を「オリエンテーション・プログラム」として初診の後に設置している。

知的障害のあるケースから高機能例までの多彩なニーズに対応した早期介入を行うためには、多軸ケア・モデルによる支援が必要である<sup>7)</sup>。CHOICE<sup>4)</sup>では、子ども向けの早期療育のほかに保護者支援に重点を置いたプログラム、幼稚園や保育所のインクルージョンをメインとする子どもたちと、その場となる園を対象としたインクルージョン強化支援プログラムを開発し、これをインクルージョンの場との共時的インターフェイスとして位置づけている。

### 3. 大規模自治体における具体的な実践

政令指定都市（おおむね人口50万人以上）や中核市（おおむね人口30万人以上）の中には、医療、福祉の専門施設を併せ持つ「心身障害児総合通園センター」などの総合的なセンターを設置し、その中の「児童発達支援センター」（以前の「知的障害児通園施設」などに相当）を拠点として早期療育を行うとともに、診療や地域連携を行っているところがある。このような施設があれば、専門家をそこに集約させて発達障害の特性に特化した専門的な早期療育を保障することができる。課題としては、福祉施設が基盤であることから定員が設けられているため、療育サービスを受けられない子どもたちが出る可能性があることである。施設サービスを中心としたシステムの場合、定員オーバーした子どもたちへの対策が逆にきわめて手薄になってしまう。また、診療所機能をもつと、逆にすべてのケースに対して診断がなされることを前提とした、いわゆる「医療モデル」の支援システムに偏るため、発達特性があっても診断の必要まではないケースが支援の対象からはずれてしまう。

実際、横浜市では、知的障害の軽度の子どもたちの一部と知的障害のない発達障害の子どもたちが児童発達支援センターの療育を受けることができず、これらの子どもに対する支援ニーズが爆発的に高まったため、各地域療育センターに新たに児童発達支援事業所（以前の「児童デイサービス」）を設置し、週1回の療育プログラムを提供している。このように専門施設を拡充できるのは、大規模自治体の利点である。

### II. 小規模自治体の事情を加味した修正

総合的な専門施設をつくることが難しい小規模自治体の場合、中度～重度の知的障害の子どもたちを受け入れる（診療所の併設されていない）単独の児童発達支援センターくらいしか専門施設がない。知的障害のない発達障害のケースに対しては、市町村の保健師と地域の医療機関が連携しながら発見と診断を行い、地域の幼稚園・保育園でインクルージョンしていくしか方法がない。そこ

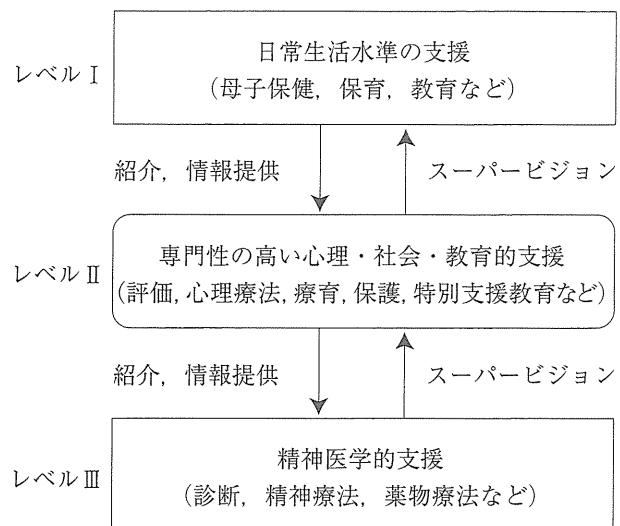


図2 地域精神保健の3階層モデル

で、地域の幼稚園・保育園がインクルージョンを強化できるよう支援していくためのプログラムが必要となる。また、各市町村のそれぞれに高度な専門性のある機関を設置することは困難であるため、県（圏域）の基幹となるセンターを設置するなどの工夫が必要となる。たとえば、発達障害者支援センターと医療機関などをうまく結びつけて、複数の市町村からなる担当地域を設定して対応するなどの方法が、各都道府県で工夫され始めている。

#### 1. 3階層モデル

発達障害の早期支援の対象を必ずしも医療が必要ではないケースにまで広げるとすると、医療モデルのみで対応することは合理的でない。そこで筆者は、以下のような3階層モデルによる支援システムづくりを提唱している<sup>7)</sup>（図2）。地域精神保健をシステムの観点から捉えると、平常時の「日常生活」サブシステムと疾患／障害が存在するときに必要な「精神科医療」サブシステムが想定される。しかし、精神科医療機関は一般の人々にとって敷居が高い。一方、どんな人でも日常生活の中で多少なりとも悩みや心配事を抱えるものであるが、それらのすべてが専門的な精神科医療を要するわけでもない。身近な人にちょっと相談するだけで気持ちが整理され、悩みや心配事が軽

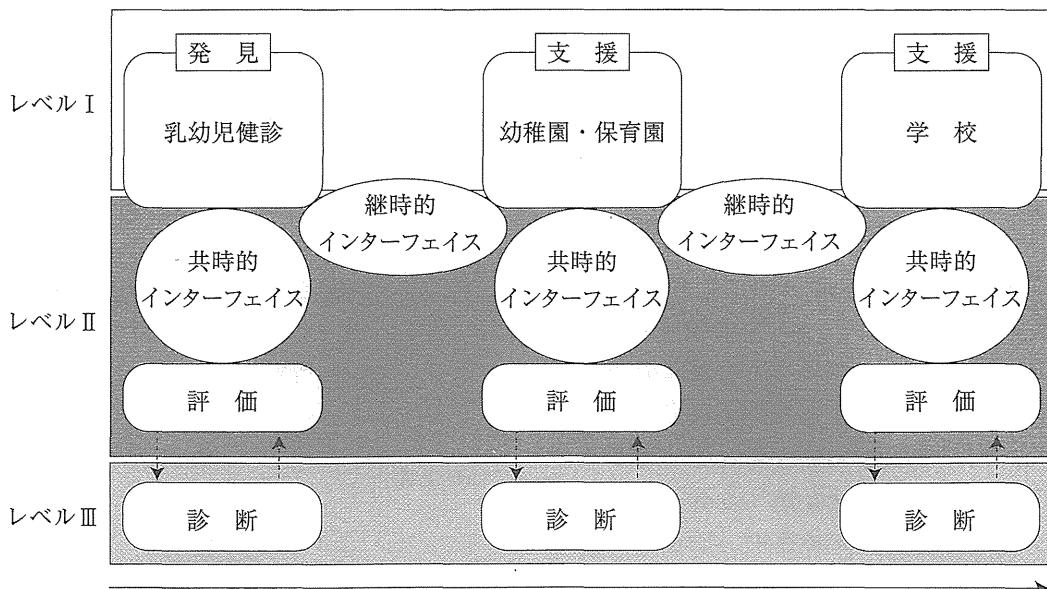


図3 小規模自治体型のシステム・モデル

減することの方がむしろ多い。問題は、こうした日常生活の中での相談で解決し、心の健康を保つことができるのか、それとも専門的な精神科医療を要する事態なのか、その判断が難しいことである。

この問題を解決するために、「日常生活」と「精神科医療」の両サブシステムをつなぐインターフェイスを設定する。つまり、地域精神保健の機能を「日常生活水準の支援」（以下、「レベルI」とする）、「専門性の高い心理・社会・教育的支援」（「レベルII」）、「精神医学的支援」（「レベルIII」）の3つのレベルからなる階層モデルとして構築するのである。インターフェイスにあたるレベルIIの支援は、日常の悩みや心配事の相談の延長でありながら、専門的精神科医療の要否を判断してタイムリーに医療につなげることに、その存在価値がある。これがうまく機能することで、発病の予防、疾患の進行や再発の防止、あるいは他の要因の重畠による複雑化の予防を図ることができる。

