

速報

DSM-5 における神経発達障害の診断基準

Diagnostic Criteria of Neurodevelopmental Disorders in DSM-5

高橋 泰子¹⁾ 石川 健二²⁾ 橋本 篤孝³⁾

Abstract: Fifth edition of the American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual (DSM-5) was announced to be published in May 2013. The most characteristic point in DSM-5 is adoption of the new category of autism spectrum disorder. The term of autism spectrum disorder has been used in pediatric neurology field since before. This new category in DSM-5 aims at the integration of Asperger's disorder and autistic disorder. If pragmatic function such as metaphor using ability or comprehension ability between the words is not seen in the case of category, even if there is no stereotyped behavior or even of there is an ability of using language in order to communication to others, such a case should be classified to another new category of social communication disorder or pragmatic communication disorder. This clinical entity is very easy to understand for the researcher of language development study. On the other hand there is danger of over-diagnosis for the normal people who are poor at grasping the vague situation. Catatonia is added as a disease that is easy to merge with autism spectrum disorders. Therapist has trained those people with autism spectrum disorder, who has the poor communication timing, by their training skills. But those effect is not expected. This fact may indicate the possibility that has forced a review of the training method therapist.

Key Words: DSM-5; Autism Spectrum Disorder; Social(Pragmatic) Communication Disorder; Neurodevelopmental Disorders

要約: 2013年5月に発表された米国精神医学会診断統計マニュアル第5版(DSM-5)は、小児神経分野では、かねてから専門家に用いられてきた自閉症スペクトラム障害が診断カテゴリーの中に導入され、自閉性障害とアスペルガー障害が自閉症スペクトラム障害という診断名で包括された。しかし、常同行動がないことや言語をコミュニケーション手段に使用するものの比喩や言語外の意味を理解・表現する語用論的な側面が欠如する場合は、「社会性(実用)コミュニケーション障害」という新しい診断名で別の分類に加わった。言語発達研究に携わる者にとっては理解しやすい診断名であるが、状況把握が少し苦手な人にさえもこの診断名のレッテルが貼られる危険性をもった診断基準である。また、自閉症スペクトラム障害と合併しやすい疾患としてカタトニアを特定するという注釈が加わった。このことは、彼らのコミュニケーションのタイミングの悪さをセラピストがスキルでカバーしようとする訓練法の効果に期待できず、訓練法の見直しを迫られている可能性を示している。

キーワード: DSM-5; 自閉症スペクトラム; 社会性(実用)コミュニケーション障害; 神経発達障害

Yasuko Takahashi

大阪河崎リハビリテーション大学
リハビリテーション学部 言語聴覚学専攻
E-mail: takahashiy@kawasakigakuen.ac.jp

- 1) リハビリテーション学部 言語聴覚学専攻
- 2) リハビリテーション学部 作業療法学専攻
- 3) 社会福祉法人聖徳会 岩田記念診療所

1. はじめに

2013年5月、米国サンフランシスコ市で開催された第116回米国精神医学会において米国精神医学会の診断統計マニュアル第5版、すなわちDSM-5¹⁻²⁾ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; American Psychiatric Association, 2013) が正式に発表された。19年ぶりに改訂され、今回から序数読みから基数読みになった。今回の改訂で特に、小児神経に関する分野が大きく変更された。DSMは、1987年の改訂で児童思春期の精神障害は、児童精神医学の臨床と研究の中で確実な位置を占めた。しかし、診断の基準は不十分な点が存在したことは否めず、改訂が繰り返された。また、DSMの改訂は、「疾病と関連の健康問題についての国際統計分類」第10改訂版 (ICD-10: International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem-10)³⁾ における臨床的記述と診断ガイドの改訂にも反響があると推測される。2015年に向けて現在改訂作業が着手されているICD-11が発行されたとき、日本の医療へも大きな影響を与えることは間違いない。

また、DSMは米国精神医学会によって作られた診断基準ではあるが、世界中で使用されていることから事実上のグローバルスタンダードになっている。また日本でもDSMを使った診断が小児精神医学の分野ではきわめて一般的であるため、日本でも今回の改訂は小児精神医学ではもとより社会・教育・福祉分野においても何らかの影響が出ると推測される。

2. 全体的な枠組み

2-1 多軸診断廃止

DSMは、DSM-III以来5つの軸によって分析することで、障害を多面的に捉えるという多軸

評定(表1)を行ってきた。それがDSM-5で廃止された。

精神科では、一人の患者に2つの診断が与えられる場合がある。二重診断の場合「主診断」と「受診理由」とを明示するのに多軸方式を用いると記載しやすいという考えから採用されてきた。しかし、非多軸方式でもそれは可能なことである。