この考え方は、発達障害の支援にも有用である。発達障害の場合、レベルIの支援を担うのは、乳幼児期は市町村の母子保健や児童教育（保育）であり、レベルIIIの支援を担うのは、児童精神科の医療機関である。専門的支援に関する現場の主役

は多くの場合、レベルIIの支援である。これを担うべき機関やスタッフを特定したシステムづくりが必要である。

## 2. 小規模自治体型のシステム・モデル

DISCOVERY モデルに3階層モデルの考え方を導入して修正したモデルを図3に示す<sup>9)</sup>。市町村の母子保健事業は、従来から行っている乳幼児健診はレベルIだが、発達障害が疑われた子どものフォローアップや評価・診断へのつなぎ（共時的インターフェイス）、さらには幼稚園・保育園との継時的インターフェイスの機能も求められる。これらはレベルIIの機能になる。発達障害者支援センターなど、発達障害に対する専門性の高い相談機関は、レベルIIである。山梨県では、発達障害者支援センター機能と診療所機能を合わせた総合センターとして「県立こころの発達総合支援センター」を設置している。これは、レベルIIとレベルIIIの支援を1カ所で行える新しいタイプの支援センターとして注目される<sup>8)</sup>。

近年、全国の小規模自治体では、発達障害の人たちと家族を支援するための窓口やセンターを設置し始めている。こうした窓口やセンターの職員は、本稿で述べたようなシステム・モデルを念頭に置きながら、母子保健を担当する部署や保育

園・幼稚園、そして児童発達支援センターのどの部門がどこのサブシステムを担うかを検討しながら、それぞれの地域の特性に応じた支援システムをつくることが期待される。

### おわりに

発達障害の早期支援は、その重要性が強調されている割には行政的な施策の中での比重が高くなない。幼児期はほんの数年にすぎないため、発達障害の人たちの大半にとっては過去の話になってしまふからであろう。しかし、当事者の長い人生、そして親たちにとって育児という責任を伴う役割の最初のボタンをかけ違えたときの代償の大きさを考えると、このわずか数年間の子どもの成長と親の育児をしっかり支援することは、何にも増して重要であることを痛感する。今後、わが国の各自治体が、規模の大小を問わず、本格的に発達障害の早期支援の地域システム整備に乗り出すことが切に望まれる。

### 文 献

- 1) Honda, H. and Shimizu, Y.: Early intervention system for preschool children with autism in the community : the DISCOVERY approach in Yokohama, Japan. *Autism*, 6 ; 239-257, 2002.
- 2) Honda, H., Shimizu, Y., Imai, M. et al. : Cumulative incidence of childhood autism : a total population study of better accuracy and precision. *Dev. Med. Child Neurol.*, 47 ; 10-18, 2005.
- 3) Honda, H., Shimizu, Y., Nitto, Y. et al. : Extrac-
- tion and Refinement Strategy for detection of autism in 18-month-olds : a guarantee of higher sensitivity and specificity in the process of mass screening. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 50 ; 972-981, 2009.
- 4) 本田秀夫：広汎性発達障害の早期介入—コミュニティケアの汎用システム・モデル—. *精神科治療学*, 24 ; 1203-1210, 2009.
- 5) 本田秀夫：発達障害の早期発見—保健師に求められること—. *保健師ジャーナル*, 68 ; 962-967, 2012.
- 6) 本田秀夫：発達障害の子どもを早期発見・早期支援することの意義. *精神科治療学*, 28 ; 1457-1460, 2013.
- 7) 本田秀夫：子どもから大人への発達精神医学—自閉症スペクトラム・ADHD・知的障害の基礎と実践—. 金剛出版, 東京, 2013.
- 8) 本田秀夫：山梨県立こころの発達総合支援センター. 子育て支援合同委員会監修：子育て支援と心理臨床 Vol.8, 福村出版, 東京, p.117-121, 2014.
- 9) 本田秀夫：発達障害の早期支援. *精神療法*, 40 ; 299-307, 2014.
- 10) 清水康夫, 本田秀夫編著：幼児期の理解と支援—早期発見と早期からの支援のために—. 金子書房, 東京, 2012.
- 11) 高橋脩：広汎性発達障害, 注意欠陥 / 多動性障害等の早期発見と対応に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「発達障害（広汎性発達障害, ADHD, LD 等）に係わる実態把握と効果的な発達支援手法の開発に関する研究」（主任研究者：市川宏伸）平成 17 ~ 19 年度総合研究報告書, p.5-9, 2008.

## 特集 発達障害の臨床—子どもの心の診療として

## I. 診断・評価

## 広汎性発達障害（PDD）の臨床における診断・評価のあり方

ほん だ ひで お  
本 田 秀 夫 信州大学医学部附属病院子どもこころ診療部

## Essential Point

- 対人交流の質的異常、コミュニケーションの質的異常、興味の限局および行動のパターン化を特徴とする。
- 質問紙などを用いて日常生活における行動や発達歴について詳細な情報を収集すると同時に、本人の行動を直接観察して診断する。
- 日本語版を日常臨床で使用可能な評価ツールとして、スクリーニング用のIBC-R、M-CHAT、ASQ、AQ、PARS、診断補助用のADI-R、症状評価用のSCQなどがある。

## Key words

広汎性発達障害（PDD）、自閉スペクトラム症（ASD）、

## はじめに

広汎性発達障害（pervasive developmental disorders:PDD）は、自閉症とAsperger症候群を2つの中核とし、対人交流の質的異常、コミュニケーションの質的異常、興味の限局および行動のパターン化を特徴とする発達障害のグループである。

精神疾患の診断分類は、世界保健機関（World Health Organization:WHO）から出されているICD（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems）とアメリカ精神医学会（American Psychiatric Association:APA）から出されているDSM（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders）が国際的に広く用いられている。ICDの第10版（ICD-10, 1993）<sup>1)</sup>とDSMの第4版（DSM-IV, 1994）<sup>2)</sup>が相次いで出版されて以来20年にわたって、精神疾患の臨床と研究は両者の診断分類および診断基準に準拠して行われてきた。PDDについては、下位分類に若干の違いは

「小児自閉症」、DSM-IVでは「自閉性障害」）およびAsperger症候群（ICD-10では「Asperger症候群」、DSM-IVでは「Asperger障害」）について、両者の診断基準はほぼ同じであった。このことがPDDに関する啓発と研究の促進に一定の寄与をもたらしたことは確かである。

2013年にDSM-5<sup>3)</sup>が出版され、PDDに関する診断分類と基準が変更された。そこでは、複数の下位分類の集合体の上位概念としてのPDDを廃止し、下位分類のない自閉スペクトラム症（autism spectrum disorder:ASD）という分類と基準が出された。ICDも近々改訂の予定ではあるが、2014年現在、ICDとDSMでこの領域について考え方の相違が生じている。本稿ではまず、PDD/ASDをめぐる診断概念の歴史的変遷について概略を紹介し、次いで日常の小児科診療における診断と評価の要点について述べる。なお、後述するようにPDDとASDでは概念の構造自体は相違があるものの、日常の臨床の対象としての範囲には大きな

ICD-10に基づく診断分類によって業務統計などが行われていることから、本稿ではICD-10のPDDに対する診断・評価を述べる形をとることにする。

### PDDの概念と分類の歴史的変遷

PDDの中核をなす自閉症とAsperger症候群は、いずれも第2次大戦中に発表された症例報告に端を発している。1943年、米国の精神科医Kannerは、人との意志疎通がほとんどみられず、こだわりがきわめて強く、優れた記憶力、常同行動、オウム返しの言語など特有の症状を呈する児童11名の症例報告を行った<sup>4)</sup>。彼はこれを1つの症候群であるとして、「早期乳幼児自閉症」と名づけた<sup>5)</sup>。一方、オーストリアの小児科医Aspergerは1944年に、共感能力の欠如、一方的な会話、特定の興味への没頭、ぎこちない動作などがみられる4例の男児の症例を報告し、「児童期の自閉的精神病質」と名付けた<sup>6)</sup>。