また、精神科では、症状や患者本人との問診で診断が行われることが少なくない。そのため、患者が問診で偽った症状を訴えても科学的な根拠がないため、詐病であったり、医療機関によって診断名が異なることがある。昨今の目覚ましい医学の進展により、脳内の物理的現象を諸検査によって解明しようと研究が行われており、それが心理的現象として具現化することとの因果関係が立証できるようになりつつある。その証拠に薬物療法の効果が上がってきていることがいえる。

さらに、DSM-IV⁵⁻⁶⁾には374の診断名が存在するが、この診断名や症状は、マニュアルを編纂する委員の多数決によって決まってきたことから、医師によって異なる診断名が付く可能性がある曖昧さのあるマニュアルであることの批判も拭い去れない。これは、新しいDSM-5になってさらに500を超える診断名が存在することから、継続する課題である。

そして、小児精神領域の精神遅滞や広汎性発達障害がDSM-IIIでは第2軸に置かれていたのが、DSM-IVでは第1軸に入れて、第2軸は人格障害のみとなった。第2軸の障害は固定的で変化しにくい状態であるという考え方であるので、発達障害は発達的变化があり、第2軸よりも第1軸に置く方が妥当であったが、年齢と共に変化するものの主たる中核症状が変化するのではなく、スキルを獲得することでキャッチアップしたように映ることがある。そのため、軸の妥当性に検討が必要であったが、今回の廃

止でその議論はなくなってしまった。

一方、国際疾病分類 (ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health) (2001) の障害の分類は、「生活機能・障害・健康の国際分類」というように人間の生活に関わることの分類・記載・評価であることから⁷⁾、DSM-5においても社会生活における適応状況を重視し、疾患の一般的な症状と同時に社会適応を考慮した別の症状を記載し、両面から診断することが適切になってきた。世界保健機関がICFを提唱しており、その基本理念に則ったICDであるため、DSMがICDに近づいている気配が感じられる。

医学の発展と共に評定が5つの軸だけでは困難となることや、軸を跨る疾患があること、障害を把握するときには社会適応を考慮すべきであることから、多軸診断の廃止と社会適応を考慮した重症度の記載は妥当なものとする。

表1 DSM-IVの多軸診断

第1軸	臨床的障害、ないしは臨床的関与の対象となりうる他の状態。 パーソナリティ障害・知的障害を除く14個の障害概念がここに含まれる。
第2軸	パーソナリティ障害および精神遅滞。
第3軸	一般身体疾患 (General Medical Conditions)。 DSM-IIIにおいては身体状態と呼ばれていた。
第4軸	心理社会的および環境上の問題。 DSM-IIIにおいてはストレス強度と呼ばれていた。
第5軸	全体的機能評定 (GAF: Global Assessment of Functioning)。 DSM-IIIにおいては社会適応水準と呼ばれていた。

2-2 大グループの構成

DSM-5は、全体が22の大グループに分かれており、そして小児の精神障害は、「神経発達障害 (Neurodevelopmental Disorders)」という大グループにまとめられている。

この「神経発達障害」という大グループは、さらに表2に示すとおり「知的障害」「コミュ

ニケーション障害」などの7の下位グループに分類されている。DSM-5の「神経発達障害」に相当するグループは、DSM-IV-TRでは「通常、幼児期、または青年期に初めて診断される障害」であり、10の下位グループに分類されていた。さらに、DSM-IIIでは、「幼児期、小児期または青年期に通常初めて明らかになる障害」がそれに相当し、「明らかなる障害」から「診断される障害」と変化したことは字句上ではあるが、診断されるということによって障害が同定されるのであり、より厳密な表現になった。そして、DSM-5では「神経発達障害」としたことから、原因を「神経性 (Neurological)」のものと明確に規定した捉え方は発展的である。DSM-IVまでは、小児の疾患故に、心理的要因と神経性要因が混在した診断が同一グループに存在したが、今回の改訂では「神経性」のものと「心因性」とが明確に分離されて理解が容易になった。

また、DSM-IVでは特異的発達障害が大グループにも下位グループにもなかったが、DSM-5では特異的学習障害が下位グループに入り、ICD-10と類似の構成となった。

さらに、運動能力障害としては、これまで発達性協調運動障害だけであったのが、常同運動障害やチック障害が入った。これらは症状としては類似した運動の障害であるが、発生機序が異なるため、異質なグループの組み合わせである。そして、分離不安障害や選択性緘黙、反応性愛着障害、遺糞症などがこの大グループの下位グループから外れた。前述したように、これらの原因は神経性ではないことを意味している。

3. 障害の構成—7の下位群の中の発達障害

3-1 知的障害

たびたび名称についての論議がなされているが、「精神遅滞 (Mental Retardation)」か

表 2 DSM-5 の神経発達障害と対応する DSM- IV および ICD-10 (高橋仮訳)