Kannerの記載した早期乳幼児自閉症は、人との意志疎通がほとんどみられず、こだわりのきわめて強いタイプを指していた。Kanner自身は自閉症を統合失調症の児童期発症型と断定することには慎重であったものの、1960年代まで自閉症は児童期統合失調症に含まれる概念として認識されることが多かった。また、1950年代～1960年代にかけて、Bettelheim<sup>7)</sup>をはじめとする当時の精神分析学派の人々によって、自閉症は冷淡な親による育児によって心を閉ざした情緒障害であるという考え方方が普及した。

1960年代後半～1970年代にかけて、「児童期の精神病」と総括されていたものが、発症時期でみると乳幼児期と5歳以降の二峰性に分布することが示された<sup>8)9)</sup>。さらに、自閉症の長期追跡調査において経過中に幻覚・妄想を生じた例がきわめてまれであることが報告された<sup>10)～13)</sup>。これらから、自閉症と統合失調症は別の症候群であるとの認識

自閉症の子どもをもつ親に思考障害がないことが報告され<sup>14)</sup>、心因説を否定する裏づけとなった。さらに自閉症の子どもに脳波異常やてんかん発作の出現率が高いとの報告が蓄積され<sup>15)</sup>、自閉症が心因に基づく反応ではなく脳の器質的異常を基盤にもつことの根拠とされた。1968年、Rutterは、自閉症の人たちの対人関係の異常は情緒的な異常ではなく認知機能や言語機能の異常であるという、いわゆる「認知・言語障害仮説」を提唱した<sup>16)</sup>。こうした転換を受けて国際的な診断システムにおいて、ICD-9（1978）<sup>17)</sup>では自閉症が統合失調症とは独立の分類におかれ、DSM-III（1980）<sup>18)</sup>では精神発達の障害の1つに位置づけられた。

1970年代の終わりに、Wingらは大規模な疫学調査をもとに、Kannerが示した自閉症の子どもたちほど極端ではなくても、同様の対人関係の異常を示す子どもたちが幅広く存在することを指摘した<sup>19)</sup>。すなわち、Kannerが示した「孤立型」以外に、「受動型」（受動的には人からの働きかけに応じるが、自分から人に働きかけようとはしない）と「積極－奇異型」（自分から積極的に人に働きかけるが、その内容が奇妙で一方的）もあることを示した。これによってはじめて、自閉症の概念が拡大した。また、それまでは知的障害も伴う人たちが圧倒的に多いと思われていたが、1980年代以降、知的障害のない「高機能自閉症」がかなり存在することがわかつってきた。

さらに、典型的な自閉症以外にその周辺群があることにも、徐々に注目が集まるようになった。DSM-IIIでは、自閉症だけでなく周辺群も含めたカテゴリー概念として、PDDが初めて登場した。一方、Wing（1981）は、ドイツ語で書かれていたAspergerの1944年の論文を英語圏に紹介し、「Asperger症候群」の呼名を提唱した<sup>20)</sup>。Asperger自身はこれをKannerのいう自閉症とは別の群であると考えていたが、Wingは異なる立場をとり、自閉症と共に通する対人関係をとりながらも成人期

表 ICD-10およびDSM-IVにおけるPDDの下位分類

ICD-10	DSM-IV-TR
F84 広汎性発達障害	広汎性発達障害
F84.0 小児自閉症 [自閉症]	299.00 自閉性障害
F84.1 非定型自閉症	299.80 特定不能の広汎性発達障害 (非定型自閉症を含む)
F84.2 Rett症候群	299.80 Rett障害
F84.3 他の小児期崩壊性障害	299.10 小児期崩壊性障害
F84.4 精神遅滞および常同運動に関連した過動性障害	
F84.5 Asperger症候群	299.80 Asperger障害
F84.8 他の広汎性発達障害	
F84.9 広汎性発達障害、特定不能のもの	

想定した。Wingはさらに、自閉症とAsperger症候群を2つの典型とする類型概念を総称して、「自閉スペクトラム/自閉症スペクトラム(AS)」とよぶことを提唱した<sup>21)</sup>。

1990年代に出されたICD-10およびDSM-IVでは、下位分類に若干の変更はあったものの(表)、「PDD」の用語は継承された。しかし、2000年代に入ってからは、多くの専門家はPDDよりもむしろASあるいはASDを好んで用いるようになっていた。そしてDSM-5では、この流れを取り入れて、ASDが診断名に採用されることになった。

## 日常の臨床における診断・評価のあり方

日常の臨床で最も重要なことは、個々のケースに最適な治療・支援が保障されることである。診断は治療や支援の戦略(strategy)を決めるものであり、評価は診断を定めるために必要な情報を集め、詳細かつ具体的な戦術(tactics)を決めるものである。

ICD-10には、厳密には臨床上の実用と研究上の統計分類という異なる目的に対応した2種類の診断分類がある。すなわち、「臨床記述と診断ガイドライン」<sup>22)</sup>では、臨床家が類型概念を把握するのに必要な臨床的特徴を叙述的に記載しているのに対し、「DCR研究用診断基準」<sup>1)</sup>では、研究に用いることを目的として操作的手段を用いた規格分

満たすことが主眼におかれるため、典型度の低い症例も広めに取り込んで診断可能である。後者では異なる研究者間の比較検討を可能にするために、典型例の範囲を前者に比べてやや狭く設定されている。DSMはどちらかというとDCR研究用診断基準に近い<sup>23)</sup>。

日常臨床を主たる業務とする医師が、DCR研究用診断基準やDSMをマニュアルとして診療室に置き、個々のケースの診断の際にそれらを見ながら項目をチェックして操作的に診断をするというやり方は、間違いである。事実、DSM-IVではそのような使用法をしてはならないと明記されている。日常臨床では、個々の診断の類型概念を念頭におきながら、やや広めに、その診断による方向性が治療にとって適切かどうかの視点を唯一の目安として診断するべきである。多少典型的でなくとも、その診断に沿った治療方針が最適であれば、ためらうことなく診断するのが望ましい。したがって、発達障害の診断と治療・支援を専門とする医師は、日常の診療において個々のケースに對していちいちDCR研究用診断基準やDSMを参考したり診断のための評価尺度をスコアリングしたりしなくとも、実用的な診断は十分に可能である。DCR研究用診断基準やDSMによる操作的な診断を行うとすれば、それは研究や統計のためである。

発達障害の特徴は、その有無がカテゴリカルに

か」ではなく、「発達障害の要因がどの程度その人の精神状態に影響を及ぼしているか」という視点ですべてのケースをみていく必要がある。また、発達障害の特徴の有無あるいはその程度は、社会適応の問題の深刻さと必ずしも線形の相関関係にはない。したがって、PDDの鑑別診断においては、「PDDなのか、それとも別の精神疾患なのか?」という考え方では、あまり意味がない。むしろ、「PDDの特性はどのくらいこの人の生活に影響を及ぼしているか? そして、他の要因はどうか?」を、独立に考慮していくほうが実用的である。すなわち、すべての症例に対して「発達」という軸を導入し、多軸的な視点で診断する習慣をもつことが重要である。PDDの症状だけをみれば軽症のケースでも、環境因に基づく二次的な問題が重畳することによって、今度は逆にきわめて深刻な精神疾患の状態に陥るリスクが高い。このため、PDDの特性に配慮することが治療・支援の主軸になる場合は、たとえ軽症でも積極的に診断する必要があるし、現在の治療・支援の主軸が他の精神疾患である場合は、そちらを優先する場合もある。