DSM-5	DSM-IV-TR	ICD-10
<p>Neurodevelopmental Disorders 神経発達障害</p> <p>Intellectual Disabilities 知的障害</p> <p>Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder) 知的障害(知的発達障害)</p> <p>Mid 軽度 Moderate 中等度 Severe 重度 Profound 最重度</p> <p>Global Developmental Delay 広範な発達遅滞</p> <p>Unspecified Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder) 特定されない知的障害(知的発達障害)</p> <p>Communication Disorders コミュニケーション障害</p> <p>Language Disorder 言語障害</p> <p>Speech Sound Disorder 発話音障害</p> <p>Childhood-Onset Fluency Disorder (Stuttering) 小児期発症非流暢性障害(吃音症)</p> <p>Social(Pragmatic)Communication Disorder 社会性(実用)コミュニケーション障害</p> <p>Unspecified Communication Disorder 不特定なコミュニケーション障害</p> <p>Autism Spectrum Disorder 自閉症スペクトラム障害</p> <p>Autism Spectrum Disorder 自閉症スペクトラム障害</p> <p>Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder 注意欠陥/多動性障害</p> <p>Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder 注意欠陥/多動性障害</p> <p>Other Specified Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder その他の特異的注意欠陥/多動性障害</p> <p>Unspecified Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder 特定されない注意欠陥/多動性障害</p> <p>Specific Learning Disorder 特異的学習障害</p> <p>Specific Learning Disorder 特異的学習障害</p> <p>With impairment in reading 読字障害を伴っている</p> <p>With impairment in written expression 書字障害を伴っている</p> <p>With impairment in mathematics 算数障害を伴っている</p> <p>Motor Disorders 運動障害</p> <p>Developmental Coordination Disorder 発達性協調運動障害</p> <p>Stereotypic Movement Disorder 常同運動</p> <p>Tic Disorders チック障害</p> <p>Tourette's Disorder トゥレット障害</p> <p>Persistent(Chronic)Motor or Vocal Tic Disorder 永続性(慢性)運動または音声チック障害</p> <p>Provisional Tic Disorder 一過性チック障害</p> <p>Other Specified Tic Disorder その他の特異的チック障害</p> <p>Unspecified Tic Disorder 特定されないチック障害</p> <p>Other Neurodevelopmental Disorder その他の神経発達障害</p> <p>Other specified Neurodevelopmental Disorder その他の特異的神経発達障害</p> <p>Unspecified Neurodevelopmental Disorder 特定されない神経発達障害</p>	<p>通常、幼児、小児期、または青年期に初めて診断される障害</p> <p>精神遅滞</p> <p>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</p> <p>精神遅滞、重症度は特定不能</p> <p>コミュニケーション障害</p> <p>表出性言語障害 受容-表出混合性言語障害</p> <p>音韻障害</p> <p>吃音症</p> <p>アスペルガー障害</p> <p>特定不能のコミュニケーション障害</p> <p>広汎性発達障害</p> <p>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</p> <p>注意欠陥および破壊的行動障害</p> <p>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</p> <p>特定不能の注意欠陥/多動性障害</p> <p>学習障害</p> <p>読字障害</p> <p>書字表出障害</p> <p>算数障害 特定不能の学習障害</p> <p>運動能力障害</p> <p>発達性協調運動障害</p> <p>チック障害</p> <p>トゥレット障害</p> <p>慢性運動性または音声チック障害</p> <p>一過性チック障害</p> <p>特定不能のチック障害</p>	<p>精神遅滞</p> <p>認知能力レベル 軽度 中等度 重度 最重度</p> <p>社会適応のレベル 行動上の機能障害がないか軽微なもの 介助あるいは治療を要するほどに顕著な行動障害 他の行動障害 行動上の機能障害についての言及がないもの</p> <p>心理的発達の障害</p> <p>会話および言語の特異的発達障害 表出性言語障害 受容性言語障害</p> <p>特異的会話構音障害</p> <p>通常小児期および青年期に発症する他の行動および情緒の障害 吃音[症] 早口[乱雑]言語症</p> <p>アスペルガー症候群 他の広汎性発達障害</p> <p>他の会話および言語の発達障害 会話および言語の発達障害、特定不能のもの てんかんに伴う獲得性失語症(ランドウ-クレフナー症候群)</p> <p>広汎性発達障害</p> <p>小児自閉症[自閉症]</p> <p>アスペルガー症候群 非定型自閉症 他の広汎性発達障害 広汎性発達障害、特定不能のもの</p> <p>小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害</p> <p>多動性障害 活動性および注意の障害</p> <p>他の多動性障害</p> <p>多動性障害、特定不能のもの</p> <p>学習[学習能力]の特異的発達障害</p> <p>特異的読字障害</p> <p>特異的綴字[書字]障害</p> <p>特異的算数能力障害[算数能力の特異的障害] 学力[学習能力]の混合性障害 他の学力[学習能力]の発達障害 学力[学習能力]の発達障害、特定不能のもの</p> <p>混合性特異的発達障害</p> <p>運動機能の特異的発達障害</p> <p>精神遅滞および常同運動に関連した過動性運動 常同運動障害*</p> <p>チック障害</p> <p>音声および多発運動性[多様性運動]の合併したチック障害 (ド・ラ・トゥレット症候群)</p> <p>慢性運動性あるいは音声チック障害</p> <p>一過性チック障害</p> <p>他のチック障害 チック障害、特定不能のもの</p> <p>他の心理的発達の障害</p> <p>特定不能の心理的発達のの障害</p>

註: DSM-IV-TR および ICD-10 の単位障害で、DSM-5 に対応するものがないものは含まれていない。

ら「知的障害 (Intellectual Disabilities)」と定まったのは、2007年米国知的・発達障害協会が AAMR (The American Association on Mental Retardation) から AAIDD (The American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) に名称を変更 (2008)⁸⁾ したことに影響している。

知的障害の下位グループになる知的発達障害 (intellectual Developmental Disorder) の診断の基準は、これまでの知的障害と同様に個別式の知能検査において算出される認識能力 (知能指数) を含めて検討するが、重症度は概念領域、社会的領域、実用的領域の適応機能の能力の評価が検討されることになった。

知的発達障害の認識能力の評価には、これまで用いられてきた知能指数による基準が用いられるが、それだけでなく世界保健機構の分類体系 ICF を背景に、症状と日常生活での支障の程度や支援の必要程度に応じて検討することが特徴的である。まさしく、これは「障害」を国際疾病分類に適合させている。

将来的には、DSM における「障害」は、2015年に発行される ICD-11、そして、機能、障害と健康 (ICF) の国際分類にすべての基礎を置くことになると推測される。

また、今回の改訂で包括的発達遅滞 Global Developmental Delay と不特定の知的障害 Unspecified Intellectual Disability が加わり、5歳未満で個人知能検査や体系的な検査で知能測定が困難で重症度レベルの評定ができない場合に前者の診断名を用い、5歳以上で運動機能、視覚障害や聴覚障害等のために知的な習得ができていない場合は後者の診断名を用いるが、いずれも一時的に用いるため、一定期間後に再評価を要することになっている。

3-2 コミュニケーション障害

コミュニケーション障害 Communication

Disorder の下位カテゴリーには、「言語障害 Language Disorder」、「発話音障害 Speech Sound Disorder」、「小児期発症非流暢性障害 (吃音症) Childhood-Onset Fluency Disorder (Stuttering)」、「社会性 (実用) コミュニケーション障害 Social (Pragmatic) Communication Disorder」、「不特定なコミュニケーション障害 Unspecified Communication Disorder」が位置づけられた。

3-2-1 コミュニケーション障害の概観

「言語障害」としては、DSM-IV の表出性言語障害、受容-表出混合性言語障害に相応し、聞く・話すだけでなく、言語モダリティの書くことやサイン言語、構文などにも困難を生じることこの診断に含められた。また、感覚受容器の障害があってもここに含められ、小児期に診断できるとしている。

「発話音障害」は、これまでの音韻障害ならびに発達性構音障害に相応し、音声や構音に障害があるためにコミュニケーションを困難にすることを指している。音声障害と構音障害は発症機序が異なるため、同一診断名とすることには筆者としては違和感がある。口蓋裂に伴った構音障害は音声障害を伴うこともあるが、この診断には口唇口蓋裂や難聴などの器質性構音障害は含めていない。構音と音声とを包括するという広範さがある一方で、音声障害は過緊張性発声などによる機能性の音声障害に限局するのはバランスを欠いている感が拭えない。

「小児期発症非流暢性障害」は、これまで使われてきた吃音症の新しい名称である。吃音には発達性吃音と獲得性吃音があり、発達性吃音は言語獲得の時期や過程に大きく関わっており、殆どが2~7歳に発症する⁹⁾。獲得性吃音は脳血管障害などによるものなので、その発症機序や病態は発達性吃音と異なる。今回の改訂では、ほぼこれまでの吃音症の診断基準と同じ