### 診断の実際

診断は対人交流、コミュニケーション、興味の限局や行動のパターン化の3領域の特徴とその程度によって行われる。対人交流では、共感性が乏しい、言葉を字義どおりに受け止めてしまう、冗談が通じないなどの異常がみられる。その背景には、他者の考え方や対人場面での暗黙の了解事項を直感的に理解することが困難であることが想定される。コミュニケーションは、他者と共有できない独特の意味づけをもった言葉を用いるなどの異常がみられる。典型的な自閉症では幼児期までに発語の遅れに気づかれることがあるが、PDD全体でみると発語の遅れは必發ではない。行動、興味、活動の限局した常団的で反復的なパターンとして

わりや、特定の対象物の収集やそのことに関する膨大な知識の蓄積などがみられる。しばしばみられる特徴として、聴覚、視覚、触覚などの感覚刺激に対する過敏または鈍感、粗大運動や微細運動の不器用さなどがあげられる。ICD-10およびDSM-IVでは注意欠如・多動症 (attention deficit/hyperactivity disorder: ADHD) の特徴である多動、衝動性、不注意があってもPDDであればADHDとは併記せずPDDのみを記載することになっていたが、DSM-5では両者の併記が可能となった。実際のところ、日常臨床においては両者の特徴をあわせもつ症例はかなり存在する。

これらの特徴は、乳幼児期から何らかの形でみられ、しかもそれらが様々な表現型をとりながら変化しつつも成人期までみられ続ける。多くの場合、加齢とともに対人交流とコミュニケーション能力は伸び、なかには微妙に状況判断が苦手で周囲の人たちから「少し空気が読めない」などといわれる程度で、自閉症の仲間である重篤な障害をもっているようには、とてもみえなくなる場合もある。一方、興味の限局や行動のパターン化は加齢とともに精緻化かつ深化することが多い。ただ、興味の対象が際立って異常というわけではない場合や、行動のパターン化が日常生活のルーチンにうまく活用される場合も少なからずあり、そのような場合には表面的に改善したようにみえることもある。

日常の小児科診療では、まず何らかの発達障害である可能性を疑い、次いで精査の後にPDDを確定診断するという順で診断が行われることが想定される。また、その後の治療や支援を検討するためには、他の発達障害（知的障害を含む）の併存の有無、全般的な生活状況、養育環境、社会資源などについても評価しておく必要がある。プライマリケアを担う小児科医は、発達障害である可能性を確実にスクリーニングすることが重要であり、発達障害を専門とする小児神経科医および児

般を総合的に行う必要がある。

すべての医師が行っておきたい作業は、主訴、発達歴、既往歴、家族歴、相談・教育歴、および所属集団における活動の様子の聴取と本人の行動観察および面接である。本人の行動観察および面接以外は、子どもの診療の場合は保護者から聴取することになる。これらの項目が記載された問診用の用紙を作成しておいて、診察に先だって保護者に記入しておいてもらうと、診察をスムーズに進めることができる。筆者が以前に所属していた山梨県立こころの発達総合支援センターで用いていた初回相談時の質問紙を図に示す。幼稚園・保育所および学校での様子が家庭とは異なるケースが少なくないため、保護者以外にそれらの集団の担任などからも情報を得るよう心がける。本人の行動観察や面接では、身体の健康状態、遊び、対人関係、コミュニケーション、認知発達、学習能力、注意・衝動のコントロール、感情の動きなどに着目しながら、診察室の中での様子だけでなくなるべく待合室なども含めた複数の場面の情報を得るように心がける<sup>24)</sup>。

### 診断の補助として有用なスクリーニング・ツール

一般の小児科医が多忙な日常診療の中で発達障害の疑われるケースを診察する場合、親記入式のスクリーニング・ツールを補助的に用いると参考になる。以下に、PDDが疑われるケースに対するスクリーニングを目的に開発されたツールで、日本語で使用可能なものを紹介する。

「乳幼児期行動チェックリスト改訂版 (Infant Behavior Checklist Revised:IBC-R)<sup>25)</sup>」は、わが国で開発された、自閉症の子どもの2歳以前に特徴的な行動所見24項目からなるチェックリストである。「乳幼児期自閉症チェックリスト修正版 (Modified Checklist for Autism in Toddlers:M-CHAT)」は、アメリカで開発された1歳6か月児を対象と

「自閉症スクリーニング質問紙 (Autism Screening Questionnaire:ASQ)」は、イギリスとアメリカの研究者によって開発された幼児期後期の子どもを対象としたチェックリストで、4~5歳用と6歳以上用の2種類があり、それぞれ39項目からなる<sup>27)</sup>。「自閉症スペクトラム指數 (Autism-Spectrum Quotient:AQ) 児童用」は、イギリスで開発され、7~15歳までの児童を対象とした50項目からなるチェックリストである<sup>28)</sup>。

親に面接し専門家が評定する形式のスクリーニング・ツールとしてわが国で開発された「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 Scales:PARS)<sup>29)</sup>」は、幼児期から成人期まですべての年齢帯を網羅した57項目からなる。

### 統計や研究のための診断補助尺度

統計や研究のために、共通の目盛りで診断分類を行う必要があるときには、DCR研究用診断基準やDSMに準拠する。その際、半構造化された面接あるいは行動観察によって必要な事項を確認し、操作的診断分類の補助とするためのツールが開発されている。「自閉症診断面接改訂版 (Autism Diagnostic Interview-Revised:ADI-R)」は、対象者の養育者に対して行う半構造化面接であり、日本語版も出ている<sup>30)</sup>。各質問項目がICD-10およびDSM-IVに対応しているため、欧米では対象者の養育者の記憶に頼らなければならないという限界があるが、その詳細なコーディングシステムによって、1回の個別の面接や行動観察のみでは判断の難しい対人交流に関して有用な情報を補うことができる。「自閉症診断観察検査 (Autism Diagnostic Observation Schedule:ADOS)<sup>31)</sup>」は、半構造化されたスケジュールに沿って本人の行動観察および面接を実施者が直接行うものであり、日本語版が出版予定である。