表 3 DSM-5 における PDD の代わりとなる SCD と ASD の診断基準（高橋仮訳）

<p>社会性(実用)コミュニケーション障害 Social (Pragmatic)Communication Disorder</p> <p>A.以下の全てで示される、言語的そして非言語的コミュニケーションの社会的な使用の持続的な困難:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 挨拶、情報の共有といった、社会的な状況下で、適切な方法を用いて社会的目的のためのコミュニケーションを行うことの欠如。 2. 校庭と教室では話し方を変えたり、大人相手と子ども相手に話し方を変えたり、堅苦しすぎる言葉の使用を避けるといった、状況や聞き手の要求に合わせて、コミュニケーションを変える能力の欠如。 3. 順番に話したり相手が理解できていないところは繰り返し話したり、言語的または非言語的なサインで相互作用を調整すること、会話や語りではそれらを使うというルールを知っているが、従うことが困難。 4. はっきりと言われていないこと(例 ほのめかし)そして、論理的ではないまたは曖昧な言葉(例 熟語、ユーモア、比喩、文脈の理解によって変わる複数の意味を持つもの)の理解の困難。 <p>B.有効なコミュニケーション、社会参加、社会的な関係、学術的な成果、または仕事のパフォーマンスにその欠如が単体、もしくは併せて機能的な限界を生ずる。</p> <p>C.発達の早期に症状が必ず出現している(しかし、社会的な要求が、制約された許容量を超えるまで完全には表れない場合もある)。</p> <p>D.その症状は他の医学的もしくは神経学的状態、あるいはことばの構築や文法の領域での低機能によるものではなく、自閉症スペクトラム障害、知的な障害(知的発達障害)、包括的発達遅滞、または他の精神障害でより適切に説明ができない。</p>
<p>自閉症スペクトラム障害 Autism Spectrum Disorder</p> <p>A.現在または過去から、以下に示す、複数の状況下で社会的コミュニケーションと社会的相互の持続性が欠如(例は説明上の実例であり、それ以外もある):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 例えば、通常の会話のやり取りにおける失敗と社会的な接近の異常、関心や感情、情動の共有の少なさ、社会的交流の開始や応答といった社会的・感情的相互作用の欠如。 2. 例えば、言語的・非言語的コミュニケーションにおいて調和が取れない、アイコンタクトやボディランゲージの異常、ジェスチャーの使用や理解の欠如、表情や非言語コミュニケーションの完全な欠如といった、社会的交流に用いられる非言語的コミュニケーション行為の欠如。 3. 例えば、様々な社会的な文脈に適切な行動で応答することが困難、創造的な遊びの共有や友達を作ることの困難、仲間への関心の欠如といった、関係作りや維持、そしてその理解の欠如。 <p>現在の重症度を特定せよ:</p> <p>重症度は社会的コミュニケーションの障害と制限された反復する行動の様式に基づく。</p> <p>B.現在または過去から、以下に示される少なくとも2つの制限や反復される行動や興味や活動の様式(例は説明上の実例であり、それ以外もある):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 常同的または反復的な運動性の行動、物体の使用、または発言(例 単純な常同運動、玩具を並べたり弾いたりこと、反響言語、特有の言い回し)。 2. 同じであることの強要、ルーチンへの頑固な固執、もしくは言語的または非言語的な行動の儀式化された様

式(例 小さな変化に対する過度な苦悩、変化に対する困難、頑固な思考様式、儀式的な挨拶、毎日必ず同じ食べ物を食べたり同じ道を選択すること)。

3. 対象において、強度または異常に強く制限された執着ある興味(例 通常ではない物体への強い愛着または執着、過度に枠にはまっている、もしくは固執した関心)
4. 感覚入力の過剰または過少、もしくは環境に対する感覚が通常ではない関心(例 熱や痛みに対する明らかな無関心、特定の音や感触に対する嫌悪反応、物体を過度に嗅いだり触ること、光や動きに対して視覚的に魅惑されること)。

現在の重症度を特定せよ:

重症度は社会的コミュニケーションの障害と制限された反復する行動の様式に基づく。

- C. 発達の早期に症状が必ず出現している(しかし、社会的な要求が制限された許容量を超えるまで完全に現れないかもしれない。後に、生活の中で学んだ方法によって隠れるかもしれない)
- D. 症状は、社会的・職業的・他の現在の機能の重要な領域における臨床的に著しい障害を引き起こしている。
- E. これらの障害が、知的な障害(知的発達障害)または広範な発達遅延でより適切に説明されない。知的な障害と自閉症スペクトラム障害はしばしば併発し、自閉症スペクトラム障害と知的障害の併存を診断するには、社会的コミュニケーションが全体の発達水準から期待されるよりも低い必要がある。

注釈: DSM-IVで十分な確認のもとで自閉性障害、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は自閉症スペクトラムと診断されるべきである。社会的コミュニケーションの著明な欠如がありながらも、その症状が自閉症スペクトラムの障害に合致しない人は社会(実用)コミュニケーション障害と診断されるべきである。

該当すれば特定せよ:

知的障害を伴うもの、または伴わないもの

言語障害を伴うもの、または伴わないもの

既知の医学的または遺伝的状態、あるいは環境的要因によるもの

他の神経発達の、精神的、または行動上の障害によるもの

カトニアを伴うもの(他の精神障害に伴うカトニアの基準を参照せよ)