これらは、研究を目的として用いるためにはト

<p align="center"><b>ここでの発達総合支援センター 相談申込書</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td style="width: 10%;">記入者</td> <td style="width: 90%;">記入日 平成 年 月 日 統括：本人・父・母・その他（ ）</td> </tr> </table> <p><b>本人の情報</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td style="width: 10%;">フリガナ</td> <td style="width: 90%;">生年月日：昭和・平成 年 月 日（ ）歳</td> </tr> <tr> <td colspan="2">氏名 (男・女)</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>〒 電話</td> </tr> <tr> <td colspan="2">紹介機関・紹介者名</td> </tr> </table> <p>1. 來談・来院されるのはどのような心配や問題のためでしょうか？  <input type="text"/></p> <p>2. 心配や問題が始まった時期は、いつ頃ですか？（ 年 月頃、あるいは 月頃）</p> <p>3. 次のうち、当センターに期待するものにチェックして下さい（複数可）。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 診断</td> <td><input type="checkbox"/> 相談</td> <td><input type="checkbox"/> 心理検査</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 集団プログラム</td> </tr> </table> <p>4. 上記の心配や問題のこと今までに相談機関に相談したことありますか？</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td>歳（年生）から 歳（年生）まで どこで</td> </tr> <tr> <td>歳（年生）から 歳（年生）まで どこで</td> </tr> <tr> <td>今も相談中 どこで</td> </tr> </table> <p>5. 上記の心配や問題のこと今までに医療機関で治療を受けたことがありますか？（ある・ない）</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td>昭和・平成 年 月 日から 左記の期間の状態：</td> </tr> <tr> <td>昭和・平成 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>初診時の医療機関名（所在地）： （ ）</td> </tr> <tr> <td>昭和・平成 年 月 日から 左記の期間の状態：</td> </tr> <tr> <td>昭和・平成 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>医療機関名：</td> </tr> <tr> <td>今も治療中 医療機関名： （ ）</td> <td>通院している・入院している</td> </tr> </table>	記入者	記入日 平成 年 月 日 統括：本人・父・母・その他（ ）	フリガナ	生年月日：昭和・平成 年 月 日（ ）歳	氏名 (男・女)		住所	〒 電話	紹介機関・紹介者名		<input type="checkbox"/> 診断	<input type="checkbox"/> 相談	<input type="checkbox"/> 心理検査	<input type="checkbox"/> 集団プログラム			歳（年生）から 歳（年生）まで どこで	歳（年生）から 歳（年生）まで どこで	今も相談中 どこで	昭和・平成 年 月 日から 左記の期間の状態：	昭和・平成 年 月 日まで	初診時の医療機関名（所在地）： （ ）	昭和・平成 年 月 日から 左記の期間の状態：	昭和・平成 年 月 日まで	医療機関名：	今も治療中 医療機関名： （ ）	通院している・入院している	<p>6. 今までに心理検査や認能などの検査を受けたことがありますか？</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td>検査名： 年 月（歳）、年 月（歳）</td> </tr> <tr> <td>検査名： 年 月（歳）、年 月（歳）</td> </tr> <tr> <td>検査名： 年 月（歳）、年 月（歳）</td> </tr> </table> <p>7. ご本人が生まれたとき、どこに住んでいましたか？      （ ）都・道・府・県（ ）市・区・町・村</p> <p>8. その後、引越しをしましたか？</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td>年 月（歳） どこに</td> </tr> <tr> <td>年 月（歳） どこに</td> </tr> <tr> <td>年 月（歳） どこに</td> </tr> </table> <p>9. 就学前に通所していた・しているところ（療育センター・保健所など）はありますか？</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td>年（歳）から 年（歳）まで どこに</td> </tr> <tr> <td>年（歳）から 年（歳）まで どこに</td> </tr> <tr> <td>年（歳）から 年（歳）まで どこに</td> </tr> </table> <p>10. 教育についてお聞きします。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td>幼稚園・保育園 公立・私立</td> <td>幼稚園・保育園・卒園</td> </tr> <tr> <td>小学校 公立・私立</td> <td>小学校（年生）・卒業 成績 口上 口中 口下</td> </tr> <tr> <td>中学校 公立・私立</td> <td>中学校（年生）・卒業 成績 口上 口中 口下</td> </tr> <tr> <td>高校 公立・私立</td> <td>高校（年生）・卒業 成績 口上 口中 口下</td> </tr> <tr> <td>それ以外</td> <td>成績 口上 口中 口下</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td>□ 普通学級 (□補助教員)</td> <td>□ 通級指導等専用 小・中学校____年から 小・中学校____年まで</td> <td>□ 特別支援学級 (知的・情緒) 小・中学校____年から 小・中学校____年まで</td> <td>□ 特別支援学校 小・中・高等部____年から 小・中・高等部____年まで</td> <td>□ その他 ( )</td> </tr> </table> <p>部活動 <input type="text"/></p> <p>習い事 <input type="text"/></p> <p>11. お母様が妊娠中の時のことについてお聞きします。何か問題はありましたか？      妊娠中高血圧、切迫流産、妊娠中病気（ ）、妊娠中薬物使用、Rh型不適合、アルコール常用、喫煙、その他（ ）</p> <p>12. 出生時のことについて教えてください。      分娩場所（ ）、在胎（ ）週（ ）日、      体重（ ）g、身長（ ）cm、頭囲（ ）cm、胸囲（ ）cm。      分娩異常の有無（帝王切開、骨盤位、鉗子分娩、吸引分娩、早期破水、多胎（双子など）、誤嚥 嚥路（首にへその縄が絡んでいた））</p> <p>13. 発達の様子を教えて下さい。      首が座った（ ）か月、寝返り（ ）か月、お座り（ ）か月、はいはい（ ）か月、      伝い歩き（ ）か月、一人歩き（ ）か月。      パパ、ママなどの簡単な言葉を使う（歳 か月、はじめて話した単語： ）      二語文を話す（歳 か月、はじめて話した二語文： ）      文字を読み（歳 か月、はじめて読んだ文字： ）</p> <p>14. お子さんの乳幼児期について以下のことがあればご記入ください。      一時期話せていた言語が消失した（消失した言語： ）、消失した時期（ か月）      ことば以外に一時期できていたことをしなくなつた      （しなくなつたこと： ）、しなくなった時期（ か月）</p> <p>15. 今までにかかったことのある大きな病気があればご記入ください。      (1) 病名： 病院・診療科：      (2) 病名： 病院・診療科：      (3) 病名： 病院・診療科：</p> <p>16. 受けたことのある予防接種に〇をつけてください。      BCG、ポリオ、破傷風、ジフテリア、百日咳、3種混合、水痘（みずぼうそう）、麻疹（はしか）、風疹、麻疹風疹混合ワクチン、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）、その他（ ）</p> <p>17. 健診のときに何か問題を指摘されましたか？      1歳6ヶ月健診（ ）      3歳健診（ ）      その他の健診（ ）</p> <p>18. 集団生活についてお聞きします。保育園・幼稚園・学校での問題であつてはまるものがあればチェックしてください。（成人の方は、過去あつてはまつたものがあればチェックしてください。）      □ 保育園・幼稚園・学校に行かない      □ 友人関係がうまくいかない、友だちができない      □ 集団行動ができない      □ 学校でいじめられる      □ 勉強が遅れている      □ 授業についていけない      □ 学校で暴力・暴言がひどい、級友をいじめる      集団生活、対人関係（家族以外の大人や子どもとの間わり）で心配なことがあればお書きください。  <input type="text"/></p>	検査名： 年 月（歳）、年 月（歳）	検査名： 年 月（歳）、年 月（歳）	検査名： 年 月（歳）、年 月（歳）	年 月（歳） どこに	年 月（歳） どこに	年 月（歳） どこに	年（歳）から 年（歳）まで どこに	年（歳）から 年（歳）まで どこに	年（歳）から 年（歳）まで どこに	幼稚園・保育園 公立・私立	幼稚園・保育園・卒園	小学校 公立・私立	小学校（年生）・卒業 成績 口上 口中 口下	中学校 公立・私立	中学校（年生）・卒業 成績 口上 口中 口下	高校 公立・私立	高校（年生）・卒業 成績 口上 口中 口下	それ以外	成績 口上 口中 口下	□ 普通学級 (□補助教員)	□ 通級指導等専用 小・中学校____年から 小・中学校____年まで	□ 特別支援学級 (知的・情緒) 小・中学校____年から 小・中学校____年まで	□ 特別支援学校 小・中・高等部____年から 小・中・高等部____年まで	□ その他 ( )
記入者	記入日 平成 年 月 日 統括：本人・父・母・その他（ ）																																																			
フリガナ	生年月日：昭和・平成 年 月 日（ ）歳																																																			
氏名 (男・女)																																																				
住所	〒 電話																																																			
紹介機関・紹介者名																																																				
<input type="checkbox"/> 診断	<input type="checkbox"/> 相談	<input type="checkbox"/> 心理検査																																																		
<input type="checkbox"/> 集団プログラム																																																				
歳（年生）から 歳（年生）まで どこで																																																				
歳（年生）から 歳（年生）まで どこで																																																				
今も相談中 どこで																																																				
昭和・平成 年 月 日から 左記の期間の状態：																																																				
昭和・平成 年 月 日まで																																																				
初診時の医療機関名（所在地）： （ ）																																																				
昭和・平成 年 月 日から 左記の期間の状態：																																																				
昭和・平成 年 月 日まで																																																				
医療機関名：																																																				
今も治療中 医療機関名： （ ）	通院している・入院している																																																			
検査名： 年 月（歳）、年 月（歳）																																																				
検査名： 年 月（歳）、年 月（歳）																																																				
検査名： 年 月（歳）、年 月（歳）																																																				
年 月（歳） どこに																																																				
年 月（歳） どこに																																																				
年 月（歳） どこに																																																				
年（歳）から 年（歳）まで どこに																																																				
年（歳）から 年（歳）まで どこに																																																				
年（歳）から 年（歳）まで どこに																																																				
幼稚園・保育園 公立・私立	幼稚園・保育園・卒園																																																			
小学校 公立・私立	小学校（年生）・卒業 成績 口上 口中 口下																																																			
中学校 公立・私立	中学校（年生）・卒業 成績 口上 口中 口下																																																			
高校 公立・私立	高校（年生）・卒業 成績 口上 口中 口下																																																			
それ以外	成績 口上 口中 口下																																																			
□ 普通学級 (□補助教員)	□ 通級指導等専用 小・中学校____年から 小・中学校____年まで	□ 特別支援学級 (知的・情緒) 小・中学校____年から 小・中学校____年まで	□ 特別支援学校 小・中・高等部____年から 小・中・高等部____年まで	□ その他 ( )																																																