であり発達性吃音を指しており、獲得性吃音はDSM-5に含んでいない。

3-2-2 社会性（実用）コミュニケーション障害（SCD：Social (Pragmatic)Communication Disorder)

DSM-IVで広汎性発達障害（PDD: Pervasive Developmental Disorders）の下位グループに、「自閉性障害」、「アスペルガー障害」、「特定不能のPDD」が含まれていたが、これらが後述する「自閉症スペクトラム障害」と「社会性（実用性）コミュニケーション障害」に相応する。

自閉症を特徴づけるのは「社会性の障害」と「常同性」の2点であった。「社会性の障害」とは、年齢相応の社会集団の構成・人間関係の構成・コミュニケーションが困難なことを指す。「常同性」とは、手のひらをひらひらさせる、決まった道順でないと目的地まで行けないなど無目的な行動を繰り返すことを指す。そして、従来は言語障害を伴うものを自閉性障害、言語障害を伴わないものをアスペルガー障害と診断する基準になっていた。

DSM-5においては、おおまかに言えば、「社会性の障害」だけあるのが社会性（実用）コミュニケーション障害であり、「社会性の障害」と「常同性」を併せ持つのが自閉症スペクトラム障害となる。（表4）

高機能自閉症、高機能広汎性発達障害など、知的障害を伴わない場合、このような診断名が付くことがあるが、アスペルガー障害との差異が不明確であった。

DSM-5の社会性（実用）コミュニケーション障害は、「語用論（pragmatic）」の側面の欠如であることが明確になったので、言語発達を扱う研究者・臨床家にとっては理解しやすい。すなわち、音韻的・形式的・意味的・統語的な言語側面に問題はなく、言語記号の枠を超えた言語運用に診断の焦点を置くため、明解になった

と言える。

しかし、「社会性の障害」は広範に理解される可能性があるため、容易に診断される危険性も危惧される。

表4 PDD（DSM-IV）とASD・SCD（DSM-5）との比較

		社会性の障害	常同性
DSM-IV 広汎性発達障害		いずれか一方、もしくは両方	
DSM-5	自閉症スペクトラム障害	+	+
	社会性(実用)コミュニケーション障害	+	-

3-3 自閉症スペクトラム障害 (ASD; Autism Spectrum Disorder)

今回の改訂にあたって、小児神経心理に携わる者にとって最も関心が高く、物議をかもしたのがこの自閉症スペクトラム障害の分類である。DSM-IIIから小児自閉症やアスペルガー障害などの下位分類は新たな障害分類として「広汎性発達障害」という上位分類に含まれた。ところが、DSM-5では「自閉症スペクトラム障害」というひとつの診断名に統合された。

この分野の研究者からは、自閉症、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害などの各疾患を広汎性発達障害の連続体の1要素として捉え、1990年代に「自閉症スペクトラム」という概念が提唱された。ところが、高機能自閉症とアスペルガー症候群の差異が不明確であったり、知能指数の高・低が認知にどのように影響するのかは、臨床医学、医療統計学における体系化・均質化を目指すにあたって大きな課題であったことが、DSM-5の草案を作成するにあたって見受けられた。

DSM-5では、現代の個別式知能検査上では知的障害がないとされる高機能広汎性発達障害を包括して、「自閉症スペクトラム障害」としてまとめられることとなった。

このように、正式な診断基準が発表されるまでには草案作成の過程で多くの意見が交換された。新聞などのメディアなどでもアスペルガー症候群が分類から削除され、社会的サービスから除外される人たちがいるかのような論旨が掲載された¹⁰⁾。

草案作成時、参照にされた Volkmar, F.R. らのグループの研究データでは、上位概念である PDD と診断されている者のうち、約4分の1が自閉症スペクトラムと診断できない^{*2)}と示している。しかし、そもそも PDD と診断されている者の 89～93%が別の診断が重複して付けられているという指摘もあるように、今回の改訂によって診断から除外される者は1割前後と推定している。

PDD から自閉症スペクトラム障害に変わることによって除外される障害として、DSM-IV の下位分類にあった「レット障害」がある。手もみ動作が自閉症と類似した常同行動と捉えられた時代に自閉症と同類のサブカテゴリーに入ったが、女兒に出現する進行性の疾患であり、X染色体 MeCP2 の異常であることが判明し自閉症と関連がないことから、診断から除外された。

「小児期崩壊性障害」は、生後少なくとも2年間の明らかな正常な発達があり、それは年齢に相応した言語的および非言語的コミュニケーション、対人関係、遊び、適応行動があったものの、その後、諸機能が失われる特徴を持つ。社会性の障害、常同性が診断の要件であるため、自閉症と区別することの重要性が低いと判断されたため包括された。