図 初回相談時の質問紙

る。研究以外の用途で用いる場合にはライセンスは不要であり、その場合、豊富な項目数の評価を症状程度の判断などに用いることができる。

### 治療・支援のための症状評価

前項で紹介したADI-Rは、本来は診断補助として開発されたものではあるが、PDDの症状程度などを定量的に評価するため、治療や支援のための詳細な評価として用いることもできる。他にも、対人交流およびコミュニケーションの異常の程度や特徴をより詳細に評価するものとして、「対人コミュニケーション質問紙 (Social Communication Questionnaire:SCQ)」<sup>[32]</sup>がある。

### おわりに

PDDの人たちにとって、適切な診断を受けることは必要な治療・支援を受けるための必要条件である。しかし、最適な治療・支援には、それだけでは不十分であり、多面的・包括的な評価が不可欠である。「PDDであるか否か」よりも、その人の生活全体を包括的に設計していくようなつもりで支援計画を立てていくことが重要である。

### 文献

- 1) World Health Organization:The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders:Diagnostic criteria for research. World Health Organization, 1993  
中根允文、岡崎祐士、藤原妙子・訳：ICD-10精神および行動の障害－DCR研究用診断基準－。医学書院、1994
- 2) American Psychiatric Association:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV). American Psychiatric Association, 1994  
高橋三郎、大野 裕、染矢俊幸・訳：DSM-IV精神疾患の診断・統計マニュアル。医学書院、1996
- 3) American Psychiatric Association:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5). American Psychiatric Association, 2013  
高橋三郎、大野 裕・監訳：DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル。医学書院、2014
- 4) Kanner L:Autistic disturbances of affective contact. Nervous Child 2:217-250, 1943
- 5) Kanner L:Early infantile autism. J Pediatrics 25:211-217, 1944
- 6) Asperger H:Die autistischen Psychopathen im Kindesalter. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 117:76-136, 1944
- 7) Bettelheim B:The Empty Fortress:Infantile Autism and the Birth of the Self. The Free Press, 1967
- 8) Makita K:The age of onset of childhood schizophrenia. Folia Psychiatr Neurol Jpn 20:111-121, 1966
- 9) Kolvin I:Studies in the childhood psychoses. I. Diagnostic criteria and classification. Br J Psychiatry 118:381-384, 1971
- 10) Rutter M, Lockyer L:A five to fifteen year follow-up study of infantile psychosis. I. Description of sample. Br J Psychiatry 113:1169-1182, 1967
- 11) Rutter M, Greenfeld D, Lockyer L:A five to fifteen year follow-up study of infantile psychosis. II. Social and behavioural outcome. Br J Psychiatry 113:1183-1199, 1967
- 12) Kanner L:Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943. J Autism Child Schizophr 1:119-145, 1971
- 13) DeMyer MK, Barton S, DeMyer WE et al.:Prognosis in autism:a follow-up study. J Autism Child Schizophr 3:199-246, 1973
- 14) Schopler E, Loftin J:Thought disorders in parents of psychotic children:a function of test anxiety. Arch Gen Psychiatry 20:174-181, 1969
- 15) Rutter M:Autistic children:infancy to adulthood. Semin Psychiatry 2:435-450, 1970
- 16) Rutter M:Concepts of autism:a review of research. J Child Psychol Psychiatry 9:1-25, 1968
- 17) World Health Organization:Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death (9th ed., Vol. 1). WHO, 1977
- 18) American Psychiatric Association:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed.(DSM-III). APA, 1980
- 19) Wing L, Gould J:Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children:epidemiology and classification. J Autism Child Schizophr 9:11-29, 1979
- 20) Wing L:Asperger's syndrome:a clinical account. Psychol Med 11:115-129, 1981

- 21) Wing L:Autistic spectrum disorders: no evidence for or against an increase in prevalence. BMJ 312:327-328, 1996
- 22) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. WHO, 1992  
融道男, 中根允文, 小見山実・監訳: ICD-10 精神および行動の障害: 臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院, 1993
- 23) 本田秀夫: 成人の発達障害 -類型概念, 鑑別診断および対応-. 精神神経学雑誌 116:513-518, 2014
- 24) 本田秀夫: 子どもから大人への発達精神医学 -自閉症スペクトラム・ADHD・知的障害の基礎と実践-. 金剛出版, 2013
- 25) 金井智恵子, 長田洋和, 小山智典・他: 広汎性発達障害スクリーニング尺度としての乳幼児行動チェックリスト改訂版 (IBC-R) の有用性の検討. 臨床精神医学 33:313-321, 2004
- 26) 神尾陽子, 稲田尚子: 1歳6カ月健診における広汎性発達障害の早期発見についての予備的研究. 精神医学 48:981-990, 2006
- 27) 大六一志, 千住淳, 林恵津子・他: 自閉症スクリーニング質問紙 (ASQ) 日本語版の開発. 国立特殊教育総合研究所分室一般研究報告書 自閉性障害のある児童生徒の教育に関する研究 第7巻, 19-34, 2004
- 28) 若林明雄, 内山登紀夫, 東條吉邦・他: 自閉症スペクトラム指數 (AQ) 児童用・日本語版の標準化 -高機能自閉症・アスペルガー障害児と定型発達児による検討. 心理学研究 77:534-540, 2007
- 29) 安達潤, 市川宏伸, 井上雅彦・他: PARS (広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度). スペクトラム出版社, 2008
- 30) ADI-R 日本語版研究会・監訳, 土屋賢治・黒田美保・稻田尚子・マニュアル監修 (Le Couteur L, Lord C, Rutter M 原著): ADI-R 日本語版. 金子書房, 2013
- 31) Lord C, Rutter M, DiLavore P, et al.: Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). Western Psychological Services, 1999
- 32) 黒田美保, 稲田尚子, 内山登紀夫・監訳 (Rutter M, Bailey A, Berument SK et al. 原著): SCQ 日本語版. 金子書房, 2013

### 参考文献

- ソールニア SA, ヴェントーラ PE・著, 黒田美保, 辻井正次・監訳: 自閉症スペクトラム障害の診断・評価必携マニュアル. 東京書籍, 2014

### 著者連絡先

〒390-8621 長野県松本市旭3-1-1  
信州大学医学部附属病院子どものこころ診療部  
本田秀夫

## 特集：DSM-5 —児童精神科領域はどう変わったのか？変わるのか？—

本田 秀夫\*

### Autism Spectrum Disorder (自閉スペクトラム症／自閉症スペクトラム障害)

児童青年精神医学とその近接領域 55(5) : 518—526 (2014)

自閉症とその関連領域は、Kanner の最初の定義からさまざまな変遷を経て、最新の DSM-5 の定義に至っている。DSM-IV と DSM-5 の主要な変更点は、(1) いくつかの下位分類からなる「広汎性発達障害 (PDD)」カテゴリーから下位分類のない単一概念である「自閉スペクトラム症／自閉症スペクトラム障害 (ASD)」への変更、(2) 三徴候から二徴候への症状の再編、(3) ASD を「神経発達症群／神経発達障害群」の1つに位置づけていること、(4) ADHD と ASDとの併記が可能になったこと、(5) ASD 類縁である「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」が「コミュニケーション症群／コミュニケーション障害群」の中に新設されたことである。これまでに蓄積された自閉症研究から得られたエビデンスを考慮すると、PDD から ASD への改訂は概ね妥当なものといえるが、次なる改訂に向けて一部に課題も残った。

**Key words :** Asperger's syndrome, autism spectrum disorder, dimensional diagnosis, neurodevelopmental disorders, pervasive developmental disorder

#### I. はじめに

ICD-10 (1992, 1993) と DSM-IV (1994) が相次いで出版されて以来20年にわたって、精神疾患の臨床と研究は両者の診断分類および診断基準に準拠して行われてきた。自閉症に関する領域については、下位分類に若干の違いはあったものの、中核となる自閉症 (ICD-10 では「小児自閉症」、DSM-IV では「自閉性障害」) およびアスペルガー症候群 (ICD-10 では「Asperger 症候群」、DSM-IV では「Asperger 障害」) について、両者の診断基準はほぼ同じであった。このことが自閉症およびその他の発達障害に関する啓発と研究の促進に一定の寄与をもたらしたことは確かである。

\*信州大学医学部附属病院子どもこころ診療部  
〒390-8621 松本市旭3-1-1  
e-mail: hhonda@shinshu-u.ac.jp

DSM-5 (2013) では、複数の下位分類の集合体の上位概念としての「広汎性発達障害 (pervasive developmental disorders (複数形)；以下、「PDD」と略) を廃止し、下位分類のない自閉スペクトラム症／自閉症スペクトラム障害 (autism spectrum disorder (単数形)；以下、「ASD」と略) という分類と基準が出された。ICD も近々改訂の予定ではあるが、2014年現在、ICD と DSM でこの領域について考え方の相違が生じている。

本稿では、自閉症に関する領域が歴史的変遷を経て DSM-5 でどのように改訂されたかを整理し、今回の改訂のポイントと到達点および残された課題について述べる。

なお、2000年に出版されたテキスト改訂版である DSM-IV-TR は、分類と基準については DSM-IV と同じであるので、本稿では特に記載しない限り両者をまとめて「DSM-IV」と表記

する。

## II. DSM-5までの自閉症をめぐる診断概念・ 診断基準の変遷

1943年、Kanner Lは、人との意志疎通がほとんどみられず、こだわりがきわめて強く、優れた記憶力、常同行動、オウム返しの言語など特有の症状を呈する児童11名の症例報告を行った。彼はこれを一つの症候群であるとして、「早期乳幼児自閉症」と名付けた (Kanner, 1944)。一方、オーストリアの小児科医 Asperger Hは1944年に、共感能力の欠如、一方的な会話、特定の興味への没頭、ぎこちない動作などがみられる4例の男児の症例を報告し、「児童期の自閉的・精神病質」と名付けた (Asperger, 1944)。

Kannerの記載した早期乳幼児自閉症は、人との意志疎通がほとんどみられず、こだわりのきわめて強いタイプを指していた。Kanner自身は自閉症を統合失調症の児童期発症型と断定することには慎重であったものの、1960年代まで自閉症は児童期統合失調症に含まれる概念として認識されることが多かった。また、1950年代から1960年代にかけて、Bettelheim B (1967) をはじめとする当時の精神分析学派の人々によって、自閉症は冷淡な親による育児によって心を閉ざした情緒障害であるという考え方が普及した。

1960年代後半から1970年代にかけて、「児童期の精神病」と総括されていたものが、発症時期でみると乳幼児期と5歳以降の二峰性に分布することが示された (Makita, 1966; Kolvin, 1971)。さらに、自閉症の長期追跡調査において経過中に幻覚・妄想を生じた例がきわめて稀であることが報告された (Rutter and Lockyer, 1967; Rutter et al., 1967; Kanner, 1971; DeMyer et al., 1973)。これらから、自閉症と統合失調症は別の症候群であるとの認識が一般的となつた。養育環境の問題については、自閉症の子どもをもつ親に思考障害がないことが報告され (Schopler and Loftin, 1969)，心因説を否定する裏付けとなつた。さらに自閉症の子どもに脳

波異常やてんかん発作の出現率が高いとの報告が蓄積され (Rutter, 1970)，自閉症が心因にもとづく反応ではなく脳の器質的異常を基盤にもつことの根拠とされた。1968年、Rutter Mは、自閉症の人たちの対人関係の異常は情緒的な異常ではなく認知機能や言語機能の異常であるという、いわゆる「認知・言語障害仮説」を提唱した (Rutter, 1968)。こうした転換を受けて国際的な診断システムにおいて、ICD-9 (World Health Organization, 1977) では自閉症が統合失調症とは独立の分類に置かれ、DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) では精神発達の障害のひとつに位置づけられた。

1970年代の終わりに、Wing Lらは大規模な疫学調査をもとに、Kannerが示した自閉症の子どもたちほど極端ではなくても、同様の対人関係の異常を示す子どもたちが幅広く存在することを指摘した (Wing and Gould, 1979)。すなわち、Kannerが示した「孤立型」以外に、「受動型」(受動的には人からの働きかけに応じるが、自分から人に働きかけようとはしない)と「積極-奇異型」(自分から積極的に人に働きかけるが、その内容が奇妙で一方的)もあることを示した。これによってはじめて、自閉症の概念が拡大した。また、それまでは知的障害も伴う人たちが圧倒的に多いと思われていたが、1990年代以降、知的障害のない「高機能自閉症」がかなり存在することがわかつってきた (Honda et al., 1996)。

さらに、典型的な自閉症以外にその周辺群があることにも、徐々に注目が集まるようになつた。DSM-IIIでは、自閉症だけでなく周辺群も含めたカテゴリー概念として、PDDがはじめて登場した。一方、Wing (1981) は、ドイツ語で書かれていたAspergerの1944年の論文を英語圏に紹介し、「Asperger症候群」の呼名を提唱した。Asperger自身はこれをKannerのいう自閉症とは別の群であると考えていたが、Wingは異なる立場をとり、自閉症と共通する対人関係をとりながらも成人期までには流暢に会話ができるようになるタイプを想定した。

Wing はさらに、自閉症と Asperger 症候群を 2 つの典型とする類型概念を総称して、「自閉スペクトラム／自閉症スペクトラム（以下、「AS」と略）」と呼ぶことを提唱した（Wing, 1996）。

1990 年代に出された ICD-10 および DSM-IV では、下位分類に若干の変更はあったものの PDD の用語は継承された。しかし、2000 年代に入ってからは、多くの専門家は PDD よりもむしろ AS あるいは ASD を好んで用いるようになっていた。そして DSM-5 では、この流れを取り入れて、ASD が診断名に採用されることになった。

### III. 主な改訂のポイント

DSM-IV-TR まで何らかの名称で存在していた乳幼児期・小児期・青年期の精神障害のジャンルが、DSM-5 では廃止された。代わりに、ジャンルの配列自体が発症／診断しやすい年齢帯を意識して並べられ、さらにジャンルの中の個々の精神障害も発症／診断しやすい年齢帯に沿って置かれている。かつてのように青年期以前を特別視するのではなく、すべての精神障害に年齢（発達）という要素を加味する必要があるという考え方が浸透してきたことの反映であろう（本田, 2014a）。

「神経発達症群／神経発達障害群」ジャンルの新設は、DSM-III 以降避けられていた発症メ

カニズムに関する仮説を含む分類概念の復活といえる。DSM-III の時代に比べると生物学的研究によるエビデンスが蓄積されていることから、この試みは十分に妥当である。名称に「神経」がつく点が異なるものの、このジャンルはわが国の児童精神科医の間で 1980 年代以降想定されてきた「発達障害」にほぼ一致しており、わが国の臨床家にとっては受け入れやすい。