今回の改訂では広汎性発達障害を自閉症スペクトラム障害という名称に変更した以外に、下位分類がなくなったことも大きな改訂である。新聞報道¹¹⁾ではアスペルガー障害がなくなったようになっているが、前述（社会性（実用）コミュニケーション障害）のとおりそれは誤りである。

また、対人的相互性に関連する項目（DSM-IV A 項目）とコミュニケーションに関連する項目（DSM-IV B 項目）とが統合され合わせて A 項目となり、替わって、感覚の過敏や鈍麻、感覚刺激への強い関心などが B 項目（DSM-IV C 項目）に盛り込まれたことも大きな変更点である。

さらに、重症度分類が、社会的コミュニケーションと固執性・常同性の観点から支援の必要性に応じてレベル1（軽度）～レベル3（重度）で新設されたのも大きな改訂の1つであるが、これは精神保健福祉手帳の診断書をイメージすると理解しやすい。

そして、注釈に、「該当すれば特定するもの」として、知的障害の有無、言語障害の有無、遺伝学的要因や環境的要因、神経発達障害・精神障害・行動障害、カタトニアの有無がある。カタトニア以外はこれまでも特定するものとして列挙されてきたが、カタトニアが加わったことには意味があろう。Giruberg (2003)¹²⁾ は PDD に併発する精神障害・社会的障害としてチック、トゥレット障害、感情障害、統合失調症、人格障害の他にカタトニアを挙げている。カタトニアという現象は、高機能 ASD においてよく見られる運動障害であり、動けなくなったり、動作の途中で身体が止まってしまう¹³⁾ 同じ姿勢を保持したりもする。これまで、会話や行動に途切れが生じたとき、スキルの獲得をさせるための訓練を行ってきたが、こういった症状に理解がないと当事者へのサポートのつもりが攻撃になる可能性があるため、ここに加わった意義は大きいと考える。

3-4 注意欠陥 / 多動性障害 (ADHD ; Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)

DSM-IV では ADHD の上位分類は注意欠陥および破壊的行動障害であった。よって、その下部分類には行為障害、反抗挑戦性障害、特定

不能の破壊的行動障害があったが、DSM-5ではそれがなくなった。しかし、その代わりにその他の特異的注意欠陥／多動性障害 Other Specified Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder 及び特定されない注意欠陥／多動性障害 Unspecified Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder が追加された。

また、ADHDの診断基準としては、DSM-IVと同様、DSM-5においても＜不注意＞の9項目、＜多動性／衝動性＞の9項目、計18項目の症状のうち、6つ以上が必要である。しかし、以下の点については変更・追加された。

- ・不注意や多動性・衝動性の診断年齢が7歳から12歳に引き上げられ、それ以前に症状が出現していること。
- ・自閉症スペクトラム障害との併発が認められた。
- ・混合型、不注意優勢型、多動性・衝動性優勢型、といったサブタイプが廃止された。代わりに過去6ヶ月間の症状の現れ方として、混合状態 Combined Presentation、不注意優勢状態 Predominantly Inattentive Presentation、多動性／衝動性優勢状態 Predominantly Hyperactive/Impulsive Presentation として特定する。
- ・小児期には6項目以上、年齢と共に変化することから成人になってからは5項目以上が診断には必要という基準になった。
- ・部分寛解 In Partial Remission の状態を設ける。
- ・重症度を3段階に評価する。
- ・発達途上の脳がADHDと関連するという仮説から上位分類は「神経発達障害」である。

ADHDの項目は大きな改訂ではないが、成長と共に該当診断項目が減少はするが、依然として適応の困難さは残存し、この事は薬物療法によるサポートを要する人が少なくないことを

象徴しているように推測される。

3-5 特異的学習障害

DSM-IVでは、学習障害の下位分類に読字障害、算数障害、書字表出障害、特定不能の学習障害があった。DSM-5では特異的学習障害 Specific Learning Disorder も下位分類を統合化し、サブタイプとして読み障害 With impairment in reading、書字障害 With impairment in written expression、算数障害 With impairment in mathematics という ICD-10 に類似した変更になった。

一般的に、学習障害は読みにのみ問題が表出することは少なく、読書、文章表現、計算、数学の分野別で問題を生じやすいことや、読字障害といっても単語レベルで正しく読めていないのか、逐次読みになるのか、文章読解に達していないのかも見極める必要がある。それらは、発達と共に変化することから機能障害と捉えており、この分類方法は学齢期の臨床に携わる者には馴染み易いだろう。

また、重症度レベルが設置されたこともサポートに有効となると推測する。

3-6 運動障害

DSM-IVでは運動能力障害の下位分類に発達性協調運動障害が位置づけられ、これは脳性麻痺や筋ジストロフィなどの身体疾患やPDDの常同運動とも異なって、目と手などの協調運動に困難がみられる、いわゆる「不器用な子ども」を示していた。