#### 1. PDD から ASD へ

まず注目されるのは、DSM-III 以来一貫して採用されていた PDD が不採用となり、替わって ASD が採用されたことである。これは、単なる名称の変更にとどまらない。複数の下位分類の集合体である PDD から、下位分類のない ASD への変更は、診断概念の考え方そのもの大きな変更を意味する。表 1 に、ICD-10 および DSM-IV における PDD の下位分類と DSM-5 における ASD との対応について示す。

#### 2. 三徴候から二徴候へ

DSM-IV-TR の PDD は、「社会的相互交渉」、「コミュニケーション」、「行動、興味、活動の限局され反復的、常規的な様式」の 3 つの領域における異常によって定義されていた。DSM-5 の ASD では、前二者が 1 つにまとめられ、「社会的コミュニケーションおよび社会的相互交渉」と「行動、興味、活動の限局され反復的な

表 1 ICD-10 および DSM-IV における PDD の下位分類と DSM-5 における ASD との対応

ICD-10 (1992)	DSM-IV (1994)	DSM-5 (2013)
小児自閉症	自閉性障害	
アスペルガー症候群	アスペルガー障害	
他の小児期崩壊性障害	小児期崩壊性障害	
非定型自閉症		
他の広汎性発達障害	特定不能の広汎性	
広汎性発達障害、特定	発達障害	
不能のもの		
精神遅滞および常同運動		
に関連した過動性障害		
レット症候群	レット障害	

様式」の2領域となっている。各領域の項目数も減り、表現はやや一般化された形になっている。DSM-IVまでは診断基準に含められていなかつた症状としては、感覚の異常が「行動、興味、活動の限局され反復的な様式」の症状のひとつに含められた。DSM-IVまでのように「何が何項目以上」というカットオフを設けていないのも特徴である。かわりに、2領域における症状の程度によって「レベル1」(きわめて多くの支援を要する)から「レベル3」(支援を要する)までの3段階で重症度を記述するようになっている。このように、区切りの線引きをして細分化するという考え方(「カテゴリー診断」)から、無症状から症状の強い状態までを連続的に捉え、細かい線引きはあえてしないという考え方(「ディメンジョン診断」)へと方向転換している。

一方、知的障害や言語障害を伴う場合、既知の医学的・遺伝的疾患や環境要因と関係している場合や、他の神経発達症群／神経発達障害群、精神障害、行動障害と関係している場合には、それを特記することになっている。さらに、自閉症の一部の人たちに「カタトニア」(行動が止まり、働きかけなどに一切反応しなくなるなどの現象)が見られることがある、という報告が近年出されていることを反映して、カタトニアが見られる場合にはそれを特記することになっている。

### 3. 「神経発達症群／神経発達障害群」の1つに位置づけ

DSM-5では、自閉症スペクトラム障害は「神経発達症群／神経発達障害群」という大分類の中に含められた。ここには他に「知的能力障害群」、「コミュニケーション症群／コミュニケーション障害群」、「注意欠如・多動症／注意欠如・多動性障害(ADHD)」、「限局性学習症／限局性学習障害」、「運動症群／運動障害群」、「チック症／チック障害」、「他の神経発達症群／神経発達障害群」が含められている。

### 4. ADHDとの併記が可能に

DSM-IVでは、ADHDの症状がみられても、PDDの症状がある場合にはそちらの診断を優先するという規定があった。しかし、DSM-5のASDとADHDとの間には、そのような規定がないため、両者の併記が可能となった。

### 5. 「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」の新設

DSM-IVまでは採用されておらず、DSM-5ではじめて採用されたもののひとつに、「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(以下、「SCD」と略)」がある。これは、「コミュニケーション症群／コミュニケーション障害群」の下位分類で、文脈や状況に応じて臨機応変にコミュニケーションすることに異常がみられ、かつそれが言語症／言語障害、知的能力障害群、ASDなどで説明できない場合に診断される。ASDとの違いは、「行動、興味、活動の限局され反復的、常通的な様式」の有無ということになる。

## IV. 今回の改訂の意義と課題

### 1. ディメンジョン診断の考え方を導入したことの意義

DSM-IVまでのカテゴリー診断の考え方には、さまざまな問題があることが指摘されていた。たとえば、自閉性障害とアスペルガー障害とを明確に分離することが困難であることが示されていたし(本田, 2013), 特定不能の広汎性発達障害をどこまで広げるかを専門家の間で一致させることが困難であった。

今回、ディメンジョン診断の考え方を導入したことにより、下位分類の混乱はいったん棚上げになった。ASDであれば、基本的な理解のしかたや支援の考え方は共通なので、これは支援を考える上では合理的な考え方といえる。

## 2. 重症度の記載

重症度の記載が求められるようになったことも、重要な変更点である。症状の強い人たちは、それだけ手厚い支援が必要である。ただ、気をつけなければならないのは、症状がわずかだからといって、必ずしも順調に社会適応できるとは限らないことである。わが国で近年問題となっている発達障害の人たちの多くは、症状がわずかであったために児童期に ASD の存在に気づかれず、深刻な二次障害を呈した後に精神科を受診する思春期から成人期の人たちである(本田, 2014b)。このタイプの人たちは、DSM-5 では「ASD, レベル 1」と診断され、適応不全が深刻でも十分なサービスを受けられなくなる可能性がある。

また、無症状から症状の強い状態までを連続的に捉えるとはいえ、レベル 1 と支援不要との判断のところには線引きが存在する。これに関して、DSM-5 の草案が出された段階で、「DSM-IV までなら PDD と診断できた人たちの一部が、DSM-5 では ASD には含められなくなるのではないか」との批判があった。そのことを念頭に置いたのか、「DSM-IV で自閉性障害、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害と診断された人たちは、ASD と診断されるべきである」との注釈がつけられている。これにより、少なくともすでに PDD と診断を受け、特別支援教育や福祉などの支援サービスを受けている人たちの一部が、今回の診断基準改訂によって支援サービスを受けられなくなるということは避けられた。

## 3. ADHD との併記可能の影響

ASD でかつ ADHD の症状を併せ持つ人は、かなりの数に上る。したがって、今後は両者の併存と診断される人が急増することが予想される。ADHD には厚生労働省で認可された治療薬があることから、多動や不注意がみられると安易に ADHD を併記して薬物療法が行われるおそれがある。ASD の人たちは、興味のもてない場面や見通しの持ちにくい曖昧な場面では

落ち着きがなくなり、集中力が低下する。しかし、本人の認知や興味とうまく適合した環境を提供することによって見違えるほど落ち着いて集中できる。この場合は、状況によらず多動や不注意が一貫してみられる ADHD 症状とは異なるので、安易に ADHD と診断して薬物療法を行うことは控えるべきである。

## 4. SCD 新設の影響

SCD が新設され、「コミュニケーション症群／コミュニケーション障害群」の下位分類に置かれたことについては、多くの課題が残されている。

語用論的発達の研究領域では、以前から「語義－語用症候群 (Semantic-Pragmatic Syndrome)」あるいは「語義－語用性障害 (Semantic-Pragmatic Disorder)」などの用語が提唱されていた。この概念の流れが DSM-5 に SCD として導入されたと考えられる。一方、この概念は以前より ASD と重なり合いがかなりあることが想定されていた。Bishop (1989) は、自閉症、アスペルガー症候群、語義－語用症候群の関係を図 1 のように説明している。「記号としての言語の記憶がよいものの、社会的文脈の中で適切に言語を理解し用いることが難しい」という特徴がありながら、興味の偏りや行動のパターン化が全くみられない、という人が、どの程度存在し、どのくらい臨床的に治療や支援の対象となるのかは、よくわかっていない。また、図 1 のような関係でこの概念をとらえるのであれば、これは ASD から分離してコミュニケーション症群／コミュニケーション障害群のカテゴリーに含めるのではなく、ASD に内包させるべきとの考え方もあり得る。治療の側面からみて、基本的な対応方針が自閉症スペクトラム障害のそれとほぼ同じであることからも、分類の位置づけに関する議論の余地の残るところである。