しかし、DSM-5の運動障害には神経疾患が含まれ、運動に関することがここに含まれた。

下位分類には、発達性協調障害 Developmental Coordination Disorder、常同運動障害 Stereotype Movement Disorder、チック障害 Tic Disorders、他の特異的チック障害 Other Specified Tic Disorder、不特定のチック

障害 Unspecified Tic Disorder がある。

発達性協調運動障害は、これまでの診断基準と同様である。

チック障害の下位分類には、トゥレット障害 Tourette's Disorder、永続的（慢性的）運動もしくは音声チック障害 Persistent(Chronic) Motor or Vocal Tic Disorder、一過性チック障害 Provisional Tic Disorder があり、これらについてもほぼこれまでと同様の診断基準である。発症機序が異なるものが「運動」という共通項の下に集められたことには違和感を覚える。

3-7 その他の神経発達障害

DSM-IV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」の下位分類には、残りの「幼児期または小児期早期の哺乳、摂食障害」、「排泄障害」、「幼児期、小児期、または青年期の他の障害」があった。しかし、DSM-5ではその他の特異的神経発達障害 Other Specified Neurodevelopmental Disorder、特定できない神経発達障害 Unspecified Neurodevelopmental Disorder とが下部分類となり、これまでの異食症、反芻性障害ならびに遺糞症や遺尿症、分離不安障害、選択性緘黙などがここから除外されたことになった。DSM-5は多軸評価を廃止し、哺乳・摂食障害 Feeding and Eating Disorder、排泄障害 Elimination Disorder、不安障害 Anxiety Disorder がかつての第II軸に相応するところに入り、神経発達障害から除外されたことは、筆者らにはより妥当であり理解しやすい。

5. おわりに

DSMは臨床精神医学分野におけるグローバルスタンダードになり、臨床像を把握するために大いに用いられている。しかし、日本の医療

制度では、診療報酬の請求にはICD-10が採用されていることから、今回の改訂がどこまで社会に浸透するか不明である。今回の改訂で2年後に発行されるICD-11がさらに関心を集められると思われる。

小児の神経発達に携わる者には、広汎性発達障害の概念がなくなり、レット障害、小児崩壊性障害が除外されたことは、より整理された診断基準であり、また知的障害の有無だけでなく、生活機能の側面から重症度を考慮した自閉症スペクトラム障害は、理解しやすい。

また、言語記号枠にとらわれるだけでなく言語運用に視点を置き、コミュニケーションが困難な者を社会性（実用）コミュニケーション障害という新しい診断基準に置いたことは、言語研究に携わる者には臨床像からの診断が判別しやすく評価が高まると推測される。

ただし、神経発達障害の領域だけに関わらず、「不特定の障害」の項目が置かれ、こうしたことは障害を包括的に捉えられる一方で、障害を増やす可能性も懸念される。そのため、DSM-5の日本版が一日も早く作成され、我が国の小児精神医学での臨床や研究に使用され、そこからのフィードバックが得られることを期待する。

[文献]

- 1) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition DSM-5TM 2013.
- 2) American Psychiatric Association. Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5TM 2013.
- 3) WHO The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. 1993 中根充文 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.
- 4) 栗田 広 児童思春期の精神障害 季刊精神科診断学 4; 451-457, 1993.

- 5) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition DSM- IV TM 1994.
- 6) American Psychiatric Association. Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM- IV -TR. 2000. DSM- IV -TR 精神疾患の分類と診断の手引き 高橋三郎 大野裕 染矢俊幸 医学書院 2002.
- 7) 上田敏 国際障害分類初版 (I C I D H) から国際生活機能分類 (I C F) へ—改定の経過・趣旨・内容・特徴— 「ノーマライゼーション 障害者の福祉」第 22 巻, 2002
- 8) <http://aaid.org/> 2007.
- 9) 岡崎俊太郎 聴覚フィードバックの定量的評価と吃音者における非流暢性の神経基盤に関する研究 科学研究費補助金研究成果報告 (課題番号 19800064). 2008.
- 10) [http://www.nytimes.com/2012/01/20/health/research/new-autism-definition-would-exclude-many-study-suggests.html?r=3&pagewanted=1&hp&](http://www.nytimes.com/2012/01/20/health/research/new-autism-definition-would-exclude-many-study-suggests.html?r=3&pagewanted=1&hp&_r=3&pagewanted=1&hp&)
- 11) http://www.asahi.com/tech_science/update/0429/TKY201304290158.html
- 12) クリストファー・ギルバーク アスペルガー症候群がわかる本 理解と対応のためのガイドブック 田中康雄監修 森田由美訳 明石書店 2003.
- 13) 大久保善朗 カタトニア (緊張病) 症候群の診断と治療 第 105 回日本精神神経学会総会教育講演 精神神経誌 112 巻 4 号, 396-401. 2010